LA



SEMAINE MÉDICALE

VINGT-TROISIÈME ANNÉE

1903



PARIS

BUREAUX : 18, RUE DE L'ABBÉ-DE-L'ÉPÉE

—

1903

0 1 2 3 4 5 (cm)

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1903)



A

Abcès aseptiques à répétition par injections successives d'essence de térébenthine....... 371^1
— — par injection d'essence de térébenthine et iodophilie....... 137^1
— du foie.............. 4^2 4^3
— — avec fusée dans le bassin............ 351^3
— — avec séroréaction positive............ 235^3
— — chez l'enfant......... 5^1
— — consécutifs à un ulcère simple de l'estomac............ 91^1
— juxta-laryngés.............. 174^3
— pulmonaires.......... 181^8 200^3
— sous-diaphragmatique du foie 304^3
— sous-phréniques compliquant l'appendicite.............. 275^2
Absence congénitale des quatre membres ... 91^3
— — de tout le gros intestin chez un chien.... 182^1
— du vagin................ 353^1
Accidents dysentériformes causés par des injections intraveineuses de cyanure de mercure...... 79^2
— hystériques............. 113^1
— laryngés tabétiques sans lésions bulbaires...... 386^1
— pseudo-méningitiques et injection de sérum artificiel.............. 224^1
Accouchement et suites de couches et formule leucocytaire .... 105^3
— par le sommet et fractures de la clavicule 298^3
Acétonurie........................ 27^2
Achondroplasie ethnique.......... 346^1
— sans dystrophie crânienne............ 88^2
Acide azotique étendu contre les abcès et les bubons......... 404^3
— borique pulvérisé et formol contre les ulcères de jambe. 8^3
— carbonique et son action sur la digestion gastrique..... 68^1
— glycuronique dans le sang .. 152^2
— phénique à hautes doses à l'intérieur contre la peste........ 308^2
— — à l'intérieur et quinine contre la variole........ 132^3
— — camphré contre les plaies infectées et les affections septiques........ 52^2
— — en applications contre la variole. 68^3 168^3
— — en injections contre les angines scarlatineuses ...... 42^2
— picrique et cautérisation ignée contre le lupus... 380^3
— — et son emploi thérapeutique .... 281^3
— salicylique en frictions contre le pityriasis versicolor.... 124^3
— urique incrustant la muqueuse vésicale .... 422^1
Acides gras volatils et leur élimination par l'urine.............. 15^2
Acné rosacée....................... 112^1
Acrocyanose et crampe des écrivains....................... 266^3
Acromégalie et gigantisme......... 153^2
Actinies et maladie des pêcheurs d'éponges....................... 208^3
Actinomycose centrale du maxillaire inférieur..... 268^2
— humaine dans les cinq dernières années.. 190^1
Adénites et arthrites tuberculeuses. 380^3
Adéno-lymphocèle filarienne....... 186^3
Adénomes mammaires et leur ablation esthétique.............. 179^3
Adénopathie trachéo-bronchique chez un nourrisson.............. 191^2
Adénopathies axillaires au début de la tuberculose pulmonaire....... 78^2
Adipose douloureuse.... 27^2 39^1 221^1
Adrénaline contre les hémorrhoïdes. 252^2
— en badigeonnages contre les ulcérations cancéreuses.............. 384^1
— en gynécologie......... 404^3
— en injection dans la vessie contre l'atonie vésicale.... 300^2
— — hypodermique contre les accès d'asthme....... 372^2
— — hypodermique contre les morsures de serpents......... 348^3
— — intrarachidienne comme préliminaire de la cocaïnisation médullaire........ 308^2
— — intraveineuse, associée au massage du cœur et à la respiration artificielle, contre la mort apparente...... 86^3
— et cocaïne pour l'anesthésie de la dentine 200^1
— — pour l'anesthésie des tissus enflammés............ 68^2
— — pour l'anesthésie des troncs nerveux.......... 195^3
— — pour l'anesthésie du tympan...... 131^3
— et ses dangers dans la maladie d'Addison à un stade avancé...... 396^2
— et ses emplois thérapeutiques .... 53^1
— sous forme de pommade en rhinologie......... 148^3
Affections aiguës de la portion antérieure du globe de l'œil.................... 260^2
— contagieuses et leur propagation autour des hôpitaux............... 269^1
— de la rétine dans les néphrites .... 386^2
— de l'oreille.............. 138^3
— — et troubles du langage...... 347^2
— des voies urinaires....... 282^3
— gastriques .... 300^2
— génito-urinaires et leur simulation .... 427^2
— gynécologiques et numération des leucocytes.. 324^1
— hépatiques et déformations hippocratiques des doigts................ 33^2
Affections hépatiques et leurs rapports avec la glycosurie et la lévulosurie alimentaires. 28^1
— — et nævi artériels.... 50^2 58^1
— hépato-spléniques......... 169^1
— rénales et douleur provoquée par une injection dans l'uretère......... 57^1
— — et leur diagnostic fonctionnel..... 197^1 395^1
Agitation.......................... 263^2
Agraphie pure..................... 424^2
Air chaud contre le chancre induré. 372^1
— stérilisé en injections contre les épanchements pleuraux............... 127^3
— — en injections dans le tissu cellulaire présacré contre l'incontinence d'urine...... 28^2
Albuminoïdes du lait et leur spécificité............ 183^3
— et leur destruction à l'état de jeûne..... 121^3
Albuminurie...................... 418^2
— appendiculaire......... 341^1
— cyclique............... 410^2
— et admission dans la marine néerlandaise. 282^3
— et hystérie..... 385^1 394^1
— et insuffisance aortique 422^1
— et langue saburrale... 211^1
— et usage du poisson.. 300^3
— orthostatique et élimination de l'albumine 162^1
Alcalins et leur influence sur les infections expérimentales........ 428^1
Alcool en compresses contre les angines phlegmoneuses et la scarlatine .... 100^3
— en injections intra-utérines contre l'endométrite puerpérale................... 176^3
— et obésité .... 153^3
Alcoolisme aux Etats-Unis......... 312^3
Allaitement artificiel et maladie de Barlow. 97^1 97^2
— — et spasme de la glotte....... 403^3
— maternel et ses contre-indications .... 314^2
Altitude et durée de la réduction de l'oxyhémoglobine................ 223^1
Aménorrhée primitive absolue..... 42^3
Amers et leur valeur eupeptique.... 332^2
Amiboïsme des cellules nerveuses.. 234^1
Amputation de la langue........... 39^3
— interscapulo-thoracique pour sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus........... 138^2
Amygdalite phlegmoneuse......... 16^2
Amyotrophies réflexes .... 248^1
Anaérobies et leur symbiose avec les aérobies .... 162^2
Analgésie au moyen du radium.... 330^1
Anastomose bout à bout de l'artère poplitée .... 306^2
— nerveuse pour paralysie faciale......... 248^2 299^1
Anémie bothriocéphalique et échanges protéiques........... 331^2
— pernicieuse bothriocéphalique ..... 6^3 80^2
— — et lésions du tube digestif.. 428^2
— pseudo-leucémique infantile et hérédo-syphilis .... 50^2
Anémie syphilitique............... 75^1
Anencéphalie et sa pathogénie..... 247^3
Anesthésie chirurgicale des troncs nerveux........ 139^3 195^3
— de la dentine.......... 200^1
— des tissus enflammés... 68^2
— discontinue en chirurgie gastrique et intestinale 351^1
— du tympan............. 131^3
— locale par la cocaïne.... 48^3
— obstétricale par injections épidurales de cocaïne................ 340^3
— pour opérations sur la face et tubage du pharynx .... 228^3
Anesthésies cutanées et leur siège chez les tabétiques............. 113^2
Anévrysme de la crosse de l'aorte.. 378^3
— — de l'aorte anormalement placée......... 362^3
— — de l'aorte, encapsulé dans le sommet du poumon ..... 57^3
— — de l'aorte et hémoptysies à répétition.... 370^1
— de l'artère hépatique traité chirurgicalement avec succès.... 363^3
— du tronc brachio-céphalique et tuberculose.. 155^2
— faux de la fémorale.... 369^1
— — de la poplitée à la suite d'une exostose............ 420^1
— traumatique de l'artère poplitée............. 258^3
Angine amygdalienne et appendicite 99^3
— de Ludwig................ 89^3
— de poitrine biliaire......... 370^3
— — infectieuse..... 369^1
— de Vincent et présence du bacille diphtérique....... 181^1
— diphtérique compliquée d'entérorrhagie............... 131^2
— suivie d'une maladie de Werlhof................... 404^1
Angines à streptocoques avec érythème noueux et phlegmon ligneux du cou.... 43^3
— banales dans la rougeole de l'adulte............. 32^3
— phlegmoneuses .... 100^3
— scarlatineuses............ 42^2
Angiocholites chroniques anictériques......................... 112^3
Angiomes caverneux............... 199^1
— cutanés et tumeurs malignes .... 165^3
Angiotripsie et cautérisation combinées comme moyen d'hémostase.. 119^3
Ankylostomasie................... 296^2
Ankylostome duodénal et son développement......................... 259^3
Anopheles et propagation du paludisme .... 121^2
Anorexie......................... 332^2
Antipyrine et éruptions qu'elle cause .... 211^1 224^3
Antisérum humain et ses effets chez les paralytiques généraux........ 426^1
Apomorphine contre l'ivresse alcoolique.............................. 372^2
Appareil lymphatique des joues et du diaphragme................... 197^3
Appareils de marche dans les fractures du membre inférieur .... 418^3
— de Saxtorph pour fractures des membres.......... 358^2

Appendice et invagination iléo-cæcale ... 121[1]
— et son étranglement .. 422[2]
Appendicite ... 7[2] 24[3] 32[2] 49[3] 51[2] 64[3] 189[1] 283[1] 351[3]
— à froid et sa bactériologie ... 352[2]
— cancéreuse primitive ... 424[1]
— chronique et ses formes frustes ... 385[1]
— dans l'armée pendant ces dernières années. 368[3]
— et abcès sous-phréniques 275[3]
— et albuminurie ... 341[1]
— et angine amygdalienne 99[3]
— et cholécystite ... 209[2]
— et cholélithiase ... 164[2]
— et colique de plomb ... 72[1]
— et complications hépatiques ... 362[2]
— et embolie pulmonaire. 173[1]
— et grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale ... 352[3]
— et leucocytose ... 88[2] 141[1] 354[3]
— et menstruation. 393[3] 402[3]
— et péricolite cicatricielle 352[2]
— et son histoire en France 210[2]
— et stéatose hépatique .. 362[2]
— gangreneuse ... 346[2]
— larvée et menstruation. 393[3]
— par présence d'anneaux de tænia dans l'appendice ... 258[3]
— simulant la fièvre typhoïde ... 356[3]
Arc électrique au fer et son action bactéricide ... 49[2]
Armées française et allemande et leur mortalité comparée de 1888 à 1900 ... 133[1]
Arsenic dans l'œuf de poule ... 152[3]
— et prurit essentiel localisé .. 148[1]
— et son antidote ... 7[2]
Artériorrhaphie pour cure radicale des anévrysmes ... 292[3]
Arthrites suppurées du genou ... 220[1]
Arthrodèse tibio-tarsienne ... 353[3]
Arthropathies et psoriasis ... 154[2]
Arythmies et leur pronostic ... 51[1] 80[1]
Ascarides et contractions tétaniques 315[3]
Ascite cirrhotique et régime déchloruré ... 369[3] 378[3] 419[1]
Ascites et leur cytologie ... 235[1]
— et leur traitement chirurgical ... 6[3] 93[1] 351[1]
Asepsie opératoire aux Etats-Unis . 90[1]
Asphyxie par submersion et sensations qu'elle procure ... 275[3]
Associations néoplasiques ... 25[1] 112[1] 145[2] 190[2] 353[1]
Assurance sur la vie et admission des risques tarés ... 177[1]
Asthme ... 283[2] 372[2]
Asystolie et variations du poids du corps, des urines et de la tension artérielle ... 219[3]
Athérome aortique expérimental ... 385[3]
Atonie intestinale par morphinisme chronique ... 124[3]
— vésicale ... 300[2]
Atrophie circinée du scrotum comme stigmate de la syphilis .. 342[1]
— jaune aiguë du foie et cirrhose latente ... 243[3]
Atrophies musculaires progressives spinales et syphilis ... 266[3]
Autocytotoxines et antiautocytotoxines spécifiques dans le sang des épileptiques ... 324[1]
Auto-intoxication et vomissements incoercibles de la grossesse .. 315[3]
— gravidique et hydropisie de l'amnios ... 297[2]
Autoplastie osseuse et adaptation fonctionnelle ... 186[3]
— pour cancroïdes des lèvres ... 146[3]
Avortement et tuberculose miliaire. 27[1]
— ou accouchement provoqués dans les maladies internes ... 359[3]

B

Bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques ... 191[1]
— dans l'urine des typhoïdiques guéris 88[3]
— diphtérique dans l'angine de Vincent ... 181[1]
— — et sa généralisation ... 421[3]
— — et sa toxicité ... 235[1]
— tuberculeux dans la sérosité des hydrocèles 50[1]
— — en cultures pures 364[1]
— — et sa culture sur jaune d'œuf gélosé ... 153[3]
— — et sa recherche 14[2] 14[3] 22[2] 58[2]
Bacilles acido-résistants chez les syphilitiques ... 113[3]
Bacillus subtilis comme cause de la panophtalmie chez l'homme ... 274[1]
Balantidium coli et ses effets pathogènes ... 379[3]
Battements aortiques abdominaux chez les dyspeptiques ... 191[3]
Baume du Pérou dans les fractures ouvertes ... 353[2]
Benzoate de lithine en instillations contre les taies de la cornée ... 192[3]
Béribéri et paludisme ... 203[2]
Bicarbonate de soude en pansement contre les ulcères de jambe ... 252[3]
— ou benzoate de soude en solution pour pulvérisations contre les plaies suppurées ... 244[3]
Bile et son action sur les germes hydatiques ... 25[3]
Bilharzia et bilharziose ... 3[1]
Bilirubine et réaction de Gmelin .. 146[2] 154[1]
Blastomycose péritonéale d'origine appendiculaire ... 96[2] 173[2]
Blennorrhagie indolore torpide ... 283[3]
Blépharochalasis ... 84[1]
Blessure des ligaments ronds au cours des herniotomies et rétro-déviations utérines ... 423[1]
— par arme à feu de la région rolandique gauche. 179[3]
Blessures de la tête et zones hyperalgésiques ... 195[1]
Bleu de méthylène à l'intérieur pour le diagnostic des fistules uréthro-périnéales ... 304[1]
— — contre la cholécystite et l'angiocholite infectieuses ... 140[3]
— — contre la tuberculose pulmonaire ... 68[2]
— — contre les affections des voies urinaires ... 282[3]
— — contre les diarrhées ... 332[3]
— — contre les ulcérations tuberculeuses et l'entérite ulcéreuse des phtisiques ... 220[2]
— — contre l'insomnie rebelle des aliénés ... 340[3]
— — et iodure de potassium pour l'exploration des fonctions rénales ... 241[3]
Borate de soude en gargarisme ... 100[3]
— — et eau oxygénée contre le muguet 252[3]
Botryomycose humaine ... 65[2] 88[1] 345[1]
Bradycardie et rythme couplé ... 117[1]
Branchiomes malins ... 248[1] 258[2]
Bromhydrate d'hyoscine à titre préventif avant l'éthérisation ... 220[3]
Bromoforme ayant déterminé une dermatite ulcéreuse ... 181[1]
Bromures et hypochloruration. 97[1] 105[2]
Bronchectasie et bacilles pseudo-tuberculeux ... 106[1]
Bronchopneumonie infantile ... 124[2]
Bronchoscopie inférieure après trachéotomie pour corps étrangers des voies aériennes ... 419[2]
Brûlure par un courant électrique ... 98[2]
Brûlures et scarlatine chirurgicale .. 130[2]
Bubons des cavaliers ... 428[1]
Bulbe olfactif et ses myélocytes ... 330[2]

C

Cachexie gastro-intestinale des nourrissons ... 212[3]
Cachexies progressives mortelles sans lésions anatomiques ... 200[1] 211[2]
Cadavérine et sa présence dans les produits d'hydrolyse des muscles. 219[1]
Calculs biliaires ... 88[1]
— — et diagnostic de leur siège ... 1[1]
— — et leur diagnostic radiographique ... 330[2]
Caleçon pneumatique contre le shock chirurgical ... 182[2]
Calomel en injections sous-cutanées contre l'ulcère de jambe ... 28[3]
Cals et leur formation ... 241[1]
Camphre et acide phénique contre les plaies infectées ... 52[2]
Cancer de la tête du pancréas ... 27[1]
— de l'estomac ... 363[2]
— — à forme hépato-gangreneuse ... 242[2]
— — à symptomatologie intestinale ... 426[2]
— — et chimisme gastrique ... 175[3]
— — propagé à la moelle ... 372[1]
— de l'œsophage .. 50[1] 145[3] 152[3]
— de l'S iliaque et gangrène ou perforation du cæcum. 168[1]
— du pylore à forme lente ... 351[1]
— du rectum et déchirure spontanée de l'intestin grêle ... 223[3]
— du sein .. 155[2] 218[2] 350[3] 384[1]
— et limites de l'action chirurgicale ... 405[1]
Cancer et polypose intestinale ... 35[2]
— et sa transmissibilité au rat 235[2]
— et ses récidives tardives ... 131[3]
— et son agent pathogène ... 363[2]
— et son origine ... 317[1]
— et statistique ... 282[1]
— et ulcère de l'estomac ... 213[1]
— latent de l'estomac avec anémie et anasarque ... 355[1]
— primitif de l'appendice ... 424[1]
Cancers à la limite du rectum et du côlon ... 198[3]
— développés sur des lupus .. 345[3]
— du tube digestif ... 188[1]
— épithéliaux et leur pathogénie ... 313[3]
— haut situés du rectum ... 352[1]
— inopérables ... 184[2]
— profonds du pharynx et leur diagnostic ... 332[1]
Cancérisation du moignon utérin après hystérectomie subtotale pour fibromes ... 362[1] 369[2] 384[2] 393[3] 409[1]
Capsules surrénales et leur action physiologique ... 53[1]
Caractères sexuels et leur formation ... 182[1]
Caraté ... 128[3]
Carbonate de gaïacol contre la rougeole ... 388[3]
Carcinose abdominale et prurit ... 211[2]
Cardiolyse ... 194[2]
Cardiopathies ... 66[1]
— et élimination des chlorures ... 384[3]
— et leur fréquence dans les armées française et allemande ... 342[2]
— et proportion d'hémoglobine réduite dans le sang ... 33[1]
Cardioptose et foie flottant ... 355[3]
Castration utéro-ovarienne pour cancer inopérable du sein ... 350[3]
Catalepsie et son origine toxique ... 249[1]
Catatonie et stupeur ... 253[1]
Cathétérisme des uretères et diagnostic fonctionnel des affections rénales ... 395[1]
— — et polyurie réflexe ... 411[1]
Cautérisation et angiotripsie combinées comme méthode d'hémostase. 119[3]
Cautérisations ignées et applications d'acide picrique contre le lupus .. 380[3]
Caverne pulmonaire d'origine gangreneuse datant de quatorze ans. 173[3]
Cécité hystérique ... 81[3]
Cécropia et son action thérapeutique ... 146[2]
Cellule nerveuse libre dans le liquide céphalo-rachidien ... 410[2]
Cellules chromaffines et maladie d'Addison ... 201[2]
— endothéliales hématomacrophages et hémorrhagie méningo-encéphalique ... 224[2]
— et leur teneur en iode ... 252[1]
— mastoïdiennes aberrantes. 345[3]
Centre de l'écriture ... 424[2]
— visuel au niveau de la corticalité calcarine ... 125[1]
Centres optiques primaires après l'énucléation ou l'atrophie du globe oculaire ... 220[2]
Céphalalgies syphilitiques ... 386[3]
Chancre labial et précocité de la roséole ... 79[3]
— mou ... 184[3]
— — et inoculation de son agent pathogène aux singes ... 332[2]
— — et son agent pathogène ... 298[2]
— syphilitique ... 372[1]
Chancres syphilitiques et leur pluralité ... 249[1]
Chéloïdes d'emblée à la suite de syphilides secondaires ... 154[1]
— et leur excision ... 403[1]
Chilodon dentatus dans l'intestin de l'homme ... 72[3]
Chimisme stomacal et indicanurie .. 120[2]
Chiralgie paresthésique ... 147[3]
Chirurgie de la rate ... 196[3]
— de l'estomac aux Etats-Unis ... 249[3]
Chloro-anémie des enfants et des adolescents ... 412[3]
Chloroforme comme tænifuge ... 176[2]
Chloroformisation et emploi systématique des toniques du cœur. 60[2]
— et éthérisation aux Etats-Unis. 331[1]
Chlorose et échanges matériels ... 167[2]
— et fonction ovarienne ... 225[3]
— et phlébite infectieuse ... 128[2]
Chlorure de baryum comme médicament cardiaque ... 66[1]
— de calcium contre la variole hémorrhagique ... 100[2]
— de sodium et son action sur l'épithélium rénal. 309[1]
Chlorure de sodium et son élimination par la diarrhée ... 224[3]
— — et variations de la perméabilité rénale chez les brightiques ... 410[1]
Chlorures et ascite cirrhotique ... 369[3] 378[3] 419[1]
— et cardiopathies ... 384[3]
— et leur rétention locale .. 355[1]
— et néphrites épithéliales . 219[1]
— et œdèmes ... 259[1] 385[2]
— — brightiques ... 199[1] 219[3]
— — cardiaques ... 210[2] 378[2]
— et recherche de leur rétention ... 337[2]
— et urée dans le mal de Bright ... 419[2]
Chlorurémie et albuminurie ... 386[1]
Choc des têtes fœtales en cas de grossesse multiple ... 275[1]
Cholécystite et angiocholite infectieuses ... 140[3]
— et appendicite ... 209[2]
— et cholélithiase .. 26[3] 33[2]
— suppurée ayant simulé les vomissements de la grossesse, puis la méningite cérébro-spinale ... 79[1]
Cholédocotomie ... 173[3] 190[3]
— rétro-duodénale ... 412[1]
Cholélithiase ... 1[1] 74[1] 108[3] 209[3] 223[3] 234[2]
— et appendicite ... 164[2]
— et cholécystite ... 26[3] 33[2]
Cholémie physiologique chez la mère et le nouveau-né ... 219[3]
Cholémiques et leur psychologie ... 258[3]
Choléra asiatique ... 83[2]
— et ses épidémies en Egypte. 5[3]
Chromodiagnostic de la pachyméningite hémorrhagique ... 105[1]
Circulaires du cordon autour du cou et conduite à tenir au moment de la sortie de la tête fœtale ... 316[2]
Circulation capillaire de la peau et son activité ... 50[3]
— dans les glandes en activité ... 418[3]
— du sang et sa régularisation chez l'animal nouveau-né ... 96[3]
Cirrhose alcoolique et cholémie familiale ... 385[2]
— — et tuberculose 138[3] 146[1]
— — hypertrophique avec régression atrophique secondaire ... 146[1] 153[2]
— — simulée par une péritonite tuberculeuse ... 338[1]
— atrophique guérie ... 25[2] 33[1]
— hypertrophique biliaire et digestion stomacale ... 42[3]
— tuberculeuse expérimentale 181[1] 191[3]
Citrate de cuivre en oculistique ... 168[2]
Citron comme antihydropique ... 52[3]
Clavelée et ses lésions nerveuses ... 242[3]
Climat des Etats-Unis ... 347[2]
Cloisonnement du bassin pour perforation du rectum ... 210[1]
Coagulabilité du sang et influence de la gélatine ... 113[1]
Coaptation des fragments pendant l'application d'un appareil inamovible ... 340[2]
Cocaïne et adrénaline pour l'anesthésie de la dentine ... 200[1]
— — pour l'anesthésie des tissus enflammés ... 68[3]
— — pour l'anesthésie des troncs nerveux ... 195[3]
— — pour l'anesthésie du tympan ... 131[3]
— pour l'anesthésie obstétricale ... 340[3]
— , tabac et opiacés contre le goitre exophtalmique ... 84[2]
Cocaïnisation de la moelle après injection intrarachidienne d'adrénaline. 308[2]
— des troncs nerveux ... 139[3]
— — pour l'anesthésie locale 48[3]
Coccobacille de Pfeiffer et son saprophytisme ... 394[2]
Coefficients urinaires ... 235[1]
Cœur à l'état pathologique ... 96[3]
— des tuberculeux ... 49[1]
— humain et rappel de ses battements au bout de trente heures ... 13[3]
Colibacille dans l'infection typhoïde ... 368[3]
Colique de plomb ... 97[1] 161[3]
— — et appendicite ... 72[1]
— hépatique et son origine péritonitique ... 29[1]
— néphrétique malarique ... 426[3]
Colite ulcéreuse chronique ... 26[3]

Colonies familiales de tuberculeux.. 201[3]
Colorations du liquide céphalo-rachidien, d'origine hémorrhagique. 333[1] 410[1]
Colpo-hystérostomie pour incarcération de l'utérus gravide......... 284[2]
Compresse hydrothérapique contre les congestions du poumon........ 415[3]
Compression abdomino-thoracique contre la coqueluche................ 228[3]
— du tronc veineux brachio-céphalique par un ganglion tuberculeux................ 242[2]
— pubio-manuelle de l'utérus contre les hémorrhagies après la délivrance............ 228[1]
Congestion du rein par excitation du pneumogastrique........... 211[1]
Congestions pulmonaires........... 415[3]
Congrès allemand de chirurgie 185[1] 194[1]
— de médecine aux Etats-Unis 411[2]
— égyptien de médecine...... 3[1]
— français de chirurgie. 343[3] 350[1]
— — des médecins aliénistes et neurologistes...... 253[1] 263[2]
— international des médecins de Compagnies d'assurance...... 177[1]
— — d'hygiène et de démographie.. 295[2]
— italien de médecine interne 359[3] 367[1]
Contractions tétaniques et ascarides. 315[3]
Contracture du col utérin comme cause de dystocie... 130[3]
— secondaire du releveur de la paupière supérieure....... 192[1]
— unilatérale du biceps dans la syphilis secondaire......... 129[1]
Contusion abdominale et diagnostic des lésions de l'intestin......... 299[2]
Contusions ou plaies de l'abdomen et leucocytose.......... 351[3]
Convulsions épileptiformes toniques et cloniques et leur siège...... 369[1]
— et végétations adénoïdes 84[1]
Coqueluche.................. 228[3]
— de l'adulte et ictus laryngé......... 164[2]
— et sa propagation autour des hôpitaux de contagieux......... 269[1]
— et son microbe spécifique 162[2]
Cordons latéraux de la moelle et leurs lésions......... 89[2]
Corps étranger juxtapéricardique.. 361[3]
— jaune et sa fonction........ 274[3]
— médical aux Etats-Unis........ 387[1]
— thyroïde dans les infections et intoxications expérimentales..... 41[2]
— — et ovaire......... 72[3]
— — et poisons de l'organisme pendant la gestation......... 199[2]
Corps étrangers de l'appendice..... 108[2]
— — de l'estomac......... 79[1] 240[3] 361[3]
— — de l'œsophage. 35[1] 79[1]
— — des cellules nerveuses et amiboïsme nerveux......... 234[1]
— — des voies aériennes 419[2]
— — des voies aériennes et lésions pulmonaires tardives.. 15[1]
— — du poumon... 38[2] 154[3]
Cotoïne et ses indications......... 192[3]
Coudure de l'angle colique gauche et occlusion intestinale......... 314[1]
Coup de chaleur et cytologie du liquide céphalo-rachidien......... 403[1]
Courants de haute fréquence contre la méralgie paresthésique...... 380[2]
— — et leurs effets thérapeutiques. 155[2]
Courbature comme équivalent épileptique.............. 279[3]
Crampe des écrivains et acrocyanose.............. 266[2]
Craniectomie occipitale........... 394[3]
Crèche de Montevideo......... 166[1]
Crépitation laryngée dans la tuberculose pulmonaire......... 392[1]
Crises gastriques tabétiques et crises d'angiospasme............ 347[1]
Croissance comparée des fœtus mâles et femelles.......... 371[1]
Cryoscopie du lait......... 65[2]
Cure radicale de la hernie crurale.. 388[2]
Cyanose congénitale......... 65[3] 388[1]
Cyanoses par auto-intoxication d'origine intestinale......... 40[1]
Cyanure de mercure en injections intraveineuses et accidents dysentériformes......... 79[3]
Cyclisme contre la tarsalgie des adolescents......... 8[3]
Cyphoscoliose d'origine hystérique à la suite d'une sciatique........ 346[3]
Cyphose hérédo-traumatique...... 161[3]
Cystinurie......... 427[1]
Cystocèle vaginale......... 138[1]

D

Dacryoadénite blennorrhagique..... 226[2]
Débilité rénale......... 409[2]
Déchirure spontanée de l'intestin grêle et cancer du rectum........ 223[3]
Déchloruration dans l'ascite cirrhotique...... 369[3] 378[3]
— dans les néphrites épithéliales......... 219[1]
— dans les œdèmes...... 259[1]
— — brightiques......... 199[1] 219[3]
— — cardiaques. 210[2] 378[2]
— et hyperchloruration 384[3]
Décollement de la rétine......... 139[2]
Défenses de l'organisme chez le nouveau-né......... 104[1]
Déformation de la région frontale.. 145[2]
Dégénérescence graisseuse dans les intoxications bactériennes......... 227[3]
— kystique des sinus de Herrmann.... 27[3]
— maligne du moignon après hystérectomie subtotale pour fibromes.......... 362[1] 369[2] 384[2] 393[3] 409[1]
— polykystique des reins......... 7[3]
Déminéralisation et phtisie pulmonaire......... 249[2]
Dentine et son anesthésie......... 200[1]
Dermatite herpétiforme......... 66[1]
— ulcéreuse provoquée par le bromoforme......... 181[1]
Désinfection chirurgicale aux Etats-Unis......... 330[2]
Diabète et affections hépatiques..... 7[1]
— et pancréatite aiguë...... 27[1]
— insipide chez l'enfant...... 308[3]
— — et sa pathogénie.. 315[1]
— sucré......... 38[1] 291[1]
— — et gaz de la respiration 248[1]
— — et glycolyse......... 389[1]
Diarrhée à infusoire observée en France......... 72[3]
— et élimination du chlorure de sodium......... 224[3]
Diarrhées......... 332[3]
— infantiles......... 156[3] 300[1]
Diathèse d'auto-infection et polycanaliculites microbiennes......... 173[3]
Diazoréaction dans diverses maladies 41[3]
Digestion stomacale dans la maladie de Hanot......... 42[2]
Digitale en injections intra et sous-cutanées contre les varices 36[2]
— et ses variations d'activité. 107[2]
Dilatation forcée du sphincter anal contre l'entérocolite muco-membraneuse.... 383[2]
— fusiforme de l'œsophage. 67[3] 92[3]
— transitoire du cœur gauche 123[1]
Dilatations veineuses bulbo protubérantielles dans la maladie de Parkinson......... 129[1]
Diphtérie......... 161[3] 296[2]
— à Boston et à Philadelphie 33[3]
— à Chicago......... 122[1]
— à l'hôpital des Enfants-Malades en 1902-1903......... 199[2]
— à Marseille......... 127[3]
— avec trismus et opisthotonos persistants......... 108[2]
— chronique du pharynx...... 92[2]
— de l'enfance et syndrome urinaire......... 226[1]
— et modifications sanguines 139[2]
— et sa propagation autour des hôpitaux de contagieux......... 269[1]
— et système nerveux......... 425[3]
Distension de la vessie contre les rétentions rénales......... 243[3]
Diverticule de l'œsophage......... 350[2]
— de Meckel et son inflammation......... 27[3]
Diverticules de la vessie et leur inflammation......... 363[1]
— — et leur origine......... 182[2]
Docimasie hépatique......... 66[3]
Doigts hippocratiques dans les affections du foie......... 33[3]
Double circulation complémentaire dans quelques maladies hépato-spléniques......... 169[1]
— soulèvement cardiaque...... 368[2]
Douleur rénale provoquée par une injection dans l'uretère......... 57[1]
Drainage de la cavité abdominale.. 90[2] 116[2]
— et ses inconvénients en gynécologie......... 251[3]
Duodénite ulcéreuse urémique......... 25[2]
Dysenterie......... 168[3] 244[3] 308[3]
— épidémique et son microbe 152[2]
— et abcès du foie......... 4[2]
— et pseudo-rhumatisme... 128[1]
Dysostose cléido-crânienne......... 79[1]
Dyspepsie et battements aortiques abdominaux......... 191[3]
Dyspnée dans la maladie de Basedow......... 225[3]
Dystocie par contracture du col utérin......... 130[3]

E

Eau chaude en injections contre les tumeurs vasculaires......... 8[1]
— distillée contre le goitre......... 244[2]
— oxygénée dans le diagnostic et le traitement des affections gastriques.... 300[2]
— — en injections dans la bronchopneumonie infantile......... 124[2]
— — et borate de soude contre le muguet.. 252[3]
— salée chaude en injection contre les hémorrhoïdes....... 100[3]
— — en applications contre les épanchements séreux de la plèvre......... 244[3]
Echanges protéiques dans l'anémie bothriocéphalique......... 331[2]
Echinococcose alvéolaire......... 385[2]
Eclairage direct du rectum et du côlon descendant......... 323[1]
Eclampsie......... 89[2] 108[1] 199[2] 218[3]
— infantile et spasme de la glotte......... 403[3]
Ecorce de grenadier, simarouba et bois de campêche associés contre la dysenterie......... 308[3]
Ectopie de la rate avec torsion du pédicule......... 258[2]
Eczéma......... 156[3]
Effort musculaire et pression sanguine......... 235[3]
Electricité statique dans le traitement du morphinisme......... 212[2]
Electrothérapie et ses indications dans les hémiplégies......... 252[2]
Eliminations urinaires dans les néphrites subaiguës, dites parenchymateuses......... 219[2]
Embolie artérielle......... 370[2]
— de l'aorte abdominale...... 224[2]
— pulmonaire consécutive à l'appendicite......... 173[1]
Emissions sanguines et injections de sérum artificiel contre la paralysie diphtérique......... 176[3]
Emphysème sous-cutané chez un phtisique......... 42[1]
Empoisonnement par le phosphore. 132[1]
Empyème vrai du sinus maxillaire et sinusite chronique......... 279[1]
Endocardite aiguë polymicrobienne. 72[2]
— septique chez un blennorrhagique......... 201[1]
— tuberculeuse primitive. 223[3]
Endométrite bactériotoxique......... 116[2]
— puerpérale......... 176[3] 212[3]
Enfoncements crâniens chez le nouveau-né......... 156[2]
Enfouissement dans la neige et accidents qui en résultent......... 67[1]
Engorgement chronique du foie dans les pays chauds......... 6[3]
Entérite ulcéreuse des phtisiques... 220[2]
Entérocolite muco-membraneuse.... 383[2]
Entérocoque et sa morphologie 15[1] 192[1]
Entérokystome simple et occlusion intestinale......... 339[3]
Entéroptose......... 182[2]
Entérorrhagie dans l'angine diphtérique......... 131[2]
Eosinophilie due à la Filaria loa... 420[1]
Epanchements pleuraux......... 127[3]
— tuberculeux et appréciation de leur virulence......... 72[3]
Epidémie simulant la fièvre typhoïde 184[1]
Epilepsie......... 97[1] 105[2] 299[3] 324[1]
— choréique......... 7[3]
— et courbature......... 279[3]
— expérimentale par les courants de Leduc......... 200[1]
— jacksonienne......... 345[2]
— — non traumatique......... 195[2]
— thyroïdienne......... 266[1]
Epilepsies essentielles......... 345[2]
Epiploon et son rôle protecteur..... 368[3]
Epithélioma des lèvres......... 146[3] 345[3]
— du nez......... 26[1] 371[2] 404[2]
Epithélium et ses modifications sous l'influence de lésions traumatiques des tissus sous-cutanés......... 71[2] 96[3]
Erosions hémorrhagiques de l'estomac......... 154[2]
Eruptions syphilitiques et mercure. 91[3]
Erysipèle......... 116[3]
Erythème noueux post-vaccinal..... 191[3]
— palato-pharyngé dans la grippe à forme colique. 193[1]
Essence de girofle comme désinfectant......... 36[3]
— de térébenthine contre la pneumonie......... 220[3]
Essences dont la fabrication et la vente doivent être prohibées ou réglementées..... 32[1] 48[1] 63[2] 78[3]
Estomac en sablier......... 188[2]
— et sa mensuration radiographique......... 355[3]
Etain précipité comme tænifuge.... 16[3]
Etats-Unis au point de vue médical 420[2]
Ether associé à la morphine pour en prévenir l'action dépressive......... 324[3]
— iodoformé en injections intraveineuses dans la tuberculose pulmonaire......... 388[3]
Ethérisation et chloroformisation aux Etats-Unis......... 331[1]
— et injection préventive de bromhydrate d'hyoscine......... 220[3]
Etranglement de l'appendice......... 422[2]
Etudes médicales aux Etats-Unis... 357[1]
Etudiants en médecine français et étrangers dans les Facultés et Ecoles françaises......... 179[1]
Excision large suivie d'abaissement de la muqueuse contre la fissure à l'anus......... 132[2]
Exclusion de l'intestin......... 190[3] 210[2] 343[3] 420[2]
Exercice de la médecine aux Etats-Unis......... 379[1]
Exostoses multiples et chondrosarcome......... 181[2]
Exsudats paramétritiques et puerpéralité......... 291[3]
Extirpation totale d'une vertèbre... 41[3]
Extrait de fèves de Calabar contre l'atonie intestinale des morphiniques chroniques......... 124[3]

F

Facial paralysé et sa suppléance par le facial sain......... 235[1]
Faisceau de Türck......... 229[1]
— pyramidal direct et faisceau en croissant......... 17[1]
— — et ses fonctions chez l'homme 325[1]
— — homolatéral.... 199[3]
Farcin aigu......... 279[2]
Fatigue à l'état normal et dans diverses affections nerveuses......... 266[1]
— et ses caractères graphiques......... 218[3]
Faux cardiaques......... 45[1]
Favus de la souris propagé à l'homme......... 371[2]
— érythémato-squameux circiné chez un nouveau-né. 124[1]
Ferment glycolytique......... 389[1] 394[2]
Fermentation alcoolique des tissus animaux......... 418[3]
Feuilles d'argent laminé et leur emploi chirurgical.... 345[2]
— de bouleau en applications externes contre le rhumatisme articulaire. 36[3]
Fibrille conjonctive et sa structure. 137[2]
Fibrin-ferment et sa production.... 386[1]
Fibrome de la portion abdominale du ligament rond......... 361[3]
— utérin suppuré......... 409[2]
Fibromes utérins......... 145[3]
Fièvre de foin......... 297[3]
— hémoglobinurique......... 243[2]
— hystérique......... 276[2]
— intermittente à forme de colique rénale. 426[3]
— — apoplectiforme 40[2]
— jaune ... . 421[1] 427[1]
— — et protection du golfe du Mexique......... 267[1]
— rémittente de l'Inde causée par un nouveau protozoaire. 369[1] 408[3]
— rhumatismale......... 165[3]
— typhoïde......... 6[2] 68[3] 244[2]
— — à forme hémorrhagique......... 428[3]
— — aux Etats-Unis 15[2] 106[2]
— — avec glycosurie...... 403[1]
— — avec méningite d'origine otique......... 14[2]
— — et orchite......... 88[2]
— — et pancréatite......... 423[3]
— — et pseudo-péritonite par perforation. 99[1]
— — et sa propagation par les mouches. 292[1]
— — et ses formes atypiques......... 26[2]
— — et ses rechutes.... 397[1]
— — et tuberculose...... 38[1]
— — guérie et présence du bacille d'Eberth dans l'urine 88[3]
— — helminthiasique... 380[1]
— — infantile et son diagnostic......... 172[3]
— — très prolongée avec complications multiples......... 14[1]
Fièvres paludéennes......... 236[3]
Filaire de Médine et son extraction 236[2] 242[1]

Filaria loa et éosinophilie........ 420^1
Fils à suture ayant pénétré dans la vessie........ 27^2
— incandescents et brûlures qu'ils produisent........ 234^2
Fissure à l'anus........ 132^2 204^3
Fistule gastro-colique........ 97^3
— trachéo-œsophagienne........ 394^3
— vésicale........ 189^3
Fistules anales et leur genèse........ 27^3
— biliaires consécutives à la cholécystostomie........ 352^1
— cervico-vaginales élastiques 176^2
— congénitales du cou........ 383^3
— goitreuses........ 197^1
— intestinales........ 223^3
— recto-vaginales........ 241^2
— urétérales et blessures de l'uretère........ 107^3
— uréthro-périnéales et leur diagnostic........ 304^1
— vésico-vaginales........ 337^1
Fluxions dentaires........ 244^1
Foie des diabétiques........ 7^1
— et rapport de son poids à la surface du corps........ 49^2
— flottant et cardioptose........ 355^3
Folliculite suppurée à gonocoques sans uréthrite blennorrhagique... 79^2
Fonction motrice de l'utérus........ 338^2
— ovarienne et chlorose........ 225^3
Fonctionnement du rein et orthostatisme........ 113^1 153^3
Formol contre les séborrhées........ 212^1
— en applications contre les cancers inopérables........ 184^2
— en injection dans les kystes hydatiques du foie........ 223^2
— et acide borique contre les ulcères de jambe........ 8^3
— et son action sur les germes hydatiques........ 25^3
Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus........ 353^2
— de l'olécrâne........ 410^3
— du bassin et rupture intrapéritonéale de la vessie. 337^1
— invétérée de la rotule........ 186^2
— par arrachement du col chirurgical de l'humérus 155^1
Fractures de jambe........ 358^2
— de la base du crâne et paralysie traumatique du nerf spinal........ 305^2
— de la clavicule et accouchement par le sommet 298^3
— de la rotule........ 65^1
71^3 87^3 410^3
— du membre inférieur........ 418^3
— mobilisées et leur consolidation........ 402^1
— récentes........ 186^3
Furoncles........ 346^1

G

Gaïacol en applications contre les oreillons........ 148^3
— en badigeonnages contre la variole........ 184^3
Galactocèle........ 350^3
Galvanopuncture contre la tuberculose laryngée........ 306^1
Ganglions nerveux et leurs lésions séniles chez le chien........ 33^1
Gangrène du foie dans le cancer de l'estomac........ 242^2
— du membre inférieur d'origine phlébitique........ 234^3
— et perforation du cæcum par cancer de l'S iliaque 168^1
— pulmonaire........ 161^2
173^2 180^1 191^1 210^1
425^1
— — à microbes anaérobies........ 355^3
— — et son diagnostic radiographique 89^1
— spontanée unilatérale des doigts........ 200^2
Gants de caoutchouc et gants de fil employés simultanément... 348^2
— et leur emploi par les chirurgiens américains........ 90^1
Gastrectasie atonique........ 76^3 84^3
Gastro-entérite des nourrissons........ 337^1
Gastro-entérostomie........ 299^2
— en Y et ses avantages........ 223^2
— et ulcère peptique consécutif........ 188^2
Gastrostomie........ 350^2
— préalable contre les ulcérations pharyngées 138^1
Gastrosucorrhée........ 181^1 200^1
Gastrotomie pour corps étrangers de l'estomac........ 79^1 240^3 361^3
Gélatine contre les diarrhées infantiles........ 300^1
— contre les hématomes postopératoires........ 212^2
— et son influence sur la coagulabilité du sang........ 113^1
Gigantisme et acromégalie........ 153^2
— et puberté précoce........ 162^3
Glande mammaire comme galactagogue........ 316^3
Glandes génitales mâles et squelette........ 14^3
— mammaires et leur capacité sécrétoire........ 314^2
Glaucome........ 152^2
Glomérulo-néphrite et maladie de Barlow........ 243^3
Glossite dépapillante et sa contagiosité........ 224^3
Glucose dans le liquide céphalo-rachidien........ 58^2
— et sa production par les tissus animaux........ 223^2
— et son oxydation dans le sang........ 384^2
Glycérine et son élimination........ 224^3
Glycogène contre l'amaigrissement des hyperchlorhydriques........ 268^3
— contre les pyrexies........ 234^1
Glycogénie hématique........ 330^1
Glycolyse dans le sang « in vitro »........ 49^1
— et son mécanisme........ 389^1 394^2
Glycosurie diurne........ 425^2
— et hypophyse........ 97^1
— et lévulosurie alimentaires dans les maladies du foie........ 28^1
— uranique sans hyperglycémie........ 385^3
Goitre colloïde intra-trachéal........ 39^2
— exophtalmique........ 84^2 148^2
Gomme du corps ciliaire développée deux mois après l'infection........ 363^2
— hérédo-syphilitique........ 32^3
Goudron en pommade contre la dermatite herpétiforme........ 66^1
Graisses en injections sous-cutanées et leur valeur alimentaire........ 387^1
Granulations basophiles des hématies humaines........ 276^3
Greffe nerveuse contre la paralysie du facial........ 196^1
— osseuse pour perte de substance du tibia........ 314^3
Grippe à forme asthmatique........ 149^1
— à forme colique........ 193^1
Grossesse abdominale primitive sur une frange épiploïque........ 183^3
— et accouchement après une rupture utérine........ 306^1
— et fonctions du corps jaune 274^2
— et sa prolongation anormale dans l'anencéphalie........ 249^1
— et son interruption dans les maladies internes........ 359^3
— extra-utérine........ 38^3
— — et appendicite 352^3
— gémellaire et son diagnostic........ 329^3
— menée à terme malgré un corps étranger de l'utérus........ 130^3
— multiple et son diagnostic 275^1
— ou puerpéralité et résistance aux infections ou intoxications........ 280^2
— tubaire double........ 89^2
Grossesses gémellaires tubaires dans une seule trompe........ 236^1

H

Hamamelis virginica associée à l'Hydrastis canadensis et intoxication. 68^2
Hébotomie avec élargissement permanent du bassin........ 307^2
Hématémèses chez les tabétiques........ 282^3
Hématies des phtisiques et leur résistance........ 131^1
— des syphilitiques et leur résistance........ 75^1
— humaines et leurs granulations basophiles........ 276^3
Hématome sous-scapulaire chez un leucémique........ 65^2
Hématomes post-opératoires........ 212^2
Hématosalpinx aiguë non infectieuse et torsion de l'utérus........ 99^3
Hématurie........ 84^3
— par acide oxalique due à l'ingestion de rhubarbe 423^1
— rénale........ 182^1
Hémiplégie hystérique avec contracture........ 79^2
— syphilitique et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien........ 161^2
Hémiplégies........ 252^2
Hémoagglutinines du sang humain. 424^3
Hémoglobine réduite et son taux dans le sang des cardiopathes........ 33^1
Hémoglobinurie paroxystique........ 139^3
Hémophilie........ 300^3
Hémoptysies à répétition dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte........ 370^1
— dues à une sangsue........ 427^3
Hémorrhagie des couches optiques et signe de Babinski 420^1
— méningée sous-arachnoïdienne........ 355^1
— méningo-encéphalique et cellules endothéliales hématomacrophages........ 224^2
Hémorrhagies après la délivrance........ 92^2
— cutanées et intoxication arsenicale........ 116^1 228^1 284^3
— du pancréas........ 198^2
— et ulcérations de la peau et des muqueuses dans l'urémie........ 32^2
— par hypertrophie de l'amygdale de Luschka........ 28^2
— récidivantes du corps vitré........ 324^3
Hémorrhoïdes........ 27^3 100^3 252^2 388^2
Hémostase par l'angiotripsie et la cautérisation combinées........ 119^3
Hépaticotomie pour calculs biliaires 88^1
Hérédité pathologique et théorie du plasma germinatif........ 285^1
Hérédo-syphilis........ 59^1
66^2 73^3 98^1 114^2
— avec accidents secondaires........ 129^1
— comme cause de la maladie de Paget........ 103^3
— comme cause de la maladie de Parrot........ 71^1
— et lésions pulmonaires analogues à celles de la clavelée........ 420^1
— précoce et anémie pseudo-leucémique infantile........ 50^2
Hernie crurale........ 388^2
— duodéno-jéjunale........ 189^3
— inguinale........ 69^1
— — aux États-Unis........ 163^1
— — chez la femme........ 228^3
— obturatrice étranglée........ 73^1
— ombilicale........ 84^1
Hernies........ 188^3
— chez les enfants en bas âge 188^3
Herniotomies et blessure des ligaments ronds comme cause de rétrodéviations utérines........ 423^1
Hersage des nerfs plantaires........ 353^3
Hôpitaux de contagieux et risques de contamination pour le voisinage 269^1
Huile d'aniline iodoformée contre l'otite moyenne purulente. 132^3
— de chaulmoogra et son mode d'administration........ 154^1
Hydarthrose chronique des petites jointures........ 139^1
Hydrastis canadensis associé à l'Hamamelis virginica et intoxication 68^2
Hydrocèle........ 236^2
— artificiellement provoquée 283^3
— et bacilles tuberculeux........ 50^1
Hydropisie de l'amnios et auto-intoxication gravidique........ 297^2
Hydropisies........ 52^3
Hyper et hypochlorurie chez les cardiaques........ 384^3
Hyperchlorhydrie à forme diarrhéique........ 122^3
— et amaigrissement........ 268^3
— et son diagnostic chimique........ 33^2
Hyperchloruration et déchloruration 384^3
— et ses effets antitoxiques........ 97^1
Hyperglobulie des altitudes........ 371^1
— par hyperactivité de la moelle osseuse........ 411^1
Hyperplasie aiguë de l'appareil lymphatique........ 162^3
— épithéliale........ 71^2
— neutrophile de l'appareil myéloïde........ 66^3
Hypersécrétion gastrique alimentaire........ 98^2
— muco-membraneuse expérimentale........ 146^2
Hypertension artérielle dans la présclérose et les cardiopathies artérielles........ 218^2
Hyperthermie locale et ses effets........ 187^2
Hypertrophie de l'amygdale pharyngée et développement physique et intellectuel........ 75^3
— de la prostate........ 35^3
43^1 59^1 114^3 296^2
— des seins chez l'homme et myxœdème opératoire........ 421^2
— du thymus et mort subite........ 81^2
Hypochloruration et action thérapeutique des bromures........ 97^1 105^2
Hypophyse et glycosurie........ 97^1
Hystérectomie abdominale pour fibromes utérins........ 145^3
— — totale précésarienne........ 297^1
— subtotale pour fibromes et dégénérescence maligne du moignon........ 362^1
369^2 384^2 393^3 409^1
Hystérie et albuminurie........ 385^1 394^1
Hystérie et attaque de toux convulsive........ 74^3
— et cécité........ 81^3
— et hémiplégie avec contracture........ 79^2
— et hyperthermie........ 276^3
— et morphinomanie........ 267^1
Hystériques accusatrices........ 234^1

I

Ictère et ralentissement du pouls... 117^1
— et séroréaction........ 419^3
— grave appendiculaire........ 362^2
Ictères bénins post-opératoires........ 293^1
— chroniques simples........ 112^3
Ictus laryngé dans la coqueluche de l'adulte........ 164^2
Idiotie et rachitisme........ 266^2
Iléus et substances toxiques du contenu intestinal........ 189^3
Images hypnagogiques........ 104^3
Immunisation des nourrissons contre la tuberculose........ 85^1
Immunité artificielle à l'égard de la peste et son mécanisme 268^1
— dans les maladies infectieuses........ 367^1
Impétigo........ 184^2
Incarcération de l'utérus gravide........ 284^2
Incision axillaire pour l'ablation des adénomes mammaires........ 179^3
— dissimulée pour l'ablation des kystes de l'ovaire........ 80^3
— — pour la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme........ 228^3
Incontinence d'urine........ 28^2 225^3
— — et végétations adénoïdes........ 83^3
Indicanurie et chimisme stomacal.. 120^2
Individualité dans la pathogénie et l'étiologie des maladies........ 368^3
Infarctus rénal et séparation des urines........ 105^2
Infection et multiplicité des produits solubles qui prennent naissance........ 373^1
— péritonéale expérimentale par le streptocoque et leucocytose........ 98^1
— streptococcique et leucémie aiguë à forme hémorrhagique........ 88^1
Infections expérimentales et influence des alcalins........ 428^1
— généralisées........ 396^3
— ou intoxications pendant la grossesse ou la puerpéralité........ 280^2
Inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale........ 36^1
— épithéliale pseudo-néoplasique........ 113^2
Injection saline massive ayant entraîné la mort........ 402^3
— urétérale et douleur rénale provoquée........ 57^1
Injections épidurales contre la spermatorrhée........ 282^1
— — contre l'incontinence d'urine........ 225^3
— — de cocaïne en obstétrique........ 340^3
— intratonculaires de cocaïne pour l'anesthésie chirurgicale........ 139^3
— prothétiques de paraffine. 121^3
— — de paraffine dure contre les hernies........ 188^3
— — de paraffine et leurs inconvénients 138^1
225^1
— — d'un mélange de vaseline et d'huile d'olive........ 8^2
— salines dans les péritonites 283^3
— sulfatées hypertoniques........ 403^1
Innervation et transsudation vasculaire........ 181^3
Inoscopie pour la recherche du bacille tuberculeux........ 14^2 22^2 50^1
Insolation du larynx contre la tuberculose laryngée........ 420^1
Insomnie........ 263^2
— dans les cardiopathies artérielles........ 372^3
— rebelle des aliénés........ 340^3
Insuffisance antitoxique et exagération des réflexes tendineux........ 217^3
— aortique et albuminurie........ 422^1
— tricuspidienne avec rétrécissement mitral et son diagnostic........ 249^3
Intermittences du pouls et indicanurie........ 192^1
Interventions chirurgicales et ictères bénins........ 293^1

Intoxication arsenicale et hémorrhagies cutanées........ 284[3]
— mortelle par colchicine à dose thérapeutique..... 72[1]
— — par l'oxyde de carbone..... 25[3]
— oxycarbonée et disparition du gaz toxique du sang des victimes.... 210[3]
— par ingestion de benzine 65[3]
— par la formaline....... 124[3]
— par l'Hydrastis canadensis......... 68[2]
— par l'hydrogène arsénié 403[1]
— phosphorée et formation de tissu décidual.... 340[2]
Intoxications bactériennes et dégénérescence graisseuse.......... 227[3]
Invagination iléo-cæcale et appendice........... 121[1]
— intestinale chez l'adulte 6[3]
Iodate de soude en injections sous-conjonctivales.............. 364[3]
Iode en applications contre l'épithéliome cutané.............. 26[1]
— et son action sur le poumon.. 139[2]
Iodoforme et préparations mercurielles.............. 236[3]
— et son action antiseptique........... 187[3]
— pour plombage des os et comme moyen de prothèse.............. 201[1]
Iodophilie dans les suppurations aseptiques dues à l'essence de térébenthine............. 137[1]
Iodure de méthyle comme révulsif.. 100[1]
— de potassium en collyre et ses indications 260[3]
— — en injections locales........ 32[3]
Ipéca contre la dysenterie et son mode d'administration........... 244[3]
Iritis ourlienne double............. 81[1]
Ivresse............ 97[2] 372[2]

K

Kyste de l'épididyme à pédicule tordu............. 346[3]
— dermoïde du mésocôlon transverse.......... 346[2]
— du pancréas............ 386[1]
— hydatique de la colonne vertébrale, comprimant la moelle.. 166[2]
— — du crâne......... 197[3]
— — du poumon avec hémoptysies à répétition.. 248[3]
— — — guéri spontanément.... 258[3]
— — suppuré du foie ayant émigré à travers la paroi abdominale..... 276[3]
Kystes clitoridiens.......... 353[1]
— de l'ovaire et leur ablation esthétique........ 80[3]
— hydatiques du bassin et du ligament large avec accouchement normal... 352[3]
— — du foie......... 223[2]
— — du poumon........ 219[3]
— — pelviens comme cause de dystocie........ 166[3]

L

Labyrinthe et sensibilité cutanée... 41[1]
Lait acidifié contre la gastro-entérite des nourrissons........ 337[1]
— de femme et ses ferments catalytiques......... 225[3]
— et diminution de ses lécithines par le chauffage........ 13[2]
— et réglementation de sa vente.. 296[1]
— et sa cryoscopie........ 65[2]
— et ses albuminoïdes....... 183[3]
— et transmission de la scarlatine.. 380[1]
— stérilisé et maladie de Barlow. 370[2] 409[3]
Langue au début de la scarlatine.. 47[3]
— noire........... 66[1] 371[2]
— saburrale et albuminurie... 211[1]
Laryngotyphus ulcéreux........ 72[2]
Lavage de l'estomac contre l'ivresse 97[2]
Lavement électrique contre la colique de plomb....... 97[1] 161[3]
Lécithines du lait et leur diminution par le chauffage..... 13[2]
Législation antialcoolique de l'Etat d'Iowa.......... 312[3]
Lèpre.......... 154[1]
— systématisée nerveuse à manifestations tardives...... 14[1]
Lésions congénitales des centres nerveux.......... 87[2]
— des centres nerveux chez le nouveau-né........ 105[2]
— du fond de l'œil dans la paralysie générale..... 266[3]
— pulmonaires tardives par corps étrangers des voies aériennes......... 15[1]
Lésions radiculaires et tumeurs cérébrales........... 419[3]
— rénales sous-cutanées..... 198[1]
Lettres et rapidité de leur lecture.. 384[2]
Leucémie aiguë à forme hémorrhagique....... 57[3] 65[2]
— à forme hémorrhagique avec infection streptococcique........ 88[1]
— et syphilis........ 249[1]
— lymphatique à grosses et à petites cellules..... 395[1]
— splénomédullaire...... 423[2]
Leucocytes et leurs oscillations chez les tuberculeux........ 362[3]
Leucocytose dans l'appendicite..... 88[2] 141[1] 354[3]
— dans les affections gynécologiques.......... 324[1]
— dans les contusions et plaies de l'abdomen. 351[3]
— dans les suppurations des voies biliaires.... 88[2]
— dans l'urémie expérimentale........ 14[3]
— et infection péritonéale expérimentale par le streptocoque......... 98[1]
Leucoplasie précancéreuse du col utérin.......... 173[3]
Lévulosurie et glycosurie alimentaires dans les maladies du foie.. 28[1]
Levure de bière contre l'amygdalite phlegmoneuse....... 16[2]
Lichen corné avec ulcération épithéliomateuse........ 154[3]
Ligaments croisés et leur reconstitution opératoire........ 364[3]
— ronds et leur effacement en cas de grossesse gémellaire........ 329[3]
Ligature de l'artère linguale à travers la bouche........ 39[3]
— simultanée des deux jugulaires internes......... 108[2]
Lipase dans les liquides pathologiques.......... 28[1]
Lipomatose symétrique........ 7[1] 386[2]
— — douloureuse et maladie de Dercum..... 221[1]
Lipome très volumineux de l'S iliaque........... 25[1]
Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis oculaire........ 14[2]
— — dans la syphilis secondaire.... 314[3] 338[1]
— — dans le coup de chaleur......... 403[1]
— — dans l'hémiplégie syphilitique........ 161[2]
— — des paralytiques généraux et sa toxicité...... 394[1]
— — et sa circulation. 355[3]
— — et sa coloration biliaire d'origine hémorrhagique........ 333[1] 410[1]
— — et son pouvoir hémolytique.. 9[1]
Lithiase mammaire.......... 371[1]
— vésicale urique........ 422[1]
Locomotion et ses éléments........ 13[3]
Lumière dans le traitement des plaies atones........ 410[3]
Lupus.............. 52[3] 218[3] 380[3]
— et cancer........ 345[3]
Luxation congénitale de la hanche. 161[2] 211[3]
— de la hanche........ 43[3]
— de l'épaule avec rupture de la thoracique inférieure........ 8[1]
— du genou en dehors....... 337[2]
— invétérée de la tête du radius........ 189[3]
Luxations de l'articulation de Lisfranc........ 331[3]
— invétérées de la hanche. 187[1]
— — du coude..... 78[3]
Lymphangiome de la muqueuse nasale........ 275[1]
— diffus de l'avant-bras........ 187[3]
Lymphomatoses et leur classification........ 225[2]
Lymphomes tuberculeux du cou.... 196[1]

M

Macération de placenta comme galactagogue........ 268[3]
— de reins de porc contre l'albuminurie et l'urémie........ 89[1] 418[2]
Macroglossie neurofibromateuse..... 281[1]
Magnésie en cachets et ses inconvénients chez les hypochlorhydriques........ 260[3]
Magnésium contre les angiomes caverneux........ 199[1]
Mal de Bright chronique, sa pathogénie et ses formes cliniques..... 308[1]
Mal de Bright et perméabilité rénale aux chlorures et à l'urée........ 419[2]
— — et variations de la perméabilité rénale aux chlorures..... 410[1]
— perforant plantaire........ 353[3]
Maladie d'Addison à un stade avancé et dangers de l'adrénaline..... 396[3]
— — et cellules chromaffines....... 201[2]
— de Banti........ 301[1]
— de Barlow........ 97[1]
97[2] 105[3] 113[3] 243[3] 370[2] 409[3]
— de Basedow avec syndrome addisonien.... 409[3]
— — et dyspnée.... 225[3]
— — et sa symptomatologie........ 315[2]
— de Carrion........ 424[3]
— de Dercum et lipomatose symétrique douloureuse..... 221[1]
— de Dupuytren avec hyperhidrose des mains........ 123[3]
— de Paget et syphilis........ 71[1]
103[3] 180[3]
— de Parkinson et ses lésions. 129[1]
— de Parrot et son origine hérédo-syphilitique...... 71[1]
— de Thomsen et sa pathogénie........ 381[1]
— de Werlhof........ 368[2]
— — consécutive à une angine........ 404[1]
— des pêcheurs d'éponges..... 208[3]
— du sommeil chez une Européenne........ 412[1]
— — et trypanosomes 346[1]
361[3] 364[1] 413[1]
Maladies épidémiques à déclaration obligatoire ou facultative 24[1]
— infectieuses et immunité 367[1]
— — et modifications de l'utérus........ 268[3]
Malformation des oreilles........ 50[1]
Malgaigne........ 417[1]
Massage contre les fractures récentes........ 186[3]
— des membres contre l'embolie artérielle........ 370[2]
— forcé contre les tumeurs kystiques du sein....... 356[3]
Mastoïdite........ 248[1]
Mécanisme vésical chez les prostatiques........ 198[2]
Méningite cérébro-spinale avec hémorrhagie méningée... 362[1]
— hémorrhagique fibrineuse avec paralysie spasmodique........ 354[2]
— tuberculeuse et sa curabilité........ 164[3]
Méningo-encéphalocèle de la fontanelle postérieure........ 351[2]
Menstruation et appendicite.. 393[3] 402[3]
Méralgie paresthésique........ 380[2]
Mercure dans la tuberculose des syphilitiques........ 156[2]
— et éruptions syphilitiques.. 91[3]
— et son action sur le sang des syphilitiques........ 75[1]
Métastases osseuses des tumeurs thyroïdiennes........ 82[1]
Microbisme biliaire normal........ 58[2]
Microorganismes de l'air dans les salles d'hôpital.. 78[3] 105[1]
— du vagin chez les femmes enceintes 82[2]
Migraine ophtalmique et rêves précurseurs........ 147[2]
Mobilisation des fractures et leur consolidation........ 402[1]
Morphine et son action sur la sécrétion du suc gastrique.. 305[3]
— et son association à l'éther 324[3]
Morphinisme........ 212[2]
Morphinomanie et hystérie........ 267[1]
Morsures de serpents........ 348[3]
Mort apparente........ 86[3]
— des paralytiques généraux.... 265[1]
— des tabétiques et âge auquel elle survient........ 349[1]
— et sa physiologie........ 127[3]
— par entrée de l'air dans les veines........ 235[2]
— subite et hypertrophie du thymus........ 81[2]
Mortalité comparée des armées française et allemande de 1888 à 1900 133[1]
Motricité du tube digestif........ 370[3] 394[2]
Mouches et propagation de la fièvre typhoïde........ 292[1]
Moules bronchiques et leur pathogénie........ 354[3]
Mouvements d'inclination et de rotation de la tête dans le vertige voltaïque. 139[1]
— mimiques et leur centre........ 114[3]
— volontaires chez l'homme........ 325[1]
Muguet........ 252[3]
— et infection générale........ 200[2]
Muqueuse buccale et sa coloration dans le saturnisme........ 161[3] 370[2]
Muscles et leur vie........ 64[3]
Myatonie périodique........ 92[1]
Mycose nouvelle........ 225[1]
Mycosis fongoïde........ 79[3] 387[1]
Myélocytes du bulbe olfactif....... 330[2]
Myélomes multiples avec albumosurie........ 226[1]
— — sans albumosurie........ 201[3]
Myiase cutanée mortelle........ 73[1]
Myoclonus des muscles de la glotte avec dysphagie........ 82[3]
Myokymie........ 410[3]
Myrtille contre la fièvre typhoïde.. 68[3]
Myxœdème opératoire par ablation des seins hypertrophiés chez l'homme........ 421[2]
Myxosarcome du rein........ 241[3]

N

Nacre dans l'expectoration d'ouvriers nacriers........ 378[3]
Nævi artériels dans les maladies du foie........ 50[2] 58[1]
Nævus pigmentaire très étendu.. 155[2]
Nagana et surra et leur non-identité 219[1] 354[1]
Nanisme ancestral........ 346[1]
Naphtaline contre l'endométrite puerpérale........ 212[3]
Nègres d'Amérique et leur pathologie........ 338[3]
Néoplasmes et leur pluralité....... 25[1]
112[1] 145[2] 190[2] 353[1]
Néphrite toxique appendiculaire.... 341[1]
Néphrites aiguës........ 145[3]
— chroniques avec œdèmes ou hydrorrhées........ 37[1]
— épithéliales et rôle des chlorures........ 219[1]
— et altérations de la rétine 66[3] 386[2]
— et usage des viandes blanches et noires.... 83[2] 201[2]
— paludéennes........ 5[2]
— subaiguës dites parenchymateuses et éliminations urinaires........ 219[2]
Néphropexie........ 148[1] 280[3]
Néphrotomie pour hématurie rénale 182[1]
Néphrotoxines........ 121[2]
Neurasthénie et attention........ 72[3]
— et ralentissement expiratoire du pouls.... 428[3]
— et réaction des urines. 154[3]
Neurofibromatose des nerfs de la langue........ 281[1]
Neurofibrosarcomatose........ 277[1]
Neurologie et son enseignement aux Etats-Unis........ 61[1]
Neuronophagie dans le rhumatisme cérébral........ 347[1]
Névralgie faciale........ 15[3] 260[1]
Névrite des nerfs splanchniques... 116[1]
— optique par ingestion de corps thyroïde........ 176[3]
Névrites optiques toxiques et infectieuses........ 247[3]
— périphériques et paralysies laryngées dans le tabes. 81[2]
Névrose traumatique et son pronostic........ 73[2]
Nitrate d'argent contre l'impétigo.. 184[2]
— en injections intraveineuses dans les infections généralisées........ 396[3]
Nitrite d'amyle en inhalations contre les accidents hystériques..... 113[1]
Nœuds intestinaux et leur production........ 188[3]
« Non dosé » urinaire........ 242[3]
Nouveau-né et défenses de son organisme........ 104[1]
— et lésions des centres nerveux........ 105[2]

O

Obésité et alcool........ 153[3]
— partielle avec pigmentation dans la maladie de Basedow........ 315[2]
Oblitération congénitale de l'intestin grêle........ 65[2]
— de l'uretère chez un individu n'ayant qu'un seul rein........ 79[3]
— de l'urèthre par une valvule congénitale........ 25[1] 59[3]
Occlusion autoplastique libre pour perte de substance du tibia........ 314[3]
— fibreuse complète des deux veines caves........ 424[1]
— intestinale et entérokystome simple. 339[3]
— — par coudure cicatricielle........ 352[2]
— — par coudure de l'angle colique gauche.. 314[1]
— — partielle congénitale opérée avec succès.. 121[2]

Œdème aigu paroxystique héréditaire .... 260[2]
— — pulmonaire d'origine pneumonique chez les cardiaques .... 224[1]
— dur traumatique .... 77[1] 175[1]
— neurotrophique et vaso-moteur d'origine médullaire .... 368[3]
— pulmonaire par injection de sérum artificiel .... 394[1]
Œdèmes et hydrorrhées dans les néphrites chroniques .... 37[1]
— et rôle des chlorures .... 199[1] 210[2] 219[3] 259[1] 378[2] 385[2]
Œil et immunité .... 200[3]
— et ses mouvements de torsion. 241[2]
Œufs comme cause d'urticaire .... 80[2]
Olfaction chez les vieillards .... 354[1]
Opération césarienne avec compression de l'aorte. 168[1]
— — et paralysie faciale chez l'enfant .... 324[2]
— — itérative chez les mêmes malades 316[1]
— — par la méthode de Fritsch .... 227[1]
— — vaginale .... 123[3]
— — — pour éclampsie .... 89[2]
— de Bassini et pénétration des fils dans la vessie.. 27[2]
— vaginale et laparotomie en gynécologie .. 386[2] 404[1]
Ophtalmie blennorrhagique des adultes .... 372[3]
— purulente congénitale .... 67[2]
Opiacés, cocaïne et tabac contre le goitre exophtalmique .... 84[2]
Opothérapie hépatique contre la lithiase biliaire 108[3]
— — dans la cirrhose atrophique .... 33[1]
— mammaire comme galactagogue .... 316[3]
— médullaire contre le rachitisme .... 316[3]
— ovarienne chez les hémophiliques .... 300[3]
— placentaire comme galactagogue .... 268[3]
— rénale contre les suppurations du rein .... 396[3]
— — contre l'urémie et l'albuminurie .... 89[1] 418[2]
— surrénale .... 53[1]
— — contre la gastrectasie atonique .... 76[3] 84[3]
— — contre le prurit .... 204[2]
— thymique contre la chloro-anémie des enfants et des adolescents .. 412[3]
— thyroïdienne comme hémostatique 84[3]
— — dans la cachexie gastro-intestinale des nourrissons .... 212[3]
— — et névrite optique consécutive .... 176[3]
Orchite dans la fièvre typhoïde .... 88[2]
Orchites infectieuses expérimentales 290[2]
Oreille interne et sa physiologie .... 49[3]
Oreillons .... 148[3]
— avec paralysie de l'accommodation et du voile du palais .... 129[2]
— et iritis double .... 81[1]
Orthostatisme et fonctionnement du rein .... 113[1] 153[3]
Os mort et son implantation .... 64[2]
Ostéo-arthrites tuberculeuses du genou .... 152[2]
Ostéo-arthropathies hérédo-syphilitiques .... 105[2]
Ostéomalacie .... 34[3]
— au cours de la grossesse .... 121[1]
Ostéoplastie au moyen de la clavicule après résection humérale .... 179[3]
Ostéosarcome de l'humérus .... 179[3]
Ostéotomie sous-trochantérienne pour luxation congénitale de la hanche .... 161[2]
Otite aiguë et thrombophlébite du sinus latéral .... 79[1]
— externe ossifiante des pays chauds .... 315[1]
— moyenne purulente .... 182[3] 204[2]
— — — d'après la statistique de Bezold .... 130[1]
— — — et parotidite simultanées .. 223[3]
Otorrhée chronique et ses complications cérébrales .... 181[3]
Ovaire et corps thyroïde .... 72[3]
Ovule fécondé et causes de son arrêt dans la trompe .... 380[2]
Oxygène contre les arthrites suppurées du genou .... 220[1]
Oxygène contre les furoncles .... 346[1]
— en inhalation et sa valeur thérapeutique .... 164[1]
— en injection intrapleurale dans le pneumothorax .. 368[3]
— sous pression et son emploi en chirurgie .... 363[1]
Oxyhémoglobine et sa réduction suivant les altitudes .... 223[1]
Ozène .... 204[2]
— chez le nourrisson .... 147[3]

P

Pachyméningite cervicale hypertrophique .... 242[2]
— hémorrhagique avec chromodiagnostic .... 105[1]
Paludisme dans les Indes .... 165[1]
— et béribéri .... 203[2]
— et rôle des anopheles .... 121[2]
— et ses manifestations cutanées .... 41[1]
— et transmissibilité du parasite de la mère au fœtus .... 307[2]
— et unicité de son parasite 307[1]
Panaris .... 48[2]
— gonococcique .... 201[1]
Pancréas et son rôle dans le diabète 58[2]
Pancréatite aiguë et diabète .... 27[1]
— d'origine ourlienne .... 248[3]
— typhoïdique .... 423[3]
Panophtalmie et rôle du Bacillus subtilis .... 274[1]
Papillome vésical extirpé par voie périnéale .... 155[1]
Papillomes de la vessie .... 43[2]
— multiples du larynx chez les enfants .... 274[3]
Paraffine contre les hernies .... 188[3]
— iodoformée comme moyen de plombage .... 345[3]
Paralysie agitante débutant par les membres inférieurs .... 44[3]
— de l'accommodation et du voile du palais consécutive aux oreillons .... 129[2]
— faciale .... 196[1] 248[2] 299[1]
— — chez un enfant extrait par opération césarienne.. 324[2]
— — congénitale avec malformation des oreilles .... 50[1] 72[2]
— — périphérique et troubles de l'occlusion des paupières .... 266[3]
— générale à forme sensorielle .... 37[3]
— — au début et contamination syphilitique .... 388[1]
— — au début et prolongation de la réaction pupillaire aux toxiques .... 265[3]
— — avec méningite rachidienne suppurée .... 362[2]
— — en Suède .... 43[2]
— — et effets de l'antisérum humain .... 426[1]
— — et état des testicules et des ovaires .... 154[1]
— — et lésions du fond de l'œil .... 266[3]
— — et sa période terminale .... 265[1]
— — et son histologie 255[3]
— — et syphilis en activité .... 161[3]
— — et tabes .... 265[2]
— — et toxicité du liquide céphalo-rachidien .... 394[1]
— — tabétique et ses rémissions spontanées .... 265[3]
— infantile avec réaction méningée .... 199[2]
— — frappant simultanément le frère et la sœur .... 191[3]
— périphérique de l'hypoglosse .... 131[1]
— pseudo-bulbaire par lésion cérébrale unilatérale .... 166[3]
— récurrentielle et maladies internes .... 44[1]
— spinale spasmodique dans les lésions des cordons latéraux .... 89[2]
— spondylitique guérie .... 122[1]
— traumatique du membre inférieur .... 173[3]
— — du nerf spinal consécutive aux fractures de la base du crâne .. 305[2]
Paralysies diphtériques .... 14[1] 176[3]
— laryngées des tabétiques 81[2]
Paralysies traumatiques des muscles de l'œil .... 179[3]
Parapsoriasis simulant des syphilides .... 225[1]
Parasite de la malaria et sa transmissibilité de la mère au fœtus .. 307[2]
— — et son unicité .... 307[1]
— de la vaccine .... 355[3]
Parasites du cancer .... 317[1]
Parotidite et otite moyenne suppurée simultanées .... 223[3]
Peau autoplastiée et sa physiologie 13[3]
— et peauciers du cou dans la suspension des seins .... 67[1]
Pédoncules cérébelleux et leurs connexions chez l'homme .... 14[2]
Pelade conjugale .... 225[1]
— et tentatives infructueuses d'inoculation .... 65[3] 402[2]
Percussion épigastrique pour le diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum .... 111[2]
Perforation du cœur par un ulcère de l'estomac .... 284[1]
— instrumentale de l'utérus .... 39[1]
— transversale complète du thorax .... 195[1]
Perforations du rectum consécutives à l'hystérectomie abdominale .... 210[1]
Péricarde sur le cadavre et sur le vivant .... 369[2]
Péricolite cicatricielle post-appendiculaire .... 352[2]
Périthéliome carotidien .... 161[1]
Péritoine et exaltation artificielle de sa résistance .... 368[1]
Péritonite à pneumocoques .... 194[1]
— et son rôle dans la production de la colique hépatique .... 29[1]
— par perforation de la vésicule biliaire 33[2]
— — de l'S iliaque 194[2]
— — des diverticules de la vessie .... 363[1]
— purulente diffuse .... 103[3]
— tuberculeuse simulant une cirrhose alcoolique .... 338[1]
Péritonites .... 283[3]
Pérityphlite .... 283[1]
Permanganate de potasse à l'intérieur dans le choléra asiatique 83[2]
— en applications contre la fissure à l'anus 204[3]
— — en applications contre l'érysipèle .... 116[3]
— — par la bouche et en lavements contre la dysenterie 168[3]
Pertes de substance crânienne .... 196[2]
Peste .... 308[3]
— à Berlin .... 211[3]
— en Egypte .... 5[3]
— et mécanisme de l'immunité artificielle .... 268[1]
Phagothélisme dans les exsudats .... 368[3]
Phénomène des orteils dissocié .... 200[1]
Phénosalyl contre la tuberculose laryngée .... 52[1]
Phimosis congénital .... 308[3]
Phlébite infectieuse dans la chlorose .... 128[2]
Phlegmatia alba dolens des typhoïdiques et régime hypochlorurique. 247[2]
Phosphaturie .... 107[3]
— et ammoniurie des neurasthéniques .... 154[3]
Phosphore contre l'ostéomalacie .... 34[3]
Photothérapie de l'acné rosacée .... 112[1]
— de la scarlatine .... 91[2]
— de l'ozène et des otites moyennes purulentes chroniques .... 204[2]
— des adénites et arthrites tuberculeuses .... 380[3]
— des fluxions dentaires. 244[1]
— du lupus .... 218[3]
Pied bot et son étiologie .... 79[3]
— creux .... 353[3]
Pigment mélanique et sa formation. 152[3]
Pigments biliaires et leur recherche dans l'urine .... 103[2]
Pigmentations anormales des tuberculeux et insuffisance surrénale .. 378[3]
Pilocarpine en injections intra-tympaniques contre l'otite moyenne .. 291[1]
Piqûres d'abeilles et rhumatisme articulaire aigu .... 162[3]
Piroplasme agent d'une fièvre rémittente de l'Inde .... 369[1] 408[3]
Pityriasis versicolor .... 124[3]
Plaie de l'estomac par balle de revolver .... 351[1]
— du canal thoracique .... 369[2]
Plaies atones .... 410[2]
— du cœur .... 196[2]
— — et des gros vaisseaux par armes à feu .... 251[1]
Plaies infectées et affections septiques .... 52[2]
— par fils incandescents .... 234[2]
Pleurésie purulente interlobaire à streptocoques avec ostéomyélite .... 259[3]
— typhoïdique et sa cytologie .... 370[1] 370[3] 385[3]
Pleurésies purulentes anciennes .... 234[1]
Pleuro-typhus de rechute .... 378[3]
Plombage à la paraffine iodoformée .... 345[3]
— à l'iodoforme comme moyen de prothèse .... 201[1]
Pneumonie .... 220[3]
— et présence du pneumocoque dans le sang .... 112[2]
— gonococcique .... 227[2]
Pneumothorax .... 368[2]
Poids du corps, des urines et tension artérielle chez les asystoliques .... 219[2]
Poisons de l'organisme et gestation. 199[2] 218[3]
— et leur absorption par l'organisme .... 73[2]
Poisson dans le régime des albuminuriques .... 300[3]
Polyadénomes du gros intestin .... 241[3]
Polyarthrites tuberculeuses .... 353[2]
Polycanaliculites microbiennes et diathèse d'auto-infection .... 173[3]
Polyglobulie .... 224[2]
Polymyosite infectieuse aiguë à récidive .... 191[2]
Polynucléose neutrophile de l'accouchement et des suites de couches 105[3]
Polypose intestinale et cancer .... 35[2]
Polyurie réflexe due au cathétérisme des uretères .... 411[1]
Ponction lombaire contre les affections auriculaires 138[3]
— — contre l'urémie aiguë .... 356[2]
— — dans les hémorrhagies méningées et la méningite hémorrhagique .... 354[2] 355[1]
— — suivie de lavage contre la péritonite purulente diffuse .... 108[3]
Population de la France et son accroissement comparé à celui des principaux pays d'Europe .... 359[1]
Position déclive de Trendelenburg et ses inconvénients .... 185[1] 340[1]
— élevée acquise de l'omoplate .... 371[3]
Pouls et son ralentissement expiratoire chez les neurasthéniques .... 428[3]
Pouvoir glycolytique du sang et ligature du canal de Wirsung .... 385[2]
— hémolytique du liquide céphalo-rachidien et ses variations .... 9[1]
Prématuré ne pesant que 500 grammes .... 243[2]
Présentations du siège et rétraction de l'anneau de Bandl .... 157[1]
Pression artérielle et ses modifications d'origine stomacale 384[1]
— dans l'oreillette droite et sa mensuration .... 386[3]
— sanguine au cours des interventions chirurgicales .... 16[1]
— — dans diverses maladies .... 154[3]
— — et effort musculaire .... 235[3]
— — et pression atmosphérique .... 211[1]
Produits solubles développés au cours d'une infection .... 373[1]
Projectiles et leur transport embolique .... 251[1]
Prolapsus utérin .... 60[3] 281[1]
Prostatectomie .... 78[3]
— aux Etats-Unis .... 296[2]
— périnéale .... 198[3]
Prothèse métallique pour déformation de la région frontale .... 145[2]
Protozoaire parasite des cancers épithéliaux .... 313[3]
— — du sang de l'homme .... 355[2]
Protozoaires dans le sang en cas de typhus exanthématique .... 298[1]
Prurit .... 204[3]
— essentiel localisé d'origine arsenicale .... 148[1]
— et carcinose abdominale .... 211[2]
Pseudo-anémie angiospastique .... 167[3]
Pseudo-asthme d'origine gastrique .. 393[1]
Pseudo-hermaphrodisme .... 79[3]
Pseudo-kyste sus-dure-mérien .... 345[2]
Pseudo-péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde .... 99[1]
Pseudo-rhumatisme dysentérique .... 128[1]
— tuberculeux primitif .... 191[1]
Psoriasis et arthropathies .... 154[2]
— et son inoculabilité .... 403[2]
Psychoses dans les pays chauds .... 6[2]
Ptosis .... 96[2]
Puberté précoce et gigantisme .... 162[3]

Puerpéralité et exsudats paramétriques ... 291^3
Purpura expérimental ... 394^1
Pylorectomie pour léiomyome malin de la grande courbure de l'estomac ... 350^2
Pyohémie d'origine nasale suivie de guérison ... 280^2
Pyopneumopéricarde ... 66^2

Q

Quinine en injection dans le ligament large contre le prolapsus utérin ... 60^3
— et acide phénique contre la variole ... 132^3
Quotient endothélial dans le total des éléments blancs du sang ... 368^1

R

Rachitisme ... 316^3
— et déformation des phalanges ... 298^2
— et idiotie ... 266^2
— et son hérédité ... 104^1
Radiographie de la gangrène pulmonaire ... 89^1
— des calculs biliaires ... 330^2
— des tumeurs intracrâniennes ... 16^2
Radiothérapie à Chicago ... 115^1
— de la leucémie splénomédullaire ... 423^2
— de l'épithélioma du nez 371^2 404^2
— des tumeurs du sein ... 218^2 384^1
— — malignes 59^3 185^3 190^2 234^1 371^3
— du mycosis fongoïde ... 387^1
— du trachome ... 36^2
Radium comme analgésique ... 330^1
— contre les tumeurs malignes 225^2
— et influence de ses radiations sur le développement ... 152^3
— et ses effets sur les tissus ... 64^2
— et son action sur la rétine ... 201^2
Rage et lésions des ganglions nerveux ... 33^1
Ralentissement du pouls dans l'ictère ... 117^1
Rayons de Blondlot et leur émission par l'organisme humain ... 418^2
— de Röntgen et azoospermie ... 364^1
— — et leurs effets analgésiques et toniques ... 348^3
Réaction de Gmelin dans les liquides albumineux ... 146^2 154^1
— paradoxale de la pupille dans l'accommodation ... 356^2
— pupillaire aux toxiques chez les paralytiques généraux au début ... 265^3
Réactions bulbaires paradoxales et lésions du noyau de Deiters ... 89^1
Rechutes typhoïdiques ... 397^1
Rectoscopie par éclairage direct ... 323^1
Réflexe acide de Pavlov et sécrétine ... 58^1
— à l'accommodation et sa localisation corticale ... 266^2
— buccal chez les déments ... 235^1
— cardiaque d'Abrams ... 248^2
— pilomoteur ... 132^1
Réflexes tendineux et insuffisance antitoxique ... 217^3
Refroidissement et sa voie réflexe ... 50^3
Régéneration autogène d'un nerf ... 267^1
Régime des albuminuriques ... 83^2 201^2 300^3
— et diabète insipide ... 315^1
Régurgitation et vomissements d'anneaux de tænia ... 290^3
Réimplantation de tendons coupés dans la masse musculaire ... 412^3
Rein mobile ... 280^3
Reins et action des solutions de chlorure de sodium ... 309^1
— et leur physiologie comparée ... 173^1 395^1
Rémissions spontanées de la paralysie générale tabetique ... 265^3
Replantation d'extrémités amputées ... 187^2
Resection diaphysaire pour tumeur maligne ... 186^2
— du rebord costal pour la splénectomie ... 241^3
— iléo-cæcale et ses résultats ... 350^2
— totale de l'omoplate pour néoplasmes ... 273^3
Résections crâniennes pour complications cérébrales de l'otorrhée chronique ... 181^3
— de la rate et hémostase ... 228^1
Rétention des chlorures ... 199^1 210^2 219^1 219^3 259^1 337^2 355^1 369^3 378^2 378^3 384^3 385^2 386^1 419^1
Rétentions rénales ... 243^3
Rétine et sa projection sur la corticalité calcarine ... 125^1
— et ses alterations dans les néphrites ... 66^2 386^2
Rétraction de l'anneau de Bandl dans les présentations du siège ... 157^1
Rétraction de l'aponévrose palmaire avec hyperhidrose des mains ... 123^3
Rétrécissement bénin de l'orifice du cholédoque ... 189^3
— pulmonaire chez l'adulte ... 298^3
Rétrécissements de l'œsophage ... 350^1
Rétrodéviations utérines ... 202^3
— et blessure des ligaments ronds au cours des herniotomies ... 423^1
Rétroflexion utérine ... 306^2
Rêves et leur nature selon la profondeur du sommeil ... 241^2
— précurseurs de la migraine ophtalmique ... 147^2
Rhinoplastie par suspension ... 147^1
— par transplantation d'un cartilage costal ... 121^1
Rhubarbe et hématurie par acide oxalique ... 423^1
Rhumatisme articulaire ... 36^3 162^3
— — chronique ... 106^1
— — — infantile ... 112^3
— — de l'enfance et arrêt de développement des membres ... 292^1
— blennorrhagique ... 236^1
— cérébral et lésions des cellules cérébrales ... 347^1
— hémophilique ... 424^2
— tuberculeux ... 121^3
— — ankylosant ... 234^2
— — et spondylose rhizomelique ... 354^1
Risques tarés et assurance sur la vie ... 177^1
Roseole et sa précocité après les chancres labiaux ... 79^3
Rougeole ... 388^3
— au début et taches de Koplik ... 340^1
— de l'adulte et angines banales ... 32^3
— et sa propagation autour des hôpitaux de contagieux ... 269^1
Rupture de la rate ... 209^2
— intrapéritonéale de la vessie, consécutive à une fracture du bassin ... 337^1
— spontanée du vagin ... 68^1
— traumatique de l'urèthre membraneux ... 393^2
— utérine et évolution de la grossesse et de l'accouchement ... 306^1
Rythme couplé et bradycardie ... 117^1

S

Salicylate de soude contre le goitre exophtalmique ... 148^2
— contre les fièvres paludéennes ... 236^3
Salicylates et leur électrolyse en thérapeutique locale ... 89^1
Salpingoscopie ou cystoscopie du nasopharynx ... 2^2
Sang dans la cyanose congénitale ... 388^1
— dans la diphtérie ... 139^2
— dans la maladie de Carrion ... 424^3
— — de Werlhof ... 368^2
— dans l'hémoglobinurie paroxystique ... 139^3
— dans l'intoxication oxycarbonée ... 25^3
— des cardiopathes ... 33^1
— des épileptiques ... 324^1
— des syphilitiques ... 75^1
— et acide glycuronique ... 152^2
— et sa composition pendant la grossesse et l'accouchement 340^2
— humain et ses hémoagglutinines ... 424^3
Sangsue provoquant des hémoptysies ... 427^3
Sarcomatose généralisée ... 73^3
Sarcome cutané de type Kaposi inoculé avec succès au lapin ... 276^1
— de l'extrémité supérieure de l'humérus ... 138^2
— du fémur ... 186^2
— du tibia ... 186^2
— primitif de la cornée ... 274^1
Saturnisme et coloration de la muqueuse buccale ... 161^3 370^2
Scarlatine ... 91^2 100^3
— chirurgicale consécutive à des brûlures ... 130^2
— de l'enfance et syndrome urinaire ... 226^1
— et sa propagation autour des hôpitaux de contagieux ... 269^1
— et sa transmission par le lait ... 380^1
— et son diagnostic précoce ... 47^3
— latente ... 205^1 234^3
Sciatique et cyphoscoliose d'origine hystérique ... 346^3
— et scoliose atypique ... 32^3
Sclérose de l'aorte ... 36^1
Sclérose de l'oreille ... 244^2
— diffuse sous-muqueuse du gros intestin ... 347^1
— en plaques congénitale ... 372^1
— polysystématique de la moelle, d'origine tuberculeuse ... 362^3
Scoliose atypique consécutive à une sciatique ... 32^3
Séborrhées ... 212^1
Sécrétine et réflexe acide de Pavlov ... 58^1
— et son mode d'action ... 64^3
Sécrétion gastrique chez les sujets porteurs de tænia ... 316^2
— — des enfants ... 83^3
— — et action de la morphine ... 305^3
— — et tuberculose pulmonaire ... 199^3
— lactée remplaçant les règles chez une vierge ... 129^3
Seins et leur suspension ... 67^1
Sels de lithium et solubilité de l'acide urique ... 242^3
Sensibilité cutanée et fonctions du labyrinthe ... 41^1
Séparation des urines et infarctus rénal ... 105^2
Septicémie à pneumobacilles de Friedländer ... 409^3
— charbonneuse ... 242^1
— diplococcique ... 83^1
Septicémies tuberculeuses ... 153^1
Séries morbides parallèles entre le rhumatisme et la tuberculose ... 330^1
Sérodiagnostic de la tuberculose chez les vieillards ... 410^1
Séroréaction et ictère ... 419^3
— positive dans un cas d'abcès du foie ... 235^3
Sérothérapie antidiphtérique ... 33^3 122^1
— antiechinococcique ... 33^1
— antistreptococcique ... 84^2 97^3 106^1 114^1
— de la fièvre typhoïde ... 6^2
— des paralysies diphtériques ... 14^1
Sérum antidiphtérique à titre préventif ... 251^2 296^2
— — à titre préventif contre la rougeole ... 180^1 191^2
— — contre la stomatite aphteuse ... 52^3
— — dans le traitement local de la diphtérie ... 161^3
— — et limites de son activité ... 251^2
— antinéoplasique ... 351^1
— antiscorpionique ... 6^3
— antistreptococcique contre la scarlatine ... 114^1
— — contre la variole ... 84^2
— — contre le rhumatisme articulaire chronique ... 106^1
— — contre l'erysipèle ... 97^3 114^1
— antitétanique sec pour le pansement des plaies tétanigènes ... 161^1
— antituberculeux de Marmorek ... 377^2 392^2 402^2
— antivenimeux contre la fièvre jaune ... 427^1
— artificiel en lavements contre les vomissements incoercibles de la grossesse ... 315^3
— — et accidents pseudoméningitiques ... 224^1
— — et œdème pulmonaire ... 394^1
— — et ses indications ... 237^1
— oxygéné ... 186^1
— de Trunecek contre le rhumatisme blennorrhagique ... 236^1
— — contre l'otite scléreuse et le labyrinthisme ... 244^2
— gélatiné en injections souscutanées contre les hémorrhagies récidivantes du corps vitré ... 324^3
— — et sa préparation ... 218^2
— — et tetanos ... 111^3 152^1
— normal et son action néphrotoxique ... 139^1
Sérums lactescents ... 37^2
— préventifs et antitoxiques ... 296^1
Shock chirurgical ... 174^1 182^2
Signe de Babinski dans les hémorrhagies des couches optiques ... 420^1
Sinusite maxillaire chronique et empyème vrai du sinus maxillaire ... 279^1
— sphenoïdale chronique ... 73^2
Sinusites ... 346^1
Socialisation de la médecine ... 12^3
Sociétés et Associations médicales aux Etats-Unis ... 395^2
Solution sucro-salée en injections sous-conjonctivales contre les affections de la portion antérieure du globe de l'œil ... 260^2
Solutions chloruro-sodiques gélatinées injectables et leur préparation ... 218^2
— colorees pour la recherche des pigments biliaires dans l'urine ... 103^2
Sommeil et sa psychophysiologie ... 104^3
Sondes élastiques et leur désinfection ... 198^2
Souffles musicaux et leur pathogénie ... 37^1
Soufre contre la fièvre typhoïde ... 244^2
Sourds inconscients ... 101^1
Spasme de la glotte et tétanie ou éclampsie ... 403^3
— — et végétations adénoïdes ... 84^1
— de nutation ... 66^3 73^3
— facial ... 265^3
Spasmes de l'intestin ... 368^3
Spermatorrhée ... 282^1
Spinalgie au début de la tuberculose ... 175^2
Spirille pathogène des bovidés ... 137^3
Splénectomie et sa technique ... 241^3
— pour endothéliome de la rate ... 258^3
— pour rupture de la rate ... 209^2
Splénomégalie par thrombose de la veine porte ... 282^2
— primitive avec cirrhose du foie ... 301^1
Splénomégalies méta-ictériques ... 180^3
Splénophlébite ... 338^2
Spondylite cervicale typhoïdique ... 387^1
— infectieuse ... 365^1
Spondylose rhizomélique et rhumatisme tuberculeux ... 354^1
Stéatose hépatique dans l'appendicite ... 362^2
Stenose cancéreuse du pylore et tétanie du tronc ... 153^2
— dans la tuberculose ulcéreuse de l'intestin ... 245^1
— du canal hépatique par hyperplasie conjonctive ... 426^1
— du pylore chez les nourrissons ... 261^1
Sténoses syphilitiques de la trachée ... 226^3
Stomatite aphteuse ... 52^3
Streptocoque rendu virulent pour le rein ... 235^2
Streptocoques et leurs diverses races ... 113^3
Stupeur et catatonie ... 253^1
Sublimé en injections sous-conjonctivales contre l'ophtalmie blennorrhagique des adultes ... 372^3
— et son action sur les germes hydatiques ... 25^3
Submersion et sensations durant l'asphyxie ... 275^3
Substances fluorescentes et leur emploi thérapeutique ... 422^3
Suc pancréatique normal ... 89^3
Sucre et sa production dans le sang pendant la traversée du poumon ... 330^1
— virtuel du sang ... 354^1
Sucres et leurs effets antitoxiques ... 153^3
Suffocation par vomissements fécaloïdes au cours de certaines opérations ... 306^3
Suicide et syphilis ... 160^3
Sulfate de chaux dans l'urine des arthritiques ... 368^2
— de quinine et son administration aux enfants ... 76^3
Sulfocyanures contre la céphalée syphilitique ... 386^3
Suppurations des reins ... 396^3
— des voies biliaires et leucocytose ... 88^2
Surra et nagana et leur non-identité ... 219^1 354^1
Suture artérielle et sa valeur pratique ... 109^1
— circulaire des artères radiale et cubitale ... 138^2
— de l'artère iliaque externe ... 104^3
Sympathicectomie contre le glaucome ... 152^2
— contre l'epilepsie ... 345^2
Syndactylie ... 140^3
Syndrome asthmatique dans la grippe ... 149^1
— urinaire dans la scarlatine et la diphtérie ... 226^1
Syndromes solaires expérimentaux ... 267^1
Synorchidie dans les opérations conservatrices sur le testicule ... 307^3
Synovites septiques et leurs diverses formes ... 276^1
Syphilides bucco-labiales lichénoïdes ... 26^1
— pigmentaires ... 242^3
— secondaires et chéloïdes d'emblée ... 154^1
— zoniformes ... 347^1
Syphilis ancienne et atrophie circinée du scrotum ... 342^1
— chez un leucémique ... 249^1
— contractée au début de la paralysie générale ... 388^1
— en activité chez un tabétique et un paralytique général ... 161^3

Syphilis et amyotrophies spinales progressives.......... 266^3
— et bacilles acido-résistants 113^2
— et résistance des hématies 75^1
— et sa transmission héréditaire 59^1 66^2 73^3 98^1 114^2
— et son inoculation au macaque. 337^1 378^2
— — aux singes anthropoïdes.. 247^1
— et suicide.......... 160^3
— et tabes.......... 128^2
— nasale chez un enfant.... 281^2
— oculaire et liquide céphalo-rachidien.......... 14^2
— pulmonaire simulant la tuberculose.......... 165^2
— secondaire d'origine hérédo-syphilitique... 129^1
— — et contracture unilatérale du biceps....... 129^1
— — et liquide céphalo-rachidien 314^2 338^1
Syphilome tertiaire cylindroïde de l'urèthre.......... 403^2
Système nerveux dans l'infection diphtéritique.......... 425^3

T

Tabac, opiacés et cocaïne contre le goitre exophtalmique.......... 84^2
Tabes et hématémèses.......... 282^3
— et paralysie générale....... 265^2
— et paralysies laryngées....... 81^2
— et rapports des crises gastriques avec des crises d'angiospasme.......... 347^1
— et sa nature syphilitique.... 128^2
— et ses lésions.......... 25^2
— et siège des anesthésies cutanées.......... 113^2
— et syphilis en activité....... 161^3
Tabétiques et âge auquel ils meurent.......... 349^1
Taches de Koplik et rougeole au début.......... 340^1
Tachycardie orthostatique.......... 284^2
— paroxystique avec dégénérescence du pneumogastrique.......... 420^1
— — essentielle.......... 44^2
— transitoire d'origine alcoolique.......... 112^2
Tænia.......... 16^3 176^2
— et composition du suc gastrique.......... 316^2
Taies de la cornée.......... 192^3
Tarsalgie des adolescents.......... 8^3
Tatouage saturnin de la muqueuse buccale.......... 161^3 370^2
Teinture de myrtille contre les diarrhées infantiles.......... 156^3
— d'iode contre les ulcères de la cornée.......... 35^3
— — en applications contre le chancre mou.......... 184^3
— — en applications contre l'eczéma.......... 156^3
Tendons et leur formation.......... 354^2
Tétanie du tronc consécutive à une sténose cancéreuse du pylore.......... 153^2
— et spasme de la glotte.......... 403^3
— gastrique et sa pathogénie. 227^2
Tétanos.......... 121^2 338^1 355^1
— consécutif à des injections de sérum gélatiné.. 111^3 152^1
Tête transversalement retenue au détroit supérieur.......... 275^2
Théobromine contre l'insomnie dans les cardiopathies artérielles.......... 372^3
Théorie du plasma germinatif et hérédité pathologique... 285^1
— histogénique du cancer.... 317^1
Thérapeutique « in extremis »...... 237^1
Thoracoplastie.......... 194^3
Thrombophlébite du sinus latéral consécutive à une otite aiguë.... 79^1
Thrombose de la veine porte....... 33^3
Thyroïdectomies très étendues et leurs conséquences.......... 75^3
Tissu décidual et intoxication phosphorée.......... 340^2
Tissus enflammés et leur anesthésie 68^2
— séparés de leurs nerfs et leur évolution.......... 49^2
Toniques du cœur et leur emploi systématique avant la chloroformisation.......... 60^2
Torsion de l'utérus et hématosalpinx aiguë non infectieuse.......... 99^3
Torticolis musculaire.......... 197^3
Toux convulsive hystérique.......... 74^3
Toxine antitétanique en injections sous-arachnoïdiennes et paranerveuses.......... 338^1
— typhoïdique en injection intracérébrale.......... 355^2
Toxines érysipélateuses contre les tumeurs malignes.......... 59^3
Trachéobronchite pseudo-membraneuse diphtérique primitive...... 346^3
Trachome.......... 3^3 36^2
Traitement chirurgical de la cholécystite...... 26^3 33^2
— — de la cholélithiase...... 26^3 33^2 74^1 88^1 209^3 223^3 234^2
— — de la colite ulcéreuse chronique...... 26^2
— — de la fièvre rhumatismale .. 165^3
— — de la gangrène pulmonaire. 161^2 173^2 180^1 191^1 210^1
— — de la névralgie faciale...... 260^1
— — de l'anévrysme de l'artère hépatique... 363^3
— — de la paralysie faciale...... 196^1 248^2 299^1
— — de la sinusite sphénoïdale chronique .. 73^2
— — de l'épilepsie choréique... 7^3
— — de l'épilepsie jacksonienne 345^2
— — de l'épilepsie jacksonienne non traumatique...... 195^2
— — de l'épithélioma des lèvres.. 146^3 345^3
— — des abcès du foie.......... 4^3
— — des abcès pulmonaires... 181^2 200^3
— — des anévrysmes 292^3
— — des ascites.... 6^3 93^1 351^1
— — des épilepsies essentielles. 345^2
— — des hémorrhoïdes 27^3 388^2
— — des maladies hépato-spléniques...... 169^1
— — des néphrites aiguës...... 145^3
— — des névrites optiques.... 247^3
— — des plaies du cœur.... 196^2
— — des pleurésies purulentes anciennes .. 234^1
— — des rétrodéviations utérines. 202^3 306^2
— — des tumeurs médullaires. 162^1
— — du cancer .... 405^1
— — du cancer de l'estomac... 363^2
— — du cancer de l'œsophage thoracique.. 50^1 145^3 152^3
— — du décollement de la rétine. 139^2
— — du ptosis..... 96^2
— — du tic douloureux de la face...... 292^2
— — du torticolis musculaire.. 197^3
— contre le tænia ... 16^3 176^2
— de la bronchopneumonie infantile à la période d'asphyxie.......... 124^2
— de la cachexie gastro-intestinale des nourrissons.......... 212^3
— de la chloro-anémie des enfants et des adolescents.......... 412^3
— de la cholécystite et de l'angiocholite infectieuses.......... 140^3
— de la cholélithiase..... 108^3
— de la cirrhose atrophique du foie.......... 33^1
— de l'acné rosacée...... 112^1
— de la colique de plomb. 97^1 161^3
— de la coqueluche....... 228^3
— de la cystocèle vaginale 138^1
— de la dermatite herpétiforme.......... 66^1
— de la dysenterie .... 168^3 244^3 308^3
— de la fièvre de foin .... 297^3
— — jaune 421^1 427^1
— — typhoïde... 6^2 68^3 244^2
— — typhoïde aux Etats-Unis..... 106^2
— de la filaire de Médine. 236^2 242^1
— de la fissure à l'anus... 132^2 204^3
Traitement de la gangrène pulmonaire.......... 425^1
— de la gastrectasie atonique.......... 76^3 84^3
— de la gastro-entérite des nourrissons.......... 337^1
— de l'agitation et de l'insomnie.......... 263^2
— de la grossesse extra-utérine.......... 38^3
— de la hernie crurale.... 388^2
— — inguinale. 69^1
— — inguinale aux Etats-Unis.... 163^1
— — ombilicale 84^1
— de l'albuminurie....... 418^2
— de la lèpre.......... 154^1
— de la leucémie spléno-médullaire.......... 423^2
— de la lipomatose symétrique.......... 386^2
— de la luxation congénitale de la hanche... 161^2
— — de la hanche 43^3
— — invétérée de la tête du radius.... 189^3
— de la maladie d'Addison 396^2
— — de Barlow 97^2
— de la mastoïdite........ 248^1
— de la méralgie paresthésique.......... 380^2
— de la mort apparente... 86^3
— de l'amygdalite phlegmoneuse.......... 16^2
— de la névralgie faciale. 15^3
— de l'anévrysme traumatique de l'artère poplitée.......... 258^3
— de l'anorexie.......... 332^2
— de la paralysie diphtérique.......... 176^3
— de la péritonite purulente diffuse.......... 108^3
— de la peste.......... 308^2
— de la phlegmatia alba dolens des typhoïdiques.......... 247^2
— de la pneumonie....... 220^3
— de l'appendicite....... 7^2 24^3 32^2 49^3 51^2 64^3 189^1 351^3
— de la rougeole....... 388^3
— de la rupture de la rate 209^2
— de la scarlatine... 91^2 100^3
— de l'ascite cirrhotique.. 369^3 378^3
— de la spermatorrhée... 282^1
— de la sténose du pylore chez les nourrissons. 261^1
— de l'asthme.......... 283^2
— de la stomatite aphteuse 52^3
— de la syndactylie...... 140^3
— de la tarsalgie des adolescents.......... 8^3
— de la tête transversalement retenue au détroit supérieur....... 275^2
— de l'atonie intestinale des morphiniques chroniques. 124^3
— — vésicale..... 300^2
— de la tuberculose...... 68^2 201^3 367^3 377^2 388^3 392^2 393^1 402^2
— — chez les syphilitiques 156^2
— — dans les sanatoria... 279^3
— — de la diaphyse des os longs.. 71^2
— — du genou chez l'adulte...... 353^2
— — laryngée.... 52^1 306^1 420^1
— — testiculaire. 307^3
— de la variole.......... 68^3 84^2 132^3 168^3 184^3
— — hémorrhagique.... 100^2
— de l'éclampsie......... 89^2
— de l'eczéma.......... 156^3
— de l'embolie artérielle.. 370^2
— de l'empoisonnement par le phosphore.......... 132^1
— de l'endométrite puerpérale.......... 176^3 212^3
— de l'entérocolite muco-membraneuse.......... 383^2
— de l'épilepsie 97^1 105^2 299^3
— de l'épithélioma du nez. 26^1 371^2 404^2
— de l'érysipèle 97^3 114^1 116^3
— de l'estomac en sablier. 188^2
— de l'hématurie.......... 84^3
— de l'hémophilie.......... 300^3
— de l'hydrocèle.......... 236^2
— de l'hyperchlorhydrie avec amaigrissement. 268^3
— de l'hypertension artérielle.......... 218^2
Traitement de l'hypertrophie de la prostate.......... 35^1 43^1 59^2 114^3 296^1
— de l'impétigo.......... 184^1
— de l'incontinence d'urine 28^3 225^1
— de l'insomnie dans les cardiopathies artérielles ... 372^3
— — rebelle des aliénés.......... 340^3
— de l'ivresse....... 97^2 372^1
— de l'œdème dur traumatique du dos de la main.......... 77^1
— de l'ophtalmie blennorrhagique des adultes. 372^3
— de l'ostéomalacie....... 34^1
— — au cours de la grossesse 121^1
— de l'otite moyenne...... 291^1
— — scléreuse et du labyrinthisme 244^3
— de l'ozène et des otites moyennes purulentes chroniques.......... 204^2
— de l'urémie...... 89^1 356^3
— des abcès et des bubons 404^3
— — sous-diaphragmatiques du foie.......... 304^3
— des accès d'asthme..... 372^2
— des accidents hystériques.......... 113^1
— des adénites et arthrites tuberculeuses.......... 380^3
— des affections aiguës de la portion antérieure du globe de l'œil 260^3
— — auriculaires... 138^3
— — cardiaques.... 66^1
— — des voies urinaires...... 282^3
— — gastriques.... 300^2
— des amyotrophies réflexes.......... 248^1
— des angines phlegmoneuses.... 100^3
— — scarlatineuses 42^3
— des angiomes caverneux 199^1
— des arthrites suppurées du genou.......... 220^1
— des calculs vésicaux en Egypte.......... 6^3
— des cancers haut situés du rectum. 352^1
— — inopérables.. 184^3
— des céphalalgies syphilitiques.......... 386^3
— des chéloïdes.......... 403^1
— des congestions du poumon.......... 415^3
— des corps étrangers de l'estomac. 79^1 240^3 361^3
— des corps étrangers de l'œsophage.... 35^1 79^3
— des corps étrangers des voies aériennes...... 419^3
— des corps étrangers du poumon...... 38^2 154^3
— des déformations de la région frontale....... 145^2
— des diarrhées.......... 332^3
— — infantiles. 156^3
— des enfoncements crâniens du nouveau-né. 156^3
— des épanchements pleuraux.......... 127^3 244^3
— des érosions hémorrhagiques de l'estomac.. 154^3
— des fièvres paludéennes. 236^3
— des fistules biliaires consécutives à la cholécystostomie.......... 352^1
— — congénitales du cou.......... 383^3
— — et blessures de l'uretère.... 107^3
— — intestinales.... 223^3
— — recto-vaginales 241^2
— — vésico-vaginales 337^1
— des fluxions dentaires.. 244^1
— des fractures.......... 340^2
— — de jambe. 358^2
— — de la rotule.... 65^1 71^3 87^3 410^3
— — de l'olécrâne... 410^3
— — du membre inférieur... 418^3
— — invétérées de la rotule.... 186^3
— — ouvertes.. 353^2
— — récentes.. 186^3
— des furoncles.......... 346^1
— des gommes hérédo-syphilitiques.......... 32^3
— des hémiplégies........ 252^2
— des hémorrhagies du pancréas... 198^2
— — post-partum. 92^2 228^1

Traitement des hémorrhagies récidivantes du corps vitré. 324^3
— des hémorrhoïdes...... 27^3 100^3 252^2 388^2
— des hernies........... 188^3
— — chez les petits enfants 188^3
— des hydropisies........ 52^3
— des infections généralisées................ 396^3
— des kystes de l'ovaire.. 80^3
— — hydatiques du foie.. 223^2
— — — du poumon. 219^3
— des luxations anciennes du coude.... 78^3
— — de l'articulation de Lisfranc.. 331^3
— — invétérées de la hanche...... 187^1
— des morsures de serpents................ 348^3
— des néoplasmes de l'épaule................ 273^3
— des néphrites épithéliales................. 219^1
— des œdèmes........... 259^1
— — brightiques 199^1 219^3
— — cardiaques. 210^2 378^2
— des oreillons........... 148^3
— des ostéo-arthropathies tuberculeuses du genou................. 152^2
— des otites moyennes purulentes....... 130^1 132^3
— des panaris............ 48^2
— des papillomes de la vessie 43^2 155^1
— — multiples du larynx chez les enfants. 274^3
— des paralysies diphtériques................ 14^1
— des perforations du rectum................ 210^1
— des péritonites......... 283^3
— des plaies atones...... 410^2
— — infectées et des affections septiques.... 52^2
— — par fils incandescents.. 234^2
— — suppurées.. 244^2
— des rétentions rénales.. 243^3
— des rétrécissements de l'œsophage.......... 350^1
— des ruptures traumatiques de l'urèthre membraneux............. 393^2
— des sarcomes de l'extrémité supérieure de l'humérus........... 138^2
— des séborrhées......... 212^1
— des sinusites.......... 346^1
— des spasmes de l'intestin 368^3
— des sténoses syphilitiques de la trachée... 226^3
— des suppurations des reins................ 396^3
— des synovites septiques. 276^1
— des taies de la cornée.. 192^3
— des tumeurs de l'encéphale...... 351^1
— — du médiastin 186^3
— — kystiques du sein....... 356^3
— — malignes.... 59^3 185^3 190^2 225^2 234^1 351^1 371^3 384^1
— — médullaires.. 97^2
— — périrénales.. 49^3
— — vasculaires.. 8^1
— des ulcérations cancéreuses... 384^1
— — pharyngées 138^1
— — tuberculeuses...... 220^2
— des ulcères de jambe.. 8^3 28^3 252^3
— — de la cornée 35^3
— des varices............ 36^2
— des vomissements incoercibles de la grossesse................ 315^3
— du cancer du sein..... 155^2 218^2 350^3 384^1
— du chancre induré...... 372^1
Traitement du chancre mou........ 184^3
— du choléra asiatique... 83^2
— du glaucome........... 152^2
— du goitre............... 244^2
— — exophtalmique 84^2 148^2
— du lupus.... 52^3 218^3 380^3
— du mal perforant plantaire................ 353^3
— du morphinisme....... 212^2
— du muguet............ 252^3
— du mycosis fongoïde... 387^1
— du phimosis congénital 308^3
— du pied creux......... 353^3
— du pityriasis versicolor 124^3
— du pneumothorax..... 368^2
— du prolapsus utérin 60^3 281^1
— du prurit.............. 204^3
— du rachitisme.......... 316^3
— du rein mobile......... 280^3
— du rhumatisme articulaire aigu. 36^3 162^3
— — articulaire chronique 106^1
— — blennorrhagique..... 236^1
— du sarcome primitif de la cornée............ 274^1
— du shock chirurgical aux États-Unis....... 182^2
— du spasme de la glotte chez les enfants..... 403^3
— du tétanos. 121^2 338^1 355^1
— du trachome..... 3^3 36^2
— du varicocèle.......... 352^3
— local de la diphtérie... 161^3
— médicamenteux de la glycosurie dans le diabète................. 291^1
— préventif des hématomes post-opératoires...... 212^2
— prophylactique du tétanos.................. 161^1
Transplantation des vaisseaux..... 187^2
Traumatisme de la branche palmaire profonde du cubital....... 427^1
Traumatismes du crâne et de l'encéphale.......................... 346^1
Trépanation et ses indications dans la mastoïdite..................... 248^1
Trichorrhexie noueuse de la barbe due à un savon de toilette....... 403^3
Troncs nerveux et leur anesthésie.. 139^3 195^3
Troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen...... 381^1
— du langage dans les affections de l'oreille....... 347^2
— psychiques dans les tumeurs et lésions de la région frontale....... 129^3
— visuels d'origine électrique................. 80^2
Trypanosomes de la maladie du sommeil. 346^1 361^3 364^2 412^1 413^1
Tubage du pharynx dans l'anesthésie pour opérations sur la face... 228^2
Tube digestif et sa motricité. 370^3 394^2
Tuberculine.................. 393^1 419^2
Tuberculose.......................... 68^2 85^1 201^3 323^2 377^2 388^3 392^2 393^1 402^2
— articulaire............ 330^1
— au début et spinalgie. 175^2
— chez les syphilitiques. 156^2
— cutanée d'origine bovine.......... 181^2 243^2
— de la diaphyse des os longs................. 71^2
— de la langue........... 211^2
— de l'iris................ 147^1
— des bovidés et son identité avec celle de l'homme........... 40^1 58^3 73^1 99^2 242^3 295^2
— du genou chez l'adulte. 353^2
— et anévrysme du tronc brachio-céphalique.. 155^2
— et cirrhoses alcooliques.......... 138^3 146^1
— et fièvre typhoïde..... 38^1
— et pigmentations anormales.............. 378^3
— et son sérodiagnostic chez les vieillards... 410^1
— et volume du cœur... 49^1
— expérimentale par voie digestive............ 113^2
— humaine et sa transmissibilité aux bovidés.......... 105^3 249^1
Tuberculose laryngée.. 52^1 306^1 420^1
— locale consécutive à une injection de tuberculine.......... 153^1
— miliaire aiguë primitive de la conjonctive...... 292^2
— — post-abortum... 27^1
— musculaire........... 91^1
— nodulaire de la verge. 82^3
— osseuse et articulaire. 186^1
— par ingestion.... 58^3 73^1
— primitive de l'endocarde et de la rate.. 58^1
— pulmonaire au début et adénopathies axillaires... 78^2
— — dans l'armée.. 48^3
— — et crépitation laryngée.... 392^1
— — et déminéralisation...... 249^2
— — et oscillations leucocytaires 362^3
— — et résistance des hématies 131^1
— — et sa pathogénie... 304^3 323^2
— — et sécrétion gastrique... 199^3
— — et son influence sur la survie et la capacité au travail...... 279^3
— rénale et son diagnostic................. 234^2
— réno-vésicale guérie sans opération...... 51^1
— testiculaire........... 307^3
— ulcéreuse de l'intestin avec sténose.. 245^1
— — du conduit auditif externe.. 167^2
Tumeur congénitale sacro-coccygienne.................. 352^2
— médiastinale opérée...... 186^3
— périrénale chez un nourrisson................... 49^3
Tumeurs.......................... 304^2
— de la région glosso-épiglottique et leur ablation... 346^1
— de l'encéphale.......... 351^1
— — et lésions radiculaires. 419^3
— et lésions de la région frontale et troubles psychiques................. 129^3
— intracrâniennes......... 16^2
— kystiques du sein........ 356^3
— malignes................ 59^3 155^2 185^3 190^2 218^2 225^2 234^1 350^3 351^1 371^3 384^1
— — chez des animaux à sang froid... 162^2
— — et angiomes cutanés............ 165^3
— médullaires......... 97^2 162^1
— osseuses et leur diagnostic 72^3 79^3
— pileuses de l'estomac..... 123^1
— syphilitiques du nez...... 281^2
— thyroïdiennes et leurs métastases osseuses....... 82^1
— vasculaires............. 8^1
Tympan et son anesthésie.......... 131^3
Typhus bilieux.................. 5^2
— exanthématique et présence de protozoaires dans le sang.................. 298^1
— récurrent en Tunisie....... 242^2

U

Ulcération du pharynx à évolution insolite.................. 123^2
Ulcérations cancéreuses........... 384^1
— pharyngées........... 138^1
— tuberculeuses......... 220^2
— — de l'estomac 98^2
— — de l'intestin et phénomènes de sténose.... 245^1
Ulcère de l'estomac et perforation du cœur................... 284^1
— externe de l'estomac........ 361^2
— peptique consécutif à la gastro-entérostomie.......... 188^2
— simple de l'estomac et abcès du foie..................... 91^1
Ulcère simple de l'estomac et sa dégénérescence cancéreuse......... 213^1
Ulcères de jambe......... 8^3 28^3 252^3
— de la cornée............... 35^3
— de l'estomac et du duodénum et leur diagnostic....... 111^2
Uranoplastie et ses résultats éloignés......................... 363^1
Urée et chlorures chez les brightiques..................... 419^2
— et ses effets antitoxiques..... 153^3
Urémie......................... 89^1
— aiguë..................... 356^3
— avec hémorrhagies et ulcérations de la peau et des muqueuses............... 32^2
— et duodénite ulcéreuse..... 25^2
Urétéro-cysto-néostomie........... 418^3
Uréthroplastie en gynécologie...... 76^2
Uréthrotomie externe sans conducteur......................... 412^2
Urines des neurasthéniques........ 154^3
Urticaire causée par l'ingestion d'œufs.............. 80^2
— malarienne.............. 41^1
Utérus dans les maladies infectieuses................ 268^2
— et sa fonction motrice..... 338^2

V

Vaccin antituberculeux de Béraneck 393^1
— — de Maragliano 367^3
— — de Marmorek. 377^2
Vaccine et son parasite............ 355^3
Vagino-fixation et grossesses ultérieures......................... 372^1
Valvules congénitales de l'urèthre.. 25^1 59^3
Vapeurs de chloroforme pour l'extraction de la filaire de Médine.. 242^1
Varices.......................... 36^2
— intralymphatiques et taches érythémateuses diffuses.. 371^1
Varicocèle....................... 352^3
Variole.......................... 68^3 84^2 132^3 168^3 184^3
— congénitale sans variole maternelle................ 281^3
— et son parasite............ 192^1
— hémorrhagique............ 100^2
Vaseline mélangée à de l'huile d'olive pour prothèse........... 8^2
Végétation en nappe de la muqueuse palatine, de structure lymphoïde. 26^1
Végétations adénoïdes comme cause de convulsions et de spasme de la glotte.. 84^1
— — et incontinence nocturne d'urine......... 83^3
Veine cave inférieure et son double courant sanguin................ 386^1
Veines caves et leur occlusion fibreuse complète................. 424^1
Venin de la vipère de Russell...... 306^3
Ventricules latéraux dans les maladies mentales.................. 355^2
Vertige voltaïque et mouvements d'inclination et de rotation de la tête 139^1
— — et son mécanisme. 88^3
Viandes blanches et noires dans les néphrites.................. 83^2 201^2
Voie endo-stomacale dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage........................ 350^1
Voies optiques centrales et leur lésion.......................... 76^1
Voile du palais et son innervation motrice........................ 176^1
Volvulus de l'S iliaque comme obstacle à l'accouchement........... 426^3
Vomissements incoercibles de la grossesse et auto-intoxication.... 315^3

X

Xérophtalmie des tout jeunes enfants 316^1

Z

Zona et ses récidives.............. 127^2
— ophtalmique chez l'enfant.... 175^2
Zones de sclérose dans le névraxe et leur mensuration...... 15^1
— hyperalgésiques dans les blessures de tête.............. 195^1

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

(ANNÉE 1903)

A

Aalbertsberg 176
Aaser 296
Abadie 74
Abbe 156 292
Abbott 281
Abd-el-Fatah Fehmi 3
Abel 386
Achard 50
105 127 210 219 224 241
242 259 337 338 347 354
355 362 369 384 402 403
Adamidi 3
Ahlfeld 116
Aikman 60
Alayrac 236
Albarran 49 173
Albers-Schönberg 364
Albu 80 154 181 200 211
Alessi 299
Alexandroff 306
Algyogyi 155
Ali Labib 3
Allaire 91
Allis 330
Amistani 316
Andrewes 68
Andrews 306
Anglade 257
Anthony 354
Antonelli 148
Antony 234 242
Apert 25 50 72 409
Aporti 368
Archambault 255
Ardin-Delteil 394
Ardouin 173
Arloing 98 113 295
Arlt (von) 168
Armaignac 67
Armand-Delille 50 371
Arnaud 265
Arnheim 162 394
Arnold 15 107
Arnozan 396
Aronheim 340
Aronson 66 113 162
Arrou 145
Arthus 386
Ascoli 108 359
Astros (d') 127
Atkinson 308
Aubert 67 324
Aubertin 14 362
Audibert 419
Audry 128 236
Aufrecht 124 304
Auvray 351
Avellis 164
Averbakh 428
Aviragnet 370

B

Babinski 88
138 139 148 354 394
Babonneix 161
Baginsky 59 114 249
Baldwin 108
Baldy 203
Ballet 254 266
Balthazard 49 96 145
Balzer 66 79 129
Bannes 331
Barbier 14 50 112 180 224
Barbieri 49
Bard 12 117 245 337 410
Bardenheuer 187
Barette 346
Barié 25
45 65 112 219 224
Barret 355
Barsi 380
Barth 196 197 354
Barthélemy 66
154 211 224 403
Bastin 266
Batelli 418
Baudry 4
Bauer 362
Baumm 156
Bazy 25
79 87 105 121 180 234
337 362 393
Beaudoin 211
Bechterev (von) 7
Beck (von) 188 194 195 198
Becker 164
Becker (de) 6
Beckmann 38
Béclère 219 242 393
Behm 315
Behring (von) 85 99 323
Belin 161 362 378 403
Bell 108 308
Belleli 4
Bellemanière 380
Benda 73 394
Bender 249
Bendix 80
Benoit 105
Bensaude 57
Béraneck 393
Bérard 28 314
Berg 165 412
Bergé 394
Berger 48
71 138 192 344 418
Bergholm 82
Bergmann (von) 72 371
Bergonié 89 235
Bergounioux 88
Bernabei 361
Bernard 14 79 172 234
Bernhard 410
Bernhardt 211 371
Bernstein 68
Berry 292
Berthomier 352
Bertrand 152
Besta 426
Bettencourt-Rodrigues 427
Beurmann (de) 225
Beuthner 113
Bezançon 14
72 146 153 181 191 234
Bial 122
Bialobrzeski 282
Bidaud 96
Bier 308
Bierry 121
Biffi 424
Biraud 384
Bitter 5
Bivona 147
Blanchard 96 346 361
Blatter 244
Bleichröder 200
Bloch 410 428
Bloodgood 163
Blumenthal 121 394
Blumreich 291
Boas 26 33 154
Boddaert 181
Bodin 128 129 371
Bœckel 121 351 353
Boeri 368
Bohn 152
Boidin 242
Boinet 396
Bolli 123
Bonnes 410
Bonnet 14 25 212
Bonnier 89
Bonome 367
Borchard 186
Borchardt 15 79 181
Bordas 13 296
Borde 76
Bordet 296
Bordier 380
Borelius 7
Borissov 332
Borrmann 188
Bosc 242 355 420
Boscolo 124
Bossi 280
Bossuet 120
Bottaro 166
Bouchard 49 96
Bouchardat 48
Boufflеur 35
Boulud 49 152 330 354 385
Bourcy 177
Bourneville 266
Bovis (de) 160 295
Box 356
Bozzolo 367
Braillon 223
Bramann (von) 187 194 195
Brase 36
Brat 113 386
Brauer 194
Braun 195
Bregman 427
Bressel 227
Breuer 59 225 411
Brewer 91 183
Briggs 36
Brin 138
Brissaud 266 378
Broc 362
Broca 64 79 173 248 384
Brocq 26 154 211 371
Brodnitz 188 195
Bröse 404
Brouardel 24 112 178
Brumpt 346 361
Brun 173
Brunn (von) 194
Bruno 82
Bruns (von) 268
Buchholz 315
Büdinger 182
Buffa 75
Bull 163
Bullowa 372
Bum 155 410
Bumm 123
Bunge 196 198
Bureau 48
Burger 27 201
Burzagli 244
Busscher (de) 7
Buttermilch 162

C

Cadéac 223
Cahn 81
Calabrese 388
Calmette 161
Camus 211
Cancino 276
Carles 120
Carnot 146
Carossa 176
Carrayrou 129
Carré 354
Carrière 168
Carrion 386
Cassaët 108 396
Cassel 105 201
Castaigne 312 409
Castellani 364
Castellino 361
Cathcart 39
Cathelin 355
Caudron 266
Caussade 370
Cavazzani 388
Cayla 236
Cazin 145
304 345 346 351 352 353
354
Caziot 208 234
Ceni 324 426
Cestan 266
Chaddock 148
Chaleix-Vivie 268
Chantemesse 6
111 112 153 247
Chaput 24 210 337
Charpentier 418
Charrin 87
104 105 199 218 373
Chatin 49 330
Chauffard 57
71 105 111 153 218 219
242 354 355 378
Chauvel 24 32 368
Chavannaz 350
Chaves 424
Chedoudi 4
Cheinisse 78
86 223 263 304 367
Chenoweth 8
Chevassu 161 248
Chiari 201
Chibret 352 353
Chlumsky 52
Christian 275
Christiansen 76
Chryssovergis 194
Church 16
Cioffi 361
Citelli 82
Clairmont 189 411
Claisse 354
Claude 32
50 88 145 146 191 219
Claus 253
Clément 37
Clerc 420
Cohn 113 211
Coley 59 163
Collomb 81
Comanos pacha 4
Combemale 332
Comby 14 97 180 409
Concetti 166
Conradi 184
Cordon 8
Cornet 73
Cornil 64
71 218 241 346 402
Coste 402
Coudray 64 241 353 402
Coulaud 58
Councilman 192
Courcoux 181
Courmont 6 410
Courtellemont 191
Courtois-Suffit 72
Couvelaire 105
Crile 74
86 139 140 182 228
Crispino 41
Cruchet 200
Cullerre 264
Curschmann 227
Cushing 16 140 163 299
Czerny 132 198

D

Dagonet 235
Dahlgren 168
Dalché 32 354 402
Dalén 84
D'Amato 227
Damianos 201
Danlos 33 79 154 211 224
Danysz 64
Daremberg 48 300
Darier 20
66 128 211 225 330 371
403
Dastre 97 386
Deaver 51 74 90 163 182
Debray 266
Deguy 174
Dejerine 97
Delage 104 241
Delagénière 88 350 353
Delamare 104 371
Delanglade 138 179
Delangre 121 345
Delaunay 25 350
Delbet 32
104 105 121 180 191 210
345 351 409
Delherm 252
Del Monaco 52
De Mets 84
Demoulin 50 152 179
Dempel 52
Denecke 27
Denis 279
Deny 258 267
Depage 344 350
Dercum 39
De Renzi 368
Derscheid 91
Deschamps 265
Descoust 178
Dévé 25 33 385
Devilliers 252
Devos 265
Dewar 388
Dieulafoy 6
111 152 209 341 392
Digne 369 378
Dimier 200
Dionisio 204
Dirmoser 176
Djémil-Pacha 421
Dobbertin 35
Dobrovitch 161
Dölger 130
Dollinger 196
Donath 139 182
Dönitz 308
Donovan 369
Dopter 14 152 378 385 403
Dor 345
Dotchevsky 16
Doumer 190
Doutrebente 265
Douzé 242
Doyen 344 351
Drigalski (von) 184
Dubois 89 265
Du Castel 26 225 247
Dufour 32 145 199 210 372
Dufrane 153
Dührssen 89 185 372 404
Du Pasquier 199
Duplay 48 304
Dupuy-Dutemps 266
Durand 16
Durante 267
Duret 351
Durlacher 130
Duroux 380
Dützmann 324

E

Eckstein 188
Eddé 6
Eden 60
Ehret 2
Ehrlich 296

Ehrmann 73
Ehrnrooth 379
Eichler 42
Einhorn 355
Eiselsberg (von) 155 185 186 201 344 363 411
Eisenschitz 114
Ekehorn 123
Ekholm 380
Eloui bey 3 4
Elschnig 386
Elsner 97 154 200
Emerson 175
Emmerich 124
Enderlen 196
Englisch 182 363
Engman 204
Enriquez 58
Ephraim 176
Erni 202
Ernst 201
Escherich 182 188
Esmonet 290
Estor 69
Etard 219
Etiévant 226
Ewald 26 27
Exner 182 225

F

Faber 428
Fabre 127
Facee Schaeffer 425
Faisans 385
Fano 276
Farnarier 179 273 296
Faure 50 153 223 248 258 346 369 384
Favre 123
Federmann 189 194
Federn 154 182
Feilchenfeld 60
Feinberg 42 363
Félix 103
Félizet 88 241
Fénoménov 404
Fenton 60
Féré 105 147 192 279
Ferguson 306
Fernet 78 330 417
Ferrand 58
Ferrannini 28
Ferrier 67 211
Ferroni 236
Ferry 16
Fibiger 295
Finger 66
Finkelstein 106 404
Finsen 218
Fleig 64
Florand 72 236 370
Florschütz 178
Fochier 121 228
Focke 107
Foges 182
Foisy 68
Folet 412
Forgue 352
Forssner 235
Fortineau 145
Fournier 26 71 103 128 129 160 211 224 225 247 403
Francillon 72
François-Franck 211 235
Francotte 73
Frank 155
Franke 195
Fränkel 15 27 59 80 89 106 154 181 201 274 394 404
Franz 340
Freudenberg 154
Freund 155
Freyhan 201
Friedjung 225
Frisch (von) 59
Frœlich 161 350 353
Froin 105 259 355 369 378 420
Fromaget 324
Froment 410
Fuchs 16
Fuller 84
Fürbringer 26 33 211 410

G

Gadaud 112
Gagnière 218
Gaillard 355
Gailleton 380
Galiénkovsky 427
Galippe 48 104 153
Gallavardin 226 372
Gallemaerts 220
Galliard 33 72 97 139 161 219 242 347 355
Gallois 181
Gangitano 5
Gangolphe 353
Garbini 388
Garceau 57
Garnier 100 210 234
Garrè 195
Garrigues 178
Gärtner 386
Gaspardi 52
Gastou 26 66 154
Gatteschi 28
Gaucher 79 129 154 161 403
Gauthier 129
Gayet 4
Gemelli 276
Gérard-Marchant 138
Géraudel 220
Germain 217
Gersuny 8 188
Gessard 152
Gevaert 175
Giacomelli 426
Gibson 412
Giedgowd 41
Gilbert 58 112 146 153 154 173 180 219 242 258 370 385 419
Gillespie 275
Gillet 178
Girard 33 344 350
Girou 337
Giuffrè 368
Glässner 89
Gley 112 113
Godts 84
Gœbel 3 5 6
Goldmann 186 187
Goldner 423
Goldstein 72
Göpel 348
Gordinier 424
Görges 80
Goris 73 181
Gotschlich 6 298
Gouget 146 153 219 249
Goullioud 350 351
Gouraud 14 355
Gourdet 353
Gourfein 147
Gozdzicki 131
Granjon 200
Grant 146 147
Grasset 218
Gratia 295
Grawitz 15 200 410
Gray 132
Gréhant 97
Grenet 105 127 235 241 362 378 394 403
Grenier de Cardenal 74
Griffon 14 58 72 153 181 191
Grimbert 58
Gros 145
Gross 186
Grosse 177
Grousdev 76
Grunert 280
Grünwald 306
Guéniot 121
Guérin 279
Guiart 72
Guillain 14 15 22 25 63 199 233
Guillemot 105
Guinard 25 121 173 179 384
Guinon 191 199
Gunkel 200
Guthmann 27

H

Haberer 344 420
Hackenbruch 196
Halban 182 411
Halbron 224 362
Haller 123
Hallion 50 58 266 354 386
Hallopeau 65 154 225 247 393 403
Halsted 155 163
Hamilton 292
Hamm 275
Hamonic 337 378
Hanna 306
Hanriot 48 63 64
Hansemann (von) 58 162 249
Harlay 384
Harte 330
Hartmann 173 223 241 248 337 343 346 350
Haskovec 132
Hatschek 363
Hauser 105 403 410
Hayem 57 152 361 393
Heck 225
Heffernan 156
Heger 182
Heile 187
Heinatz 131
Heitz 113
Helbing 79
Heller 50 201
Hellion 244
Henkel 92
Henneberg 73
Hennequin 418
Hénocque 223
Henri 386
Henrot 113
Henschen 127
Herbert 68
Hermann 363
Herscher 58 146 154
Herxheimer 91
Hesse 38
Heubner 97 200 249 404
Heusner 198
Hiers 35
Hirsch 116 394
Hirtz 50 79 113 177 385
His 34
Hitschmann 340
Hochheimer 404
Hochsinger 59
Hofbauer 225 387
Hoffmann 404
Holländer 243 372
Holsti 305
Holzknecht 201 225
Hooker 348
Höpfner 187
Hoppe-Seyler 292
Huber 66
Huchard 218 369
Hume 396

I

Iancsó 40
Ill 176
Imbert 218
Infroit 330 370
Israel 79 97
Ivanov 131

J

Jaboulay 313
Jack 90
Jacobsohn 184 200
Jacovidès 4
Jacquet 402
Jacusiel 113
Jaffé 198
Jalaguier 121 173
Jambon 340
James 165
Jankelevitch 290
Janson 43
Japha 403
Jaques 106
Jaquet 383
Jastrowitz 50
Javal 48 219 224 410 419
Jdan-Pouchkine 156
Jeanselme 184 403
Jeanty 258
Jellinek 98 201
Jensen 316
Jentzer 275
Jesionek 422
Joachimsthal 122
Joffroy 64 78 265
Johnson 340
Jolly 162 195 384
Jong (de) 40 295
Jordan 186 194 196
Josias 24
Josué 347 362 385
Jouault 146
Jouhaud 192
Jousset 14 24 128 146 153 223
Jullith 378
Jungmann 386
Jürgens 184
Justus 252

K

Kabanov 308
Kahane 155
Kaijser 84
Kallionzis 79
Kaminer 201
Kantorovitch 83
Kaplan 372
Kapsammer 27 182 225 395 411
Karb 192
Karewski 73 154 181 188
Kartulis 4 5
Kassowitz 59 66 73 98
Katholitzky 187
Kaufmann 291
Kautsky bey 3
Keen 90 330
Kehr 363
Keiffer 73 182 220 260 338 363 394
Kelly 57 90 202 210
Kennard 236
Kharitonov 83 168
Kilmer 228
Kirchner 211 295
Kirikov 42
Kirmisson 161
Kirstein 184
Klemperer 97 200
Klippel 255
Knöpfelmacher 73 162
Koblanck 404
Kœnig 247
Köhler 198 308
Kohnstamm 50
Kolbassenko 100
Kolle 212
König 73 185 188 383
Königstein 201 386
Köppen 108
Korczynski 36
Körte 26 33 186 189 196 198
Korteweg 282
Kossel 242 249 295
Kouchnir 83
Krafft 353
Kraft 168 283
Krähenmann 305
Kramm 211
Kraske 185 198
Kraus 26 80 200 372 394
Krause 91 195
Kredel 197
Kreidl 182
Kretz 139
Krieger 107
Krogius 339
Kron 81
Krotov 168
Kuborn 259
Kuliako 13
Kulneff 92
Kümmell 185 186 189 195 197 198
Küster 194
Küttner 186 197

L

Labadie-Lagrave 32
Labbé 14 33 50 139 226 234
La Bonnardière 6
Laborde 32 63 64
Lacassagne 25
Laffitte 378
Lafourcade 337
Lagrange 152
Laignel-Lavastine 50 258 267
Lakah 4
Lallemant 265
Lamb 306
Lambinet 259
Lambling 242
Lämmerhirt 274
Lamy 88 146 347 362
Lancereaux 63 71 111
Landau 79 404
Landrieux 32
Landström 388
Lang 59 114 387
Langlois 6
Lannelongue 71
Lapersonne (de) 179
Laplace 90
Laporte 242
Laquerrière 252
Lassar 181 186 200 243 371
Latis 5
Latzko 411
Laubry 224 378
Launay 78 346
Launois 14 97 153
Laveran 24 64 113 121 137 219 369 408
Lecène 371
Le Clerc 173
Leclerc 91
Le Conte 299
Lecouillard 244
Le Dentu 209 392
Ledermann 181
Lees 107
Le Fort 258
Le Gendre 72 79 219 248 346
Léger 176 290
Le Goff 248
Legrand 4 5 6
Le Guern 418
Legueu 65 190 209 241 384 393 419
Lehr 275
Leiner 130
Lejars 24 49 71 78 96 105 111 112 138 161 234 240 258 359 408
Lemaire 338 355
Le Meignen 91
Lemierre 72 112 161 199 385
Lemoine 48 113 139 153 190
Lemos 166
Lenglet 154 371
Leotta 41
Lépine 49 57 58 152 330 354 385 386 392
Leprince 260
Lerat 122
Lereboullet 112 173 177 180 219 258 370 385
Leredde 112 154 224 403
Léri 87 247 249 266
Leriche 346
Lermoyez 419
Lesné 97 153
Le Sourd 14
Lesser 371
Le Toux 65
Letulle 409
Leube (von) 422
Leven 153 355
Lévi 14 72 370
Levin 51
Lévinovitch 329
Levy-Dorn 79 404
Lewin 249
Lewis 204
Lewy 80
Leyden (von) 15 33 80 89 404
Liebreich 100
Lilienthal 60 74
Lindenthal 340
Lindsley 267
Linossier 113 139 153
Lion 385
Lionti 228
Lippmann 58 153 242 419
Litten 66 80 97 243 410
Löbl 27
Lœper 337
Lœwy 192
Löffler 295
Lofton 100
Lohmer 114
Loisel 371
Loos 3
Lop 111
Lortat-Jacob 139
Lortet 3
Loth 204
Lotheissen 27
Louste 79 113
Löwenbein 98
Lowson 275
Lucas-Championnière 48 65 71 78 234 248 353 369 393 402
Lucatello 367
Ludloff 186
Lumière 300
Lundborg 75
Lyot 223

M

Maalöe 84
Maass 188
MacLaren 297
Magnan 64
Magnus-Levy 154
Maguin 332
Mahillon 177 178
Mahokian 6
Mahu 384
Maignon 223
Maire 345
Maixner 44
Malapert 25
Malloizel 370
Mally 248
Manasse 371
Mandonnet 129
Manson (Sir Patrick) 412
Marage 49
Maragliano 361 367
Marasco 426
Marchand 154 355
Marchoux 421
Marcolongo 412
Marcus 43
Marfan 191 199 402
Mariani 368
Marie 14 15 22 25 161 199 233 350 385
Marikovszky 41
Marinesco 234 329
Marion 138
Markl 268
Marmorek 377 419
Martin 5 25 161 258
Martin-Saint-Laurent 212
Martzinovsky 116
Masing 235
Masius 338
Masoin 73 255
Matas 292 339
Mathieu 72 393
Mattòli 299
Matzenauer 59 98
Mauclaire 121 330 344 351
Maurel 49 394
Mauriac 177 178
Mauté 219
Mavrojanis 249
Mayer 100
Mayet 104
Mayo 119 250 297 330
Mazet 192
McArthur 115
McCarthy 39
McCollom 34 47
McFeely 184
McVail 356
Mechtchersky 28
Megele 235
Meige 255 265 266
Melzi 291
Mendel 111
Ménétrier 180 362 393
Menger 348
Menzer 106 114
Merklen 112 138 199 210 219 224 234 248 370 384
Merletti 252

Mermann 164
Méry 65 105 210
Mesnil 219 369 408
Metchnikoff 247 296
Métivi 4
Meunier 33 268
Meyer 83
96 97 114 154 201 316
371 424
Michaelis 80 97 98
Mignon 64 148
Mignot 37
Milchner 106
Milian 79 128 129
Millard 88
Mills 15 16
Milton 3 6
Milward 281
Mircoli 367
Mocquot 350
Moitessier 242
Molinié 79
Mondot 353
Monnier 240 361
Monod 24
25 145 180 210 241 361
392 393
Monprofit 223 344 409
Monsé 131
Montès 370
Moog 219
Moore 296
Morer 32
Moresco 300
Morestin 80 179 228 344 345
Moriez 300
Moro 183
Morquio 166 281
Morton 260
Mosetig-Moorhof (von) 116 201
Mosny 146 153 370
Mosse 372 404
Motais 96
Moty 49 87
Mouchet 209
Moure 345
Moussin 394
Moussu 199 418
Moutard-Martin 50 97 128 409
Moynihan 423
Mracek 114
Müller 113
129 139 186 195 315
Müllerheim 404
Munch 16
34 48 52 57 60 74
87 91 107 115 120 122
140 147 156 163 174 183
192 203 251 268 297 313
331 339 348 358 379 387
396 411 420
Munter 51
Murat 111
Muratet 137 224 371 410
Musser 107
Muus 298

N

Nageotte 419
Narath 189
Nattan-Larrier 58
Neech 68
Neisser 80 92
Nélaton 78 121 145
Netter 180 296 409
Neufeld 332
Neugebauer 176
Neumann 66 97 155 387
Neurath 298
Neusser 27
Nicholson 52
Nicloux 25 224
Nicolau 49
Niemack 35
Nimier 71 179
Nittis (de) 234
Nobl 342
Nocard 112 190
Noll 196
Noorden (von) 8
Norris 424
Norton 177 178
Nossal 27
Nothnagel 114 386
Novicov 390

O

Oberwarth 243
O'Brien 298
Ochsner 115
119 250 297 330
O'Conor 165
Œlsnitz (d') 242 347
Oestreich 154
Oettingen (von) 162
Œttinger 217
Offer 27 201
Olinto de Oliveira 152
Olmer 419
Olshausen 251
Omizzolo 83
Opie 74
Opin 14
Opitz 380
Oppenheim 80 162
Orth 243
Ostino 167
Ott 249
Ott (de) 323

P

Pacheco Mendes 304
Paisseau 369 402
Pál 347
Palme 177 178
Palmieri 368
Paltauf 59 363
Pane 367
Panski 131
Parhon 72
Paris 139 199
Park 90
Parmentier 65
Parsons 60
Pascale 307
Pasteau 243
Pasteur 34
Patel 314
Patella 368
Paton 388
Pauli 386 411
Pautrier 224
Paviot 32
Pawinski 369
Payr 189 197 199
Peaudeleu 100
Pechkranc 36
Peeters 265
Péhu 38 99 300 372
Penkert 81
Penzoldt 68
Péraire 351
Perman 388
Perquis 191
Perthes 185 195 196
Petersen 177
178 186 188 194
Petridès 5
Pétroff 140
Petruschky 175
Pfahler 16
Pfeiffer 296
Philibert 14
Philippe 266
Philippson 13
Phisalix 153
Phocas 350 352 369
Phulpin 32
Piazza-Martini 426
Pick 162
Picqué 64 65 223 353
Pierret 257 265
Pinard 24
Plavec 132
Plehn 243
Poels 177 178
Poirier 78 190 362
Poliansky 212
Polievktov 42
Poncet 121
190 234 345 346 354
Popov 308
Porosz 404
Posternak 146 154
Potherat 112
209 258 346 369 409
Pouchet 111
Pouliot 384
Powell 184
Pozzi 210 258 409
Pressat 4
Pressey 212
Prip 316
Pron 191
Prunier 63
Psaltoff 241
Pulle 282
Pusey 115

Q

Queirolo 361
Quénu 32
65 78 87 105 145 153
173 180 190 210 223 241
273 346 409
Quervain (de) 189 199 323
Queyrat 79 242 249
Quilliot 162

R

Rabaud 265
Raczkovski (de) 13
Rafin 422
Ragazzi 148
Ramond 113 225
Rappin 113
Rathery 58 312
Ravaut 314 338
Raviart 266
Raymond 48 234 277
Rayne 244
Reale 276 368
Rebentisch 314
Reboul. 345 351 352 353 361
Reclus 48
161 179 180 210 241 248
258 337 369
Redard 178 353
Reerink 198
Régnier 380
Rehfisch 51 80
Rehn 194 195 196
Reichmann 140
Remouchamps 392
Renault 79 403
Renaut 418
Rénon 220 273 402 403
Repka 44
Retterer 71 96
Reure 228
Reynès 350
Reynier 71
138 210 248 337 346 350
369 384 393
Reynolds 122
Ricaldoni 282
Ricard 105 180 210 369
Richard-Chauvin 244
Richardson 51
Richaud 113
Riche 393
Richelot 145 337 346 362 409
Richet 97 153
Richon 248
Ridge 184
Rieck 281
Riedel 189 198
Riehl 73 387
Riese 189 198
Rigazzi 5
Ringel 194
Rist 191 235
Ritter 73 106 181
Riva 361
Rivas 161
Rivière 147
Roberts 244
Robertson 220
Robin 71
104 190 199 235
Robin 282
Robson 364
Roch 103
Rochard 49
138 173 178 223 393
Roché 218
Roger 6 297 371
Rogovin 164
Rollin 32
Rommel 68
Rommelaere 260 338 362
Roncagliolo 368
Roquemaure 236
Roques 89
Rosenbaum 73
Rosenfeld 15
Rosenheim 15 33
Rosenqvist 331
Rosenstein 89
Rosenthal 394
Rostovtzev 283
Rothmann 51 89 386
Rothschild (de) 72 337
Rotter 185
Rouget 346 370
Rouslacroix 105
Roussel 383
Routier 71
112 173 190 191 210 223
241 369
Roux 152 247 344 350
Rovsing 48
Roy 14 97 153
Ruffer 3
Ruggi 280
Ruhemann 410
Rumpf 38

S

Sabouraud 128 225 371 403
Sabrazès 137 224 371 410
Sachs 201
Sacquépée 37 191
Sainton 128
Saks 426
Salimbeni 421
Salle 128
Salmon 26 65
Salomon 90 139 347
Salomonsen 178
Samaja 369
Samberger 284
Sameh bey 4
Samohrd 428
Sand 362
Sangiovanni 52
Santi 52
Sari 244
Savariaud 345
Saxtorph 358
Scanzoni (von) 38
Schäffer 404
Schamberg 47
Schanz 186
Schedel 66
Schiassi 172
Schiele 364
Schiff 73
Schiffer 372
Schlesinger 27 155 420
Schloffer 198 251
Schlossmann 183 314
Schnirer 27
59 67 74 98 114 139
155 163 182 201 225 347
363 387 395 411 420
Schnitzler 155
Schöne 422
Schou 43
Schoull 84 91 176
Schrötter (von) 315
Schüller 182 411
Schulthess 178 423
Schultze 106 316
Schulze-Vellinghausen 39
Schütz 59 243 249
Schütze 394
Schwartz 71
96 138 173 209 210 249
369 393 418
Schwarz 363
Schwerin 196
Sebileau 138
145 180 244 248 369
Secrétan 175
Seebeck 74
Seegen 66
Segond 190 241 362
Seiller (von) 225
Sélénev 283
Sempé 274
Senator 33 113 211 410
Senn 90 115 423
Sérégé 386
Sereni 307
Sergent 338 346 355
Sérieux 37
Serra 178
Sevestre 191
Seymour 132
Shattock 281
Sicard 338 347 370
Sihle 283
Silbermark 116
Silberschmidt 274
Simon 194
Simond 421
Simonin 32 65 180 191 248
Siredey 138 177 178 210 385
Snow 108 356
Sollier 267
Solon 260
Sonnenburg 189
Sorgo 420
Sötbeer 107
Souchon 267
Souligoux 234 241
Soupault 146 173 362 393
Souques 25 50 173
Spengler 364
Speroni 424
Speyr (de) 372
Spiller 356
Sprengel 185 189
Spronck 296
Stadelmann 15
Stadler 279
Statzer (von) 420
Stein 219
Stein (von) 52
Steiner 26 386
Steinthal 27
Stephenson 36
Sterjémensky 427
Sternberg 114 162 363 395
Stilling 116
Stöckel 107
Stodel 386
Stokvis 40
Stolper 187
Stolz 197
Stratz 99
Strauss 15 154 200
Stravoskiadis 268
Stroganov 306
Strubell 226
Stuurman 40
Suarez de Mendoza 346
Sulzer 384
Surmont 122
Sutton 304
Svoboda 66
Syllaba 44
Symmers 165
Szczypiorski 234

T

Tailhefer 350
Talaat Mohamed bey 6
Talke 27
Tallqvist 315
Talma 425
Tappeiner (von) 422
Tarchetti 368
Taty 258
Taussig 361
Tavel 27 212 352
Tavernier 91
Tchigaïev 36 52 156
Tédenat 344 352 353
Teissier 5
Teleky 98
Témoin 352 353
Terc 162 363
Terrien 80
Terrier 25
65 88 145 223 234 362
369
Testi 124 368
Tetradzé 252
Thaon 162
Theisen 39 281
Thévenot 190
Thibierge 338
Thiercelin 15 192
Thiéry 345 346
Thiriar 220 363 394
Thiroloix 112
Thomas 60 220 241
Thomassen 85
Thomayer 44 284
Thost 297
Thue 284
Tillaux 32 418
Tillmanns 60
Timoféiev 283
Tissier 178
Tissot 418
Tomasczewski 298 332
Toporkov 340
Torday (de) 296
Törnell 316
Torri 227
Touchard 347
Toulouse 64 235 258 265
Toupet 16
Tourtoulis bey 6
Trastour 72
Trekaki 3 5
Trendelenburg 185
Trénel 263
Triboulet 72 112 138 394
Triol 68
Tripier 32
Truffi 124
Tsakonas 79
Tucker 90
Tuffier 32
50 65 78 79 105 138
152 153 173 191 223 234
258 361 384
Turck 174
Türk 66 162 225 393
Turnure 60
Tzviétaïev 244

U

Ughetti 276
Ugo Arturo 148
Ullmann 363 410
Urbantschitsch 347
Urriola 204

V

Vaccari 41 276 372
Vaillard 152
Valassopoulo 5
Valentin 3
Valentino 37
Vallée 33 354
Van der Weyde 282
Van de Velde 307
Van Engelen 296
Van Gehuchten 260
Van Gorkom 307
Van Ijzeren 282
Van Linden van den Heuvell 425
Vannini 167
Van Stockum 353
Vanverts 190 241 409
Vanysek 428
Vaquez 128
224 242 354 370 378
Variot 65 88 180 409
Vaschide 13
72 104 127 241 354
Vassale 76 84
Vassiliev 428
Verchère 79 128
Verdalle 173
Verhoogen 258
Vérité 26
Vermehren 167
Vernet 16
Véron 297
Vervaeck 260
Veyrières 154
Vidal 345 351
Vignard 226
Vigouroux 218 258
Vila 219
Vilandt 43
Villa 425
Villar 345
Villard 274
Villaret 15
26 27 33 51 59 66
73 80 89 90 97 98
106 113 114 122 137 154
162 181 200 201 211 212
243 249 372 386 394 404
410
Villemin 152
Vincent 88 153 191 355 370
Viola 368
Vitry 235
Vogel 324
Völker 198
Voronoff 4
Vurpas 13
64 72 104 127 235 247
265

W

Wagner 82
Waldo 244
Wallace 356
Wallis 276
Walsh 36
Walthard 116
Walther 79
173 180 258 369 393

Warren..................... 156
Wassermann............... 296
Wasserthal 427
Weber............... 15 99
Weil................. 199 371
Weill...................... 300
Weill-Mantou............. 178
Weinberger........... 73 155
Weinlechner............... 420
Weir 330
Weiser 201
Weiss 27
Welch............... 34 47
Wennerström.............. 284
Werckmeister.............. 189
Wessely.............. 187 200
Westenhöffer 27
33 105 154 249 372
Wetherill................... 176
Wiart 104
Wicherkiewicz............ 4
Wickham.................. 211
Widal 14
72 112 161 199 210 219
234 242 248 259 337 354
369 370 378 385 410 419
Wieland.................... 251
Wiesel...................... 201
Wilbert..................... 75
Wildt........... 3 5 6
Willems 394
Williams................... 348
Wilms............... 188 195
Winternitz................. 347
Witthauer.................. 183
Witzel...................... 60
Wolff........ 58 105 196 249
Woodyatt.................. 308
Wormser 176
Wullstein............ 188 197
Wurtz 413 420
Wyeth...................... 8

Z

Zaborowski................ 130
Zacchiri 421
Zachariadès................ 137
Zagari..................... 360
Zaïtzev.................... 340
Zangemeister.............. 340
Zanoni.............. 361 368
Zappert.................... 73
Zavadier................... 300
Zeissl (von)............... 98
Zeri 28
Zervos..................... 209
Zimmern................... 200
Zinn........................ 80
Zinsser 92
Zoia 368
Zuckerkandl 59 114 155
Zülzer 200
Zusch...................... 67
Zweig 98

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

LA SEMAINE MÉDICALE



VINGT-TROISIÈME ANNÉE

1903



ANNEXES

PARIS
BUREAUX : 18, RUE DE L'ABBÉ-DE-L'ÉPÉE
—
1903

LA SEMAINE MÉDICALE

VINGT-TROISIÈME ANNÉE

ANNEXES



TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1903)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

A

Afrique occidentale française et sa partie habitable pour les Européens 2
Assurance obligatoire contre la maladie en Allemagne 69

B

Bureau de renseignements scientifiques pour les étrangers à Paris 2 121

C

Calice commun des protestants et ses dangers au point de vue hygiénique 2
Cancer et son étude en Prusse 14
Charlatanisme en Allemagne 113
Choléra et convention néerlando-belge 2
Code d'Hammurabi au point de vue médical 65
Communion des protestants et dangers du calice commun 2
Conférence sanitaire internationale de Paris en 1903 81 161 193
Congrès international de Madrid en 1903 et ses inconvénients 45 49
Convention néerlando-belge pour la notification des maladies contagieuses 2
— sanitaire internationale de Paris 193
Cours de police scientifique à Rome 2

D

Déclaration des maladies contagieuses à Rio-de-Janeiro 14
— — épidémiques en France 29
Destruction obligatoire des rats à bord des navires en France 153

E

Ecoles en Italie et prophylaxie des maladies contagieuses 181
Exercice de la médecine par les étrangers en Espagne 61

F

Femmes-médecins à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg 2
Fièvre typhoïde et son étude en Allemagne 14

G

Gardes-malades du sexe féminin dans la marine des Etats-Unis 14

H

Hallex ou hallus et non hallux 81 109
Honoraires et responsabilité du chirurgien à Babylone 65
Hygiène publique et police sanitaire à Rio-de-Janeiro 14

L

Lois successorales et leur modification en vue d'augmenter la natalité en France 2
Lutte contre le charlatanisme en Allemagne 113

M

Maladie des pêcheurs d'éponges 101
— du sommeil et sa diffusion en Afrique 2
Maladies contagieuses et convention néerlando-belge pour leur notification 2
— — et leur déclaration à Rio-de-Janeiro 14
— — et leur prophylaxie dans les écoles italiennes 181
— épidémiques et leur déclaration en France 29
Médecins à Babylone au vingt-troisième siècle avant Jésus-Christ 65
— étrangers en Espagne 61
Morbidité et mortalité générales en Allemagne et leur statistique 14
Mortalité et morbidité en France et en Allemagne (Etablissement de tables nationales de) 129

N

Natalité en France et moyen de l'augmenter 2
Nécrologie 1 5 13 25 29 33 41 49 53 61 65 69 81 89 97 117 121 125 133 141 149 153 157 165 173 181 189 193 197

P

Pathologie et son utilité pour les études historiques 137
Pavillons en verre pour phtisiques à Philadelphie 2
Peste à Marseille 145
Police scientifique et son enseignement à Rome 2
Prix de la ville de Moscou 69
— du Congrès international de médecine de Paris 69
Prix Nobel de 1903 197
— Osiris de l'Institut de France 173
Prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles en Italie 181

R

Rats et leur destruction obligatoire à bord des navires en France 153
Renseignements scientifiques pour les étrangers à Paris 2 121
Responsabilité civile en cas de communication de la syphilis par relations sexuelles 17

S

Stations pour l'étude de chaque cas de fièvre typhoïde en Allemagne 14
Statistique de la morbidité et de la mortalité générales en Allemagne 14
Syphilis et sa communication par relations sexuelles au point de vue de la responsabilité civile 17
— et son inoculation aux singes anthropoïdes 141

T

Tables nationales de mortalité et de morbidité en France et en Allemagne 129
Trachome et sa prophylaxie en Prusse 14
Tuberculeux et pavillons en verre à Philadelphie 2

V

Variole et convention néerlando-belge 2
Voyageurs malades dans l'Etat du Colorado 14

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL (ANNÉE 1903)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

A

Aakesson 166
Aalbertsberg 31
Abadie 19 68 99 130
Abba 24
Abbadie 138
Abbadie de Barrau (d') 158
Abbattucci 86
Abbe 47 179
Abbott. 71 107 126 188
Abel 112 164 203
Abelsdorff 160
Aberastury 99
Abesgaus 194
Abraham 30
Abramovitch 158
Abramow 64
Abrams 26 48 86 100 158 178
Abrikossoff 194
Abt 32 56
Abuladse 196
Achalme 3
Achard 146
Ackermann 47
Acland 26
Acquaviva 67
Adachi 72
Adenot 100
Aderhold 82
Adler 64 68 82
Adrian 83 87
Adroqué 130
Aglot 158
Agniel 38
Agote 199
Aguerre 143
Aguilar 86
Aguinet 66
Ahlefelder 15
Ahlfeld 15 20 24 28 123
Ahlström 59 147 164
Ahrens 99
Aievoli 15 115 127
Alamagny 146
Alayrac 114 130
Albanus 187
Albarran 59
Albers-Schönberg 100 188
Albert 72
Albert-Weil 56
Alberts 172
Albrecht 90
Albu 36 42 47
Aldor (von) 70 100
Aldrich 15 58 71 119 127 135 159
Alessandri 207
Alessandrini 128 136
Alessi 91 102
Alexander 44 186 192
Alexander-Katz 204
Alexandre 118 146
Alexandrov 72 111
Alexieff 194
Alger 48
Algret 199
Alhaique 155 159
Aliantchikova 194
Allaire. 19 56 100 184
Allan 176
Allaria. 22 136 186 206
Allbutt 70
Allemand 146
Allen 7 86 99 102 127
Allende 22
Allingham 87 115
Allis 107
Allison 36 202
Allport 99
Almagià 86
Almkvist 152
Alquier 86 198
Alt 56
Altchuler 194
Alter [illegible] 127 128 144 155 187 199
Alterthum 164
Altshul 107
Altuchow 182
Aluserindo 68
Alvarado 207
Alvarez 152
Alvernhe 158
Amadoni 120
Amann 15 130
Amantini 62 90 186
Amberg 67 164
Amberger 23 127
Ambrosius 106
Amidon 163
Amigues 123
Amistani 164
Ammendola 178
Anastasi 155
Anders 26 47 82 172 204
Anderson 194
André 14 87 106
Andreoli 164
Andrew 70
Andrews 35 119 120
Andrianyafy 158
Andrieu 190
Andrjeiévsky 179
Andropov 119
Androusse 171
Angelesco 46
Angelici 18
Angelini 48
Anger 114
Angerer (von) 55
Angier 47
Ansaloni 20 160 180
Anschütz 16 19 163
Anselm 136
Anthoinoz 146
Anthony 55 143
Anton 26
Antonelli 28 48
Antoni 38
Antonin 158
Anzilotti 62 70 119 175 186 190
Apelt 135
Apert 178
Apetz 152
Apolant 70
Aporti 179
Appuhn 142
Apte 122
Arabian 194
Arányi 120
Aráoz Alfaro 22 92
Arata 24
Arathoon 134
Arcadipane 84
Arcangeli 64 159
Arcoleo 144
Ardilouze 58
Ardin-Delteil 206
Ardisson 158
Ardouin 26
Argaud 130
Argoutinski 179
Arkhipov 70
Arkwright 110
Arloing 38 60 132 134
Armaignac 152
Armaingaud 140
Armand-Delille 63 118
Armann 108
Armbruster 38
Armour 187
Armstrong 23
Arnaud 146 158
Arndt 179 204
Arneill 26
Arnold. 30 58 147 182
Arnone 7 26
Arnozan 160
Arnstein 180
Aron 30
Aronheim 138 202
Aronsohn 7 191
Aronson 175
Aronstamm 164
Arrizabalaga 75 119
Arsonval (d') 156
Artaud 190
Arthus 158
Artus 158
Aruch 90
Arullani 7 30
Arx (von) 28
Asakura 71 107
Ascarelli 15
Asch 86 164
Ascher 32 172 190
Ascherson 206
Ascoli 18 24 30 62 66 90 162 170 186
Ashby 112
Ashmead 30
Askanazy 55
Aspell 75
Aspisov 208
Assailly 146
Asthöwer 207
Astros (d') 136
Asturias 24
Atkinson 196
Atlee 20
Aton 158
Aubaret 26 31 34
Aubert 6 38 146 172 174
Aubineau 3 99
Aubinière 106
Aubrée 90
Aubry 130
Auché 208
Auclair 198
Aucopt 190
Audard 118
Audebert 20 44 46 148 152 156
Audibert 15 38 62 92 158 186 187
Audiffrent 111
Audistère 110
Audonnet 130
Audouin 82
Audry 75 127 135 151
Auerbach 19
Aufrecht 66 72
Augé 148
Aujean 106
Aujeszky 30
Auld 62
Aupiais 50
Aupois 18
Ausset. 56 76 100 152
Austerlitz 134 144
Austin 108 112 207
Austregesilo 7 107 130 158
Autour 146
Auvinet 138
Auvray 127 159
Auzat 122
Avanzino 52 187
Aveline 6
Averbakh 98 147
Aversenq 198
Axelrad 196
Axenfeld 24
Ayers 120
Ayerza 98
Azevedo 196

B

Bäärnhielm 151
Baatz 15
Babcock 178
Babes 158
Babin 142
Baccarani 15 62 208
Bacialli 26 98
Backman 86
Bacon 111 115
Badal 75
Badia 118
Badiali 163 188
Baduel 51 134
Baffet 118
Bagalà 174
Baginsky 20
Bail 138
Bailey 28 119
Baillet 147 151 195
Baillon 50
Bain 50 52 107
Bainbridge 70
Baisch 15 175
Baïtcheff 158
Bajénov 70
Baker 19 76 115 172 196 207
Bakes 75
Balatre 14
Baldacci 42
Baldassari 15 19 43 55 67 90 175
Balduzzi 115
Baldwin 19 26 56 203 208
Baldy 160
Balean 35
Balestra 182
Balfour 128 207
Bálint 22 76
Ball 146
Ballance 87
Ballantyne 202
Ballenger 100
Ballet 143
Ballin 71 144
Balloch 107 111
Balthazard 47 122
Balvay 146
Balzer 174
Bamberg 31
Bamberger 32
Bancel 146 206
Bandaline 160
Bandel 31
Bandelier 112
Bandler 31 72 75 76 88 107
Baner 108
Bañeres y Melcior 114
Bang 76 98
Bannes 127
Banteignie 18
Bantock 156
Bar 198
Bär 44 188 198
Baracz (von) 15 19 28 71
Baradat 47
Barba 27
Barbarin 66
Barbary 68
Barbat 107
Barbet 38
Barbour 134 136
Barbry 170
Barcelonne 134
Bard 134
Bardeleben (von) 48 50 172
Bardenheuer 39
Bardin 118 190
Bardon 14 190
Barège 146
Barette 63
Barg 163
Barjon. 7 47 86 127
Barker 115 127 155 163
Bärlocher 59
Bärmann 136 174
Barnard 87 208
Barnett 47
Barnsby 18 72
Baroch 59
Baron 27 83
Baroni 43 155
Barraja 18 72 92 124 151 172 182
Barratt 134
Barraud 138 194
Barré 90
Barret 146
Barrier 198
Barrière 138
Barrows 92
Barsi 166
Bart 170
Bartels 98 190
Bartenstein 160
Barth 47 148
Bartha 207
Barthe 164
Barthelat 50
Barthélemy. 38 106 195
Barthès 6
Bartlett 23
Bartoletti 7
Bartolotti 111
Baruch 68
Barwell 87
Bary (de) 184
Barykine 86
Basch 178
Bashford 142 194
Basile 108
Basilévitch 34
Bassan 146
Bassenge 184
Bassett-Smith 195
Bassewitz (von) 148
Bassi 118
Bassuet 134
Bastian 172
Bastianelli 187
Bataille 187
Bate 28
Bathias 146
Batigne 207
Batisse 90
Batouiev 180
Batouleff 194
Battaglia 143 179 183
Battarel 158
Battesti 182
Battistelli 88
Baucher 188
Baucke 58
Baudouin 51 107
Baudry 108 208
Bauer 71 83 155
Baum 39 155 195
Baumann 142
Baumel 91 112
Bäumer 140
Baumgarten 192
Baumgarten (von) 3 6 26 30 98 128 168
Baumm 99 108
Baumstark 90
Bax 87
Bayer. 99 100 155 204
Bayerthal 127
Bayliss 194
Bazet 175
Bazy 48
Bazzocchi 199
Beach 64
Beard 150
Beardsley 120
Béasse 190
Beattie 150
Beauchesne 18
Beauréal (de) 123
Beauverger 18
Bechterev (von) 30 43 63 66 179
Bechtold 155
Bécigneul 106
Beck 24 47 56 75 84 104 156 160 162 170 187 203
Becker. 47 71 72 102
Beckmann 115 171
Béclère 16 124 160
Beddard 134
Beduschi 159
Beer 139
Begg 32
Beggs 110
Beguinot 122
Behaegel 7
Behla 62
Behm 116
Behrendt 162
Behring (von) 160 179 184
Beis 158
Belfield 148
Béliard 82
Bell 28 58 63 178
Bellamy 132
Bellandi 43 203 207
Bellanova 26

Bellemanière 186
Belletrud 112
Belliboni 179
Bellin 114
Bellot 158
Bellotti 100
Below 124
Beltrami 107
Belugou 159
Belzons 130
Bender 63 175
Bendersky 86
Bendix 47 104 110 162 178
Bénech 7
Benedict 27 123 126
Benedikt 56 124 178
Beneke 43
Beniaya 158
Benichou 178
Benjamin 107
Bennati 19
Bennecke 99 132
Bennett 28
Benoit 158
Bensa 207
Bensen 34
Bentz 206
Bentzen 172
Bérard 99 146
Berchoux 128
Berdnikov 7
Berent 47
Beretta 76
Berezkine 151
Berg 27 83 139 147 155 168 171 179
Bergé 146
Bergel 28
Berger 15 32 39 47 76 155 171
Bergmann (von) 15 28 47 82 91 99 147
Bergonié 16 56 124
Bering 183
Berini 108
Berka 76 83 100
Berlioz 52
Berlizheimer 186
Bermbach 100
Bernabei 158 190 206
Bernard 22 42 59 74 82 108 120 138 207
Bernardelli 30
Bernatzik 108
Bernays 115
Berndt 115 131
Bernhardt 23 35 92 98 183
Bernheim 87 98 100
Bernoud 26
Bernstein 84 127 163 190
Bernucci 135
Berruti 16
Berry 88 130 199
Bertamini 23
Bertarelli 88
Bertaud du Chazaud 26
Bertazzoli 56
Bertelsmann 127
Berthaut 75
Berthet 14
Berthon 118
Bertier 38
Bertin 152
Bertino 160
Bertrand 19 50 178 198
Berze 147
Besbokaia 22
Besredka 26 62
Bessem 115
Besson 18 112
Besta 104 111 182
Bethe 178
Bettencourt 98 104
Bettencourt-Rodrigues 84
Betti 90
Bettmann 7 47 183 206
Bettremieux 128
Beurmann (de) 174
Beutter 87 92
Beuttner 136 144
Bevan 47 83 187
Beyea 67
Beyer 18 90
Beyerman 51
Beyle 146
Beyne 38
Bezdek 171
Bezold 100
Bezy 138
Bézy 108
Bezzola 90
Biagi 15 55 132 156
Bial 42 90 134
Bialobrzeski 83
Bianchini 135
Biancone 111
Bibet 122
Bichat 54 123 147
Bichelonne 84 91
Bickel 27 42 47 62 63 146 186
Bickham 175
Bidou 159
Bie 128
Biedert 36
Biehl 156
Biel 148
Biéliaév 114
Biélogolovy 70
Bielschowsky 146 179 182
Bienenstock 8
Bienfait 19
Bienvenu 6
Bier 63
Bierens de Haan 66
Biernacki 108
Biffi 142 206
Bigart 22 42
Bigeon 90
Bignami 46
Bikeles 70
Bilande 110
Billard 118
Billet 27
Billings 26 162
Billinkin 32 84
Bindi 142 206
Binet-Sanglé 159
Binetti 27
Bing 34
Binnie 171
Biondi 16 112 115
Bircher-Benner 140
Bird 15 194
Birnbaum 138 190
Biro 22 71
Bischoff 76
Bishop 72 199
Bispham 164
Biss 202
Bissell 35 67 119
Bittorf 66 186
Bivona 16
Bizzozero 186
Björkstén 91
Black 71 196
Blackmore 27
Blake 107 155
Blaker 128
Blanc 50 158
Blanchard 100 158 200
Blanchereau 138
Blanchet 146
Blandamour 6
Bland-Sutton 163
Blandy 204
Blassberg 28
Blatchford 107
Blauel 51 115 159
Blecher 175
Blécourt (de) 184
Blencke 59
Bleynie 108 144
Blin 124
Blitstein 208
Bloch 47 142 150 156 162 164 192
Blodgett 27 126
Blondel 191
Blondiau 168
Bloodgood 119 126 179
Bludau 98
Bluhm 59 60
Blum 67 70 90 99 120
Blumberg 43
Blumenthal 16 176
Blumer 162 194
Blumfield 31
Blumreich 48 116
Boari 35 159
Boas 70 120 126 202
Bobbio 151
Bock 139
Bockenheimer 64
Bodenhamer 91
Bodin 38 43 44 99 139 171 172
Bodine 75
Bodon 162
Boeri 34 174
Bogdanowitch 22
Bogomoletz 103
Bohata 104
Böhler 98
Böhm 32 50 162 168
Böhtlingk (de) 62
Boigey 99
Boileau 202
Boilevin 106
Boinet 54 178 182 206
Bois 116
Boissière (de) 30 206
Boivin 106
Boix 6
Bókay (von) 64
Bokenham 32
Boldt 48 72 172
Boldyrev 174 198
Bolk 70
Bolli 30
Bollinger 55 170
Bolognini 160
Bolton 150 200
Bombes de Villiers 174
Bombicci 110
Bommier 155
Bompard 146
Bonain 104
Bonan 158
Bond 48
Bondi 6 100 116 120
Bonet 138
Bonfanti 186
Bonhöffer 179
Boni 7 20
Bonis 196
Bonivento 206
Bonjean 68
Bonn 144
Bonnaire 208
Bonnamour 22 204
Bonnaves 130
Bonneau 66
Bonnefous 14
Bonnefoy 124
Bonnel 122
Bonnet 16 46 110 112 122 132 144
Bonney 31 120
Bonnier 83 206
Bönniger 27 30
Bonservizi 102
Boot 148
Borchard 47 55 59 71 203
Borchgrevink 54
Borde 68
Bordenave 54
Bordes 158
Bordet 66
Bordier 74 128 176 184 196
Borelius 136 151
Borelli 150
Borgbjærg 50
Borgen 42
Borgo 115
Borissov 118 150 168
Borissowa 82
Borland 200
Born 50
Bornemann 23
Börner 39 175
Bornhaupt 115
Bornstein 30
Borreil 146
Borrel 58
Borst 42
Borszéky 23 163
Bosanquet 7 152
Bosc 202
Boschi 206
Boscolo 100
Bosellini 127
Boshouwers 148
Bossart 28
Bossert 54
Bossi 15 59 84 159 182
Bossis 6 138
Boston 27 47 88
Botella 192
Botey 76 108 120 136 188
Bottaro 55 184
Botte 38
Bottentuit 146
Bottignani 204
Bottomley 171
Boucarut 91
Boucaud (de) 47
Bouchard 47 188
Bouchaud 63
Boucher 26 123
Boucher de la Ville Jossy 122
Bouchet 138 196
Bouchez 52 170
Bouclier 38
Boudet 46
Boudey 138
Boudinski 82
Boué 134
Bouffard 28
Bouic 110
Bouilliez 26
Bouis 146
Bouisson 158
Boukinitch 104
Boulai 44
Boulay 204
Bouloumié 142
Boulud 194
Bouma 54
Bour 178
Bourcart 186
Bourdinière 186
Boureau 15 74
Bourgeois 128
Bourges 134
Bourget 106
Bourlier 206
Bourlot 90
Bourneville 202 206
Bourquin 207
Bourragué 134
Bourrillon 44 92
Boursier 59 108 134
Bourtzeva 202
Boussion 138
Boute 14
Boutenko 207
Boutin 58
Boutrois 170
Bouveyron 151
Bouyer 128
Bouyssou 122
Bovée 115 132
Bovero 35
Bovo 28 143
Bowen 20 171
Bowie 208
Bowker 202
Box 115
Boyce 168
Boycott 202
Boyer 118
Boymier 26
Bozo 118
Bra 55
Braatz 15 19
Brabec 115
Bracchi 127
Bracci 155 174
Brachet 143
Bradfute 120
Bradshaw 27 72 168
Bragagnolo 144 208
Braislin 32
Bramwell 127 179
Brandala 130
Brandéis 99
Brandenburg 170
Brandweiner 59
Braschi 128
Brase 28
Brassart 20 76 170
Brasseur 179
Brat 42
Brauer 47 136
Brault 7 72 163 170 207
Braun 43 47 55 59 75 128 159
Braunberger 18 186
Brauns 159 171
Braunstein 142
Brav 147
Bravy 90
Brayton 170
Brécy 107
Bregman 118 195
Brehm 91
Bréhon 170
Breinl 190
Breisacher 66
Breitel 50
Breitmann 30 172
Brenner 63
Brennfleck 87
Brenot 118
Bressel 71
Bret 6
Breton 166 206
Breuer 22
Brewer 23 59 110 126
Bribon 14
Brickner 108 164 199
Bridge 163
Bridges 115
Brieger 68 138
Briggs 99
Brill 43
Brindeau 48
Brindel 204
Brindley 196
Briot 88
Briquel 142 198
Brissaud 83 107 119 155
Brissemoret 206
Brisson 38
Brissot 50
Bristow 19
Britnev 146
Brito Foresti 56
Britto 196
Broadbent 202
Broca 88 127 132 175 207
Brocq 75 199
Brodie 130
Broeckaert 120
Broeksmit 208
Brohl 160
Broïdo 90
Bromwell 32
Brongersma 60
Bronner 200
Bronson 111
Bronstein 91 178
Brooks 120 170
Broquin 106
Brose 76
Broter 83
Brothers 123 128
Brouardel 16 20 56 76 100 106 196
Brown 66 71 107 116 118 119 128 207
Browne 146
Brownlee 88
Brownrigg 91
Bruandet 90
Bruant 142
Bruas 171
Bruck 135
Brückner 27
Bruder 192
Brugnola 126 143
Bruhat 26
Brühl 56
Brun 99
Bruneau 18 19 27 50 72 174
Brunet 142
Brünet 170
Bruni 203
Brüning 28
Brunn (von) 48 63 115 163 199
Brunner 28 72 100 127 163 171 179 187 206
Bruno 31 123
Brunon 16 72
Bruns 30 43 135 187 204
Bruns (von) 63 91 99 115 147
Brunton (Sir L.) 28
Brush 136
Bryan 16 99
Bryant 62
Bryce 106
Bryson 23
Buccheri 59
Bucco 7
Bucek 171
Bucelski 83
Buch 180
Buchanan 132
Buchholz 30 115
Bucura 20 86 116
Buday 64
Budberg-Bönninghausen (von) 111
Budin 60
Büdinger 70 71
Bué 84 204
Buffa 8
Buisson 138
Bukofzer 64 176
Bull 30 147 164
Bullard 31
Bullitt 180
Bullowa 184
Bum 100 208
Bumm 24 44 128 136
Büngner (von) 115
Bunting 174
Burckhard 75
Burckhardt 108
Burdach 27
Bureau 48 58 76 119 162 174
Burgener 55
Burger 64 172
Bürger 64 136
Burgerhout 171
Burghard 163
Burk 120
Burkard 136 199
Burkhardt 23
Burlando 208
Burne 87
Burnet 28 148
Burns 170
Burr 51 87 122 135
Burrage 131
Burtenshaw 88 92 123
Burthe 14 22
Burton-Fanning 70
Burton-Opitz 198
Burwinkel 88
Burzagli 108
Burzi 186
Burzynski 19
Busacchi 194
Busalla 31 112
Busch 170
Buschi 19
Buschke 23 43 127 179
Bushnell 194
Bushong 44
Büsing 163
Busse 47 98 134
Bussi 99
Bussière 51 63 139
Bussillet 38
Butler 188
Butte 136
Buttermann 7
Büttner 199
Butts 48 128
Buxbaum 68 144 176 187
Buxton 126
Bychowski 83
Byers 182
Byford 111

C

Cabanne-Tellé 114
Cabannes 84
Cabot 126 147 172 179 203
Cacace 158
Caccia 55 60
Cachin 26
Cackovic (von) 63
Cadart 170
Cade 6 7 54 118 128 206
Cadoré 170
Cadwallader 27
Caffarena 110
Cafiero 202
Cagiati 98
Cagnetto 86
Cahier 48
Caie 208
Caillaud 82
Caillé 106 108
Cailleron 14
Cailleux 66
Caillibaud 138
Cairns 28 112
Calabet 138
Calabi 55
Calabrese 52 146
Caldwell 168
Calendoli 3 92
Callomon 171
Calmann 75
Calmels 6
Calmette 16 184
Calsac 190
Calvert 42 106
Calvet 146
Calzolari 207
Camaggio 179
Camerer 32
Cameron 188
Caminiti 42 62 99 198
Campana 146
Campanella 28 36 44 50 66 178
Campani 152 178 186
Campbell 30 59 63 88 135 143 146 203
Campiche 22
Campione 132 208
Camus 50 52 63 130 135 142 170 190 207
Camuzzi 200
Canabal 130
Canac-Marquis 107
Canale 178
Canali 114
Candela 110
Canessa 28 98
Cangi 188
Canney 90
Cannon 86
Cantani 70 150
Cantelli 191
Cantlie 196
Cantonnet 203
Canuet 198
Cao 62
Capaldi 172 174
Capasso 204
Capdevielle 138
Capgrand 134
Capon 38
Cappelli 19
Capps 162
Cappuccio 7 30
Capurbano 98 172
Caracciolo 63
Carayon 99 134
Carbonelli 156
Carcy 106
Cardarelli 114 158
Cardenal 91 187
Cardenal (de) 138
Carducci 86 118
Carel 58
Carey 132
Carini 86 139 180
Carito 147
Carle 140 184
Carles 26 58
Carless 3
Carli 100
Carlier 20 31 143
Carlsen 135
Carmalt 112
Carmichael 98
Carnot 108
Caro 99
Carougeau 24
Carpenter 116 200
Carr 32
Carra 207
Carrara 44 46 152
Carrayrou 54
Carrer 126
Carrez 50
Carrier 146
Carrier de Boissy 38
Carrière 32 47 64 88 92 112 135 142 152 172
Carrieu 91
Carroll 123
Carron de la Carrière 104
Carstens 75 196 208
Cartellier 146
Carter 136
Carton 118
Casali 22
Casares 156
Casassa 156

Casati 138 159
Casavecchia 122
Cascella 19
Casella 38
Casper 55 88 103 120 136 144 192
Caspersohn 39
Cassaët 47 68 118
Cassanello 207
Cassape Effendi 107
Cassel 68
Cassirer 135
Castaigne 206
Castañeda 200
Castaño 151
Castelain 204
Castellani 114 143 151
Castellano 84
Castelli 123
Castellino 110 115
Castex 48 120 136 148
Castro 119 187
Cathelin 103 107
Cathomas 112
Cattaneo 18 44 115 164 170
Cattle 87
Caubet 146 206
Caudron 15 183
Caulet 168
Caumartin 39
Causse 144
Cauterman 188
Cautley 7 31 164
Cavaillon 183
Cavalié 38
Cavalieri Ducati 6 178
Cavasse 134
Cavazza 110
Cavazzani 46 98 114 115 119 130 143
Cayrol-Blum 200
Cazamian 26
Cazeaux 190
Cazeneuve (de) 6
Cazin 107
Cecca 26
Cecchetelli-Ippoliti 32
Cecchini 23
Cecconi 58
Ceconi 42 155 178
Célérier 54
Cénas 67
Ceni 23 74 104 111 114 115 156 187 203
Centra 144
Ceraso 20
Ceraulo 50 110 143 188
Ceresole 92
Cerf 23
Cesarani 135
Cesare 110 154
Cevey 22
Cevidalli 44
Chabade 179
Chabannes 186
Chadbourne 71 162
Chadwick 107
Chaïkévitch 172
Chaille 130
Chaillou 126 152
Chaillous 84
Chaleix-Vivie 152
Chalupecky 83
Chambelland 38
Chambisseur 38
Chambrelent 92 144
Chamchine 146
Champion 70
Chance 31 132 171
Chancenotte 198
Chandler 120
Chanoz 6 22 62 124 156
Chanteaud 18
Chantemesse 68
Chanu 82
Chaplain 198
Chapman 70
Chapotin 66
Chappé 186
Chappell 68 188
Chappet 110
Charbonnier 192
Charles 170
Charlton 32
Charmeil 43 207
Charmoille 142
Charmont 146
Charpy 14
Charrin 7
Charteris 103
Chase 118 128
Chastang 104
Chatin 140
Chaumont 110
Chauveau 6 156
Chauvelot 178
Chavannaz 71 115
Chavanne 38
Chavant 146
Chavasse 59 60 200
Chaves 154
Chavialle 66
Chavigny 51
Cheatle 90 136
Cheftel 203
Cheintziss 22
Chénieux 160
Chepelévitch 130
Chérié-Lignière 182
Chetwood 171
Chevallereau 84 208
Chevandine 118
Chevassu 6 59 164
Chevrant 38
Cheyne 139 163
Chiari 128 142
Chichkoff 14
Chidichimo 142 162
Child 172
Childe 192
Chipault 127
Chisolm 128
Chlumsky 171 199
Chmelar 66
Choffé 14
Chomel 123
Chorazycki 180
Choulgine 62
Chowry-Muthu 200
Chrétien 66
Christian 55 90 194
Christiani 175
Christiansen 7 119 183
Christopher 140
Christophle 206
Christy 202
Chrobak 24 44
Chrzczonovicz 22
Chtangué 72
Chtchepinsky 202
Chute 107
Chvoguer-Lettetzky 147
Ciaffi 28
Cicero 104
Ciechanowski 174
Ciechomski 120
Cima 16
Cimino 83
Cimmino 36
Cioffi 134 152
Cionini 120 168
Cipolla 190
Cipollina 7 16 18 32 66 150
Cipollino 172
Cisler 114
Cisneros 168
Citron 190
Claiborne 160 203
Clairmont 31 34
Claisse 16
Claoué 204
Claparède 43 135
Clarens 130
Claret 118
Clark 83 88 107 163
Clarke 20 59 110 147 196
Clary 118
Claude 22 47 82 134 158
Claudius 155 171
Claus 143
Claytor 179
Cleaves 32 124 200
Clemens 112 127
Clément 144
Clemow 92
Cler 202
Clerc 22
Clergeau 6
Cloetta 82
Clomesnil (de) 122
Clopatt 6
Cluzet 98 136
Cnopf 171
Cobb 68 70 106 203
Coburn 203
Coccolatos 46 146
Cochez 54
Cochinal 100
Cochy de Moncan 206
Codeca 123
Codivilla 44
Codman 124
Coe 116
Coen 16 40 188
Coffey 31 40 208
Cofler 166
Cognard 38
Cohen 176
Cohn 59 71 124 160
Cohnheim 26 86 190 194
Coiffier 22
Coissard 38
Cokinos 38
Colbeck 74
Coldefy 118
Cole 198
Coleman 3 130
Coles 3
Coletti 74
Coley 18 24 56 76 119 171
Collet 43 58 87 92 192
Colley 155
Collin 24
Collina 22 30 98
Collins 30 31 51 71 99 114 119 127 135 179
Collins (Sir W. J.) 87
Collomb 48 115
Colomb 146
Colombani 58
Colombe 54
Colombo 160
Comandini 15 19
Comas 152
Comba 100
Combemale 132 172 206
Combes 83 122
Comby 140 148 188 200
Comey 106
Commandeur 15 20 184
Comoy 122
Compaired 119 208
Comstock 31
Comte 27
Cona 44
Concetti 16 56 198
Conche 16
Conder 162
Congy 186
Connell 188
Conner 127 162
Connon 148
Connor 159
Conradi 51 56
Consalvi 34
Constant 18
Constensoux 159
Contencin 158
Cook 48 72 82 119
Cooke 86
Coomes 171
Cooper 174
Coplin 26
Coquelin 26
Corazza 132 158
Corbellini 23
Cordaro 148
Cordero 120
Cordes 68
Cordiali 184
Cordier 31 195
Coriat 178
Corletto 159
Corner 203
Cornil 202
Cornillon 206
Corning 132
Correia Mendes 98 104
Correll-Löwenstein 159
Corsini 114 115 182
Corson 160
Corte 100
Cosco 100
Cosse 15 67 108 164 171
Cossmann 175
Costa 100 124 188
Coste 31 146 171
Coste de Lagrave 51
Costil 38
Coston 112
Cottam 175
Cottenseau 18
Cotterill 203
Cotton 40 91 127 132 148
Couderc 158
Cougoule 130
Couingt 138
Coulon 82
Couratte-Arnaude 32
Courchet 206
Courmont 60 62 87 106 132 140
Couronnet 178
Courtade 60 152 168 196
Courtin 15 176 183
Courtois 82
Courvoisier 88
Cousin 58
Cousins 148
Cousyn 118
Couteaud 112
Coutts 16 88
Couvelaire 200
Couvreur 110 170
Coville 168
Cowan 150 190
Coyne 58
Coze 38
Cozzoli 195
Cozzolino 18 48 56 100 108 174 176
Craig 163 187
Cramer 140 152
Crämer 118
Crandon 23
Crane 39 202
Cranwell 104 119 151 188
Crawfurd 195
Creite 178
Crendiropoulo 47 142
Crépin 55 122
Crespin 170
Crétel 114
Criegern (von) 142
Crile 119
Crisafi 62 64 184 206
Crisafulli 114 143
Crispino 22
Cristiani 6 22 122 187
Cristofoletti 136
Cristol 134
Critzman 92
Crocker 47
Croftan 51 84 142
Croisier 59 75
Croizet 106
Croizier 159
Crombie 32 156
Crompton 146
Cronbach 87
Croner 16 52 190
Cronheim 56
Cronquist-Norrköping 112
Crothers 32 108 170
Crouse 204
Crouzet 14
Cruchet 24 60 172
Cruet 14
Crzellitzer 147
Csillag 23
Cubertafon 82
Cuffer 66
Cugusi-Simon 160
Culbertson 128
Cullen 180
Cumpelik 30
Cumston 59 87 99 115 119 127 135 136 139
Cunningham 86 166
Curatulo 32
Curmer 170
Curschmann 30 31 62
Curti 88 164 184
Curtin 128
Curtis 24 27 119 127 147 155 163
Curtius 158
Cushing 15 19 99 115 130
Cushny 176 204
Cutler 20
Cuvillier 120 168
Cybulski 7 30
Cykowski 75
Czempin 144
Czerno-Schwarz 178
Czerny 59 127 135
Czerwenka 26 51 55
Czyzewicz 23

D

Daae 152
Da Costa 83 102
Daddi 134
Daffner 18
Dagonet 111
Dahlgren 23 31 139
Dainow 22
Dakin 186
Daland 130
Dalché 198
Dale 112
Dalén 63
Dall'Acqua 203
Dally 148
Dalous 75 174
Dalsjö 176
D'Amato 82 162 178 190
Damaye 186
Dambrin 118
Damey 206
Damianos 67 71
Dana 159
Dancourt 171
Dandridge 88 171
Dangschat 107
Daniel 208
Daniels 115
Danillon 158
Danilov 64
Dansauer 170
Dantchakoff 22 194
D'Antona 187
Dapper 188
Daraignez 15
Darbousse 158
Darcourt 68
Dare 3 51
Daremberg 168
Dargein 130
Darier 175
Darkchevitch 162
Darling 147
Darracq 152
Darthenay 38
Dartigalongue 134
Dartigues 130 179
Dastre 138
Dauchez 16 198
D'Auria 119 176
Daverne 58
David 18 110 170
Davidoff (von) 50
Davidsohn 68 76
Davis 23 123 136 139 179
Davrinche 143 170 195
Dawbarn 48
De Ambrosis 108
Dean 92 98 182
Deane 128
Deanesly 147 191
Deaver 23 31 59 118 155 203
De Baecker 143
Debains 122
Debande 138
Debauge 146
Debidour 18
Debierre 132
De Blasi 27 46 98 135 180
Debove 118
Debray 22 47 182
De Buck 111
Déchy 18
Decker 30
Decobert 106
De Cortes 15 119
Decroly 22 32 58 180
De Dominicis 76 100 104 106 110 164 171 208
De Fabritiis 179
Defalle 7
Defendorf 30
De Feyfer 18 27
De Franchis 183
Deganello 90
De Giaxa 44
De Giovanni 62
De Giulj 112
Degouy 68 112
De Graag 71 143
Degrè 88 100
Deguy 60
De Haan 194
Dehau 106
Dehio 70
Dehon 76
Dejerine 91 127 135
De Josselin de Jong 99 160
De la Camp 118 194
Delafield 32 183
Delafouchardière 6
Delage 103
Delagénière 175
Delamare 178
Delange 198
De Lange 147
Delanglade 75
Delannoy 170
Delany 70
Del Arca 100
De la Rüe 90
Delatour 48
Delaup 23
Delavan 32 48 68
Delbanco 163 172
Delbecq 48
Delbecque 118
Delbos 122
Deléarde 86 127
Deleau 170
De Lee 75 84 199
Déléon-Brunet 158
Delétrez 55
Deleuil 38
Delherm 16 60 106 136
Deligny 18
Della Rovere 31 43 44
Della Vedova 16
Delmas 158
Del Monaco 60
Del Nunzio 26
Delobel 206
De Lollis 170
Delore 127 175
Delphey 112
Delpy 38
Delsart 110
Delsaux 204
Del Torre 152
De Luca 68
De Luna 182
Delvart 170
De Magistris 32
Demain 106
De Maldé 36
Demanche 159
Demaria 202
Demars 200
Demay de Certant 92 112 152
De Meis 114
Démètre 146
De Mets 42
De Michele 120 146
De Monchy 63
Dempel 88 176
Demurger 150
Dench 32 72 76 200
Deneffe 44
Denis 54 86 175
Denison 34
Dennis 71
Denny 128
De Nobele 18
Denommé 106
Dent 31
Denucé 15
Deny 47
De Paoli 116 152
Depasse 52
Depierris 92 138
Deplano 140
Derby 99
Dercum 26 30
De Renzi 114 115 118 174
Dereure 50
Déri 83
Derocque 187
Deronde 56
De Rossi 7
Deroubaix 206
Derscheid 48 108
Dertinger 67
De Ruyter 48 107 114 154
Dervaux 6
De Sanctis 91
Descazals 20
Deschamps 128
Desclaux 114
Desconseillez 170
Descos 38
Descrimes 130
Desdouits 158
Désery 158
Desfosses 63
Deshusses 170
Désirat 138
Desmarest 99
De Smitt 44
Desogus 148
Desourteaux 138
Desplats 170
Desrousseaux 170
D'Este 127
De Stella 168 192
Destot 104
Détourbe 24
Deucher 52
Deunff 134
Deutsch 59 122 199
Deutschländer 99
Deutschmann 139
Devars 150
Devaux 82
Devay 58
Dévé 14 15 118
Devic 98
Devilliers 122
De Vivo 7
De Waele 39
Dewar 15
Deysine 16
Deytieux 198
Dhomont 136
Dhotel 156
Diamond 126
Dianoux 67 128
Diatroptov 176
Diaz 120
Dibaïlov 112
Di Bella 119
Di Biagi 152
Dibos 118
Dichiara 16
Dickinson 75 132
Dickson 134
Dide 135
Diefendorf 191
Diehl 52 146
Diélitzky 6
Diem 87
Dienst 44 48 128 136
Diesselhorst 138
Dieu 139 204
Dieudonné 98
Dieulafoy 194
Dieuzaide 106
Diévitzky 110
Dijckmeester 120
Di Mattei 208
Dimier 18
Dimitroff 194
Dimmer 31
Dinet 178
Dinner 203
Diot 190
Dircks-Dilly 38
Dirmoser 72
Dislère 140
Disse 47
Dittrich 43
Diverneresse 128
Dixon 198
Djémil-Pacha 191
Dmitrievsky 62
Dobbert 24 123
Doberauer 23
Döbert 63
Dobratvorsky 122
Dobrowolski 92
Dobrzyniecki (von) 31 83 127 188
Dobson 87
Doche 38
Dodd 124 196
Döderlein 199
Dodge 23 162
Dodin 138
Dohrn 184
Doléris 199
Dölger 48
Dollard 130
Dollinger 20 48
Domanski 83
Dombrowski 43
Domela 43
Domenici 67
Domenico 128
Dömeny 26
Dominici 114

Dommartin 82
Donaggio 110 118
Donaldson 107
Donat 130
Donath 47 51 134 135
Donati 104 186 199
Dönitz 35 99 155
Donovan 32 202
Donth 143
Donval 26
Donzé 62
Donzello 2 110 200
Door 198
Dopter 147
Doran 43 164
Dore 116
Dorendorf 127
Dörfler 71
Dorland 150
D'Orlandi 56
Dormoy 142
Dornblüth 47 100
Doskár 120
Dotcheff 22
Douanoglou 22
Douglas 71 144
Douglass 128
Doukelsky 112
Doumer 55 112 140
Douriez 159
Doutrebente 75 119 159
Douty 63
Douvier 150
Dowd 20 99
Downes 104
Dowse 168
Doyen 146
Doyne 148 196
Doyon 6
Dramard 178
Dreger 178
Drennan 20
55 112 170
Dresler 32
Dreuw 87 111 159
Drew 143
Dreyfus 6
Dreyfuss 38
Driaucourt 38
Drigalski (von) 51
Drivet 138
Dromard 6 148
Drosdovsky 58
Drouillard 134
Drouineau 104 170 188
Druault Aubin 106
Drucbert 191
Dsirne 99
Duane 75
Duband 150
Dubar 83
Dubarry 26
Dübendorfer 63
Dubois 2
14 22 74 99 122
150 151 170 178
Du Bois-Reymond 70
Duboucher 150
Dubreuil 14
Dubreuilh 207
Dubrisay 136 204
Duc 150
Duc-Dodon 90
Du Castel 59
Duchamp 23
Duchâteau 26
Duchauffour 60
Duchenne 158
Duckworth (Sir D.) 128
Duclaux 188
Duclos 184
Ducourthial 38 130
Ducros 82
Dudgeon 26
Dudley 92 184
Dudrewicz 156 172
Duel 120
Dueñas 56 76 100
Dufour 54 171
Dufourt 26
Dührssen 100 116 208
Dujour 122
Dullin 158
Dumas 31 164
Dumény 50
Du Mesnil de Rochemont 162
Dumon 20 152
Dumont 127
Dumoulin 150 162 174
Dunant 194
Dunbar 72 76 120 136
Duncan 70
Duncanson 64
Dungern (von) 47
Dunn 119
Dunning 184
Dunogier 115 124
Du Pasquier 16 110
Duperron 26
Dupeyrac 82
Duplan 58
Duplant 30 143 166 182
Duplay 107
Dupond 208
Dupont 38
Dupouy 20 26
Duprat 170
Dupraz 139
Dupré 91 135 171
Dupuy 140
Durand 26
38 118 122 142 150
170 203
Durand-Viel 50 191
Durante 6
30 32 44 98 202
Dürck 82
Duret 191 199
Düring (von) 30
47 151 179
Duroisel 6
Duroux 107
Dutoit 120
Dutton 170
Dützmann 67 136
Duval 35
38 91 179 180
Duvergey 26 171
Duville 26
Dwight 178
Dydynski (von) 171
Dyé 123
Dyer 143
Dzierzgowski 6 122 178
Dzirné 147

E

Eastman 31 172
Ebbinghaus 43 82
Ebel 199
Eberlé 26
Ebhardt 172
Ebner (von) 192
Ebstein 16
22 44 56 70 106
126 184 206
Eccles 191
Eckstein 15
Ecot 104
Edebohls 75
Edel 51 170 186
Edelheit 22
Eden 40
Edgar 200
Edgren 47 170
Edinger 138 178
Edlefsen 206
Edmunds 34
Edsall 84 119 144 167
Egger 91
Eggli 150
Eglauer 196
Eguise 16
Ehler 99
Ehlers 171
Ehrendorfer 100
Ehrenfest 112
Ehret 62
Ehrhardt 15 171
Ehrich 47
Ehrlich 70 71 150 174
Ehrmann 22
111 127 151 190
Ehrnrooth 87
Ehrström 76
Eichberg 195
Eicken (von) 15 131
Eijkman 146
Einhorn 26
70 82 114 122 128
132 146 163 178 186
Eiselsberg (von) 48
Eisenberg 75
Eisendrath 23 31 48
Eitelberg 48
Ekehorn 31 55 163
Ekgren 47
Ekholm 82
Ekstein 192
Elbogen 75
Elder 148 203 204
Elgart 151 159 186 206
Eliot 191
El-Khadem 150
Ellett 168 180
Elliesen 35 122
Elliot 88
Elliott 114 182 190
Ellis 126 166 170 202
Eloui Bey 43
Elsässer 127
Elsberg 148
Elschnig 55
Elsner 110 135 140
Elsworth 48
Elter 15
Elterich 124
Elting 75 83
Elworthy 160
Ely 30
31 84 147 190 204
Emanuel 54 67 166
Embden 70
Emile-Weil 22
Emmerich 76
Emmerling 32
Emptoz 38
Enderlen 71 115
Engel 70 154 198
Engelbreth 131 147
Engelhardt 27 30 155
Engelmann 56 68 194
Englisch 55
English 171 207
Engman 120
Engström 75
Enjalbert 150
Ensch 196
Enslin 43 67
Eppinger 86
Erb 115
Erben 62 104 138 182
Erck 108
Ercklentz 68
Erdberg (von) 148
Erdheim 15
Erdmann 22
119 123 128
Erlanger 50
Erlenmeyer 72 87
Ernautène 134
Ersettig 156
Erving 111 203
Escalier 155
Escande 58 184
Escande de Messières 56
Escat 120
Escher 32 55 203
Escherich 112
Escomel 112
Eshner 51 83
Esmann 123
Esmarch (von) 44
Esmonet 6 54
Espinouze 158
Espitallier 14
Esquerra 108
Essen-Möller 148
Esser 30
Esserteau 26
Etard 50
Etienne 38 90 122
Etiévant 67 152
Ettinger 158
Ettingshaus 167
Ettore 6
Eulenburg 114 206
Eustache 56
Evans 139 154 163
Eve 147
Evelt 31 156
Eversmann 48
Ewald 146 172
Ewing 130 208
Exner 74 140
Eyre 32

F

Faber 3
7 98 122 127 158
162
Fabian 142
Fabozzi 102 190
Fabre 116 122
Fabre née Boïarskaïa 14
Fabrini 175
Fabris 42 115 116 198
Façee Schaeffer 146
Fagault 190
Fage 20 128 164
Faguet 171
Fairbank 140
Fairbanks 164
Fairchild 123
Faisans 58
Faivre 44
Falconnet 66
Faldella 147
Faleur 190
Falk 179
Falkenburg 143
Fallier 128
Falloïse 18
Falta 195
Faltin 151
Famulari 190
Fanoni 120
Fantino 31 127 164
Faré 20 87
Fargin-Fayolle 54
Farkas 66
Farreras 99 184
Fasal 23
Fasching 56
Fasola 90
Fasquelle 127 146 168
Fatout 186
Faulkner 88
Faure 38 134 159 200
Favier 150
Favitzky 58 70
Favre 32 86 143
Fazembat 82
Fazio 7 66
Febvre 170
Feddersen 99
Fede 56 110
Fedele 60 64 192
Fedeli 51 90
Federici 107 119
Federmann 195
Federschmidt 86
Fehling 156 167
Feilchenfeld 59
Feillard 118
Feinberg 26
54 98 112
Feindel 166 199
Feistmantel 122
Feldman 200
Feldt 135
Felhoen 18
Felix 88 144
Félix 190
Fellenberg (von) 175
Fellner 31
67 100 140 143 146
155 192 200
Felt 76
Feltgen 142
Fennebresque 72
Fénoménov 200
Fenton 152
Fenwick 30 98
Féré 19
31 58 83 91 112
159
Ferenczi 127 163
Fergus 86
Ferguson 23
48 92 98 99 147
171 190
Fernando 195
Ferrai 176
Ferran 156
Ferrannini 3
14 22 27 30 43
47 58 74 82 122
154 178 179 182 186
206
Ferraresi 15 31 112
Ferrari 107 127 170 192
Ferrarini 182
Ferraton 179
Ferré 155 207
Ferrié 130
Ferrio 30 42
Ferron 20
Ferroni 60 67
Ferry 50
Fessard 110
Feyfar 3
Fibiger 7
Fichtner 154
Fick 35 40 159
Ficker 191
Field 70
Fieux 31
Fiévet 170
Figari 114 126 150
Fighièra 158
Figueira 160
Figuiera 58
Filia 64
Filippi 158
Filippov 88
Findley 72 123
Fingland 160
Finizio 3
16 56 110 140 152
Fink 135
Finkelnburg 114 115
Finkelstein 56 175 192
Finkler 32
Finlay 86
Finotti 43 90
Finsen 76 116 168
Finzi 42
Fiocca 64
Fiorentini 62 135
Fiori 62
67 107 114 142
Firth 27
Fisch 98 106
Fischel 159
Fischer 22
30 32 38 47 76
90 92 103 106 108
112 135 170 172 180
182 186 206
Fischl 36 72 76
Fischler 30
Fisher 156 163
Fiske 31
Fistié 134
Fitschen 160
Fittig 32 60 116
Fitz 30
Fitzgerald 180
Fitzpatrick 132
Flambart 122
Flamencourt 90
Flatau 19
62 66 98 102 138
147 163 174
Flechsig 62
Flechsner 134
Fleck 3
Fleiner 70
Fleischl 168
Fleischmann 84 191
Fleming 71 204
Flesch 144
Fleurian (de) 134
Fleury 139
Flexner 30
98 174 178 182
Fliess 87
Flint 110
Floderer 70
Florence 84
Florio 107
Floyd 42 142
Flügge 32 140
Focken 143
Föderl 171 188
Fogg 119
Folet 40
107 115 171 195 203
Folli 30
Fontaine 138
Fontana 184
Fontanié 54
Fontanille 44
Fonzes-Diacon 108
Foote 186
Forbes 98
Forest 50
Forgeot 146
Forget 122
Forgue 91 107
Forret 114
Forssell 52
Forssner 42
Forster 150
Förster 159
Fort 22
Fortescue-Brickdale 62
Fortun 107
Foucaud 90
Foucher 24
Fougère 18
Fouquet 158 174
Fournier 15
23 44 82 108 112
138 139 159
Fourrier 147
Foveau de Courmelles 148
196
Fowler 20
23 31 71 123
Fraenkel 143
Fragstein (von) 159
Franceschetti 26
Francesco 3
Francine 39 54
Franck 110
Fränckel 44
Franco 196 198
François 90
Frank 43
55 83 84 179 198
Franke 23
40 70 207
Fränkel 31
54 64 72 76 91
100 140 146 160 162
184 202
Frankenberger 76
Frankenhäuser 176
Frankl 31
84 144 160 208
Franklin 183
Franqué (von) 3 24 88
Franz 27
30 143 156
Frarier 38
Fraser 123
Fratti 56 207
Frattin 207
Frattini 136
Fraysse 130
Frazer 190
Frazier 31 131 199
Fréchou 122
Frederick 208
Fredet 6 59 200
Freeman 31 87 183
Freer 64 123
Freiberg 31 203
Frendl (von) 139
Frenkel 114
127 183 187 191
Frère 140
Fresson 14
Freudenberg 103
Freudenthal 64
Freund 14
43 55 56 60 88
100 115 124 191
Frey 60 92
Freyer 188
Freymuth 106 110
Frick 119
Frickhinger 15
Fridenberg 108 128 160
Friebös 120
Friedberger 148
Friedeberg 16
Friedenwald 31 163
Friedheim 130
Friedjung 64 120
Friedländer 31
87 91 202
Friedländer (von) 171
Friedmann 136
159 167 208
Friedrich 40
Friend 71
Frigo 114
Frisch (von) 103
Frischmann 172
Frizac 106
Frœlich 15 155
Fróes 208
Fröhlich 26 119
Frölich 148 170
Fromaget 152
164 171 175
Fromherz 186
Fromme 200
Frommel 44
Frommer 115 198 208
Frontgous 134
Frosch 102
Froussard 148
Fry 30
Fuchs 24
42 43 48 66 84
116 148 192 204
Fuchsig 72 139 155
Fuhrmann 32 163
Fujimura 207
Fuller 31 75 76 188
Fulton 198
Fumaioli 168
Fumarola 3
Fummi 171
Funaro 63
Funck 60
Funke 159
Funkenstein 54
Fürnrohr 155
Fürst 54 72 146
Fürstner 54
Fussell 28
Futcher 170
Füth 3 60 67 100
Fütterer 62

G

Gabarret 130
Gabbi 34 63
Gache 196 204
Gachet 18 58
Gaglio 6 92 100
Gagnière 68 131
Gagnoni 140
Gaiardoni 55
Gaide 163
Gailleton 43
Gaïsset 150
Gajkiewicz 183
Galabin 200
Galbraith 72
Galdi 66 142 198
Galeazzi 127 159
Galeotti 90 114
Galewsky 183
Galib 158
Galiénkovsky 119
Galimard 150
Galine 123
Galitsis 58
Galland-Gleize 198
Gallant 127
Gallatia 175
Gallavardin 52
98 135 150 155 184
190 195
Gallemaerts 48 115 155
Gallenga 22
Galletta 154
Galli 90 135
Galli-Valerio 32
Gallia 171
Gallichi 171
Gallina 90
Gallois 59 128
Galloit 82
Gallouin 38
Galloway 71 135
Galtier 31 92 171
Galvagni 119
Galvagno 16 108
Gambaroff 122
Gamlen 116
Gangitano 15 147
Gannouchkine 51 83
Gant 200
Gantois 170
Garampazzi 155
Garceau 23 59 99
García Lagos 171
Garçon 122
Gardavot 106
Gardini 15 19 175
Gareiso 128
Garel 204
Gargàno 51
Gariel 156
Garipuy 130
Garnier 86
92 135 150 154 194
195 204
Garrè 135
Garreau 58
Garrod 30
Garten 118
Gärtner 198
Gascard 154
Gascheau 50
Gasching 126 156
Gasne 204
Gasparini 22
Gassmann 75
Gassot 178
Gatteschi 16
Gatti 107 148 195
Gaubert 6 31 82
Gauchery 18
Gauckler 204
Gaud 150
Gaudiani 48 99
Gaudier 107 207
Gauducheau 150 182
Gaulejac (de) 204
Gaumé 66
Gauquelin 6
Gaussel 199
Gautheron 150
Gautier 126 134 200
Gautier-Dufayer 159
Gautrelet 84

Gavaudan 158
Gavazzeni 206
Gay... 34 114 179 184
Gay-Bonnet 150
Gaylord 123
Gazet 150 167
Gebele 83 155
Geelmuyden 74 82
Geipel 44 62
Geiser 194
Geisler 180 192
Geldner 192
Gélibert 55
Gelin 38
Gellé .. 20 135 191 202
Gemelli 170 172 184
Genersich (von) 23
Gengou 14
Géniaux 38
Geniès 134
Genser (von) 51
Gensollen 26
Gentes 34 70 86
Gentile 6 136
Georges 103 150 164
Georget 114
Georgi 40
Gérard 86
110 135 140 152
Gerassimovitch .. 114 203
Géraud 48 163 187
Géraudie 158
Gerbaud 104
Gerest 30
Gerhardt 82
Gerlach 46 84
Germain 158
Germani 14 170
Gerngross 163
Gershel 75
Gerson 28
Gerst 54
Gerster 147 191
Gersuny 48 175
Gervino 98 116
Gerzabek 72
Getman 163
Gevaert 60
Geyl 112 139
Gezès 38
Gfeller 15
Ghazarossian 106
Ghedini 42 174
Gherardi 108
Ghetti 40
Ghirelli 122
Giacomelli 18
139 155 183
Giampietro 28
Gianelli 207
Giani 15 44 123
Giannattoni 107
Giannelli ... 58 107 111
Giannettasio 187
Giannuzzi 138
Gibbon 75 135 187
Gibney 159 191
Gibson 20
22 110 162 171 191
202 203 206
Giedgowd 30
Gierke 42
Gies 90 162
Gieschen 160
Giffard 90 106
Gifford 196
Gigli 3 24 31 160
Gilardoni 98
Gilbert 92
120 200 204 208
Gilchrist 30
Gilet 38
Gilfillan 171
Gilford 30
Gill 179
Gillespie 48
Gillet 54
58 98 150 182
Gilli 195
Gilliam 208
Gilliland 132
Gillot 14 66
Gilman 108
Gîndus 22
Ginestous 171 175 208
Ginner 58
Ginsberg 62
Gioelli 136 154
Giordano 48 179 191
Giorgi 122 140 207
Giovannini 23
Girard .. 26 31 46 150
Girard (de) 22
Girardi 55
Giraud 58 112 195
Giraudeau 106
Giraudet 114
Girault 134
Girod 186
Giroux 126
Githens 122 195
Gittings 160
Giudice 18
Giudiceandrea 131 186
Giuliano 31
Giuntoli 132
Giuranna 6 18 30
Glais 58
Glas 30 168
Glaser 190
Gläser 195
Glatard 150
Glinski 54
Gloaguen 26
Glockner 138
Glogner 63 70
Glorieux 3
63 107 119 135
Gluck 48
Glück 170 179 202
Glynn 15
Goadby 52
Goas 106
Göbel 48
Göbell 40 203
Gobinot 38
Godard 178
Godart-Danhieux 3
30 195
Godefroy 186
Godin 50
Godineau 82
Godts 42
Gœbel 42
Goedhuis 163
Goelet .. 31 40 148 175
Goemans 195
Goéré 3
Goetjes 91
Goffe 60 92
Gofschneider 158
Goj 107
Goldan 88
Goldberg 171
Goldberg-Zlatogorov .. 146
170
Goldflam 187
Goldman 68
Goldmann 152
Goldner. 20 28 148 196
Goldreich 44
Goldscheider 51 179
Goldschmidt 150
Goldspohn 3 208
Goldstein 76
Goldwater 122
Golesceano .. 20 92 192
Goliner 148
Golla 86
Göllner 55
Goloubov 179 182
Goltman 168
Gombault 171
Gomes de Rezende 98 104
Gómez Ocaña 98
Gonella 36
Gonin 24 59
Gönner 176
Gontermann 115
Gontier de la Roche .. 106
170
Good 60
Goodall 186
Goodridge 15
Göpel 183
Gorchkov 7
Gordinier 163 194
Gordon 63
76 119 126 136 195
204
Gore-Gillon 203
Görl 88 128
Gorodtzov 43
Göschel 48
Gosio 102
Gossett 180
Gotard 31
Goth 75 84
Gotschlich 111 163
Gottheil 56
Gottlieb 186
Gottschalk 88
167 180 184 200
Gottstein 135
Gouberman 146
Goubert 158
Gouin 190
Goulard 110
Gould 31
72 135 199 203
Goullioud 46 91
Gouraud 106
Gourdon 138 152
Gourevitch 58
Gourfein 75
Gourmand 178
Goyens 204
Goyon (de) 134
Gozdzicki 104
Grabié 58
Gradenigo 139 168
Gradenwitz 44
55 100 108
Gradle 196
Graf 107
Gräfe 144
Graham 152 164
Gram 64 196
Grancher 140
Grand 46
Grandclément 2
Grandi 67
Grandin 32
Grandjean 22
Grange 38
Granier 18 158
Granjon 126
Gras 38
Gräser 152
Grassberger 32
Grasset 47
63 83 91 128 159
168
Grässner 195
Gratier 126
Gratiot 6
Grauer 20
Graul 66
Gräupner 42
Gravagna 119
Graves 172
Gray 88
Green 116
Greene 35 120
Greenfield 180
Greenough 31
Gregersen 67 150
Gregor 24
Gréhant 108
Grekov 48
Grellety 184
Grelley 50
Grenier de Cardenal... 19
Grevsen 155
Grèze 58
Griffin 107
Griffith 23
36 48 58 86 127
180 188
Grim 82
Grimaldi 176
Grimbert 54
Grimm 90
Gripon 114
Grivot 58
Grixoni 32 44 106
Grober. 14 51 63 114
Grocco 106
Grognard 150
Gromyko 123
Grön 148
Gros 3 14
Grosbon 38
Gros-Devaud 50
Grosjean 142 195 202
Gross 22
23 55 67 115 118
127 140
Grosse 167
Grosser 119
Grossman 92 122
Grossmann . 136 196 203
Grosz 23 147
Grósz (von) 64
Groth 51
Grotjahn 140
Grouzdev 48 88
Grubbe 44
Grube 103
Gruber 134
138 184 194 198
Grudzinski 147
Grumbach 150
Grünbaum 144
Grünberger 35
Grüneisen 91
Grünenwald 186 190
Grunert 32 88 108
Grüning 180
Grunmach 16 84
Grünwald 92 136
Grusdew 3
Grützner 190
Guaita 56
Guarnieri 82
Gubert 172
Gucciardello 23
Guder 200
Gudjohnsen 135
Guebstein 30
Guégo 18
Guelsinguius 202
Guenard 106
Guéniot 106
Guérard (von) 24
Guérault 126
Guerchoune 111
Guerder 68
Guérin 2
32 58 90 172
Guermonprez 119
Guerra y Estapé 152
Guerrini 126
Guervère 51
Guézennec 112
Guglielminetti 144
Guibal 66 151
Guiblain 206
Guicciardi 128
Guichard 150
Guichot 26
Guichoux 26
Guida 119
Guidi 42
Guilbaud 15
23 75 184
Guillain 51
71 91 179
Guille-Desbuttes 126
Guilleminot 16 56
Guillet 6
Guillon 38
Guilloz 16 60
Guimarâes 88
Guimbail 56 84
Guindesse 116
Guinsbourg 58
Guiot... 14 38 108 208
Guitard 58
Guiteras 31 86 123
Guizzetti 206
Guleke 178
Gulland 48 186
Gümbel 74
Gumprecht . 52 148 188
Gunsett 71
Günther 146
Gunzburg 104
Gurucharri y Echauri. 92
Guszman 22
Guth 150 159
Guthrie 107 108 148
Gutiérrez 107 155
Gütig 154
Gutmann 66 103 178
Guttman 132
Guyet 26
Guyon 67 114 175
Guyot 128 172 202
Gwyn 122
Gyr 194

H

Haab 180
Haag 171
Haakma Tresling 118
Haas 126
Haasler 23
Haberer 71 99
Habhegger 119
Habs 127
Häckel 48
Hacker (von) 48
Haden 59
Hädicke 116
Hädke 43
Hadlich 122
Haelewyn 26
Haga 207
Hagelstam 83
Hagemeister 74
Hagen-Torn 138
Hagenbach-Burckhardt 36
107
Hager 159
Haggard 91
Haguin 172
Hahl 31
Hahn 24
31 34 40 55 64
160 190 200
Hähnle 196
Haig 30 162 200
Haike 184
Haim 100 155 174
Haines 76 164
Hajek 48
Hála 56
Halban 88 134 198
Halberstädter 83
Hale 196
Halgand 172
Halipré 187 206
Halkin 91
Hall 22
30 31 70 82 83
87 108 170 172 174
191 194 196
Hall-Edwards 148
Hallager 91
Hallauer 199
Halle 192
Haller 32
Halliburton 162
Halpern 34
42 44 150 163 174
182 206
Halstead 31 91
Ham 158
Hamburger 34
82 102 135
Hamel 22
Hamill 140 143
Hamilton 28
54 66 143 160 182
Hamm 64
Hammacher 83
Hammer 156 168
Hammerschlag 136
Hammes 155
Hammesfahr 115 143
Hammond 99
Hampeln 54
Hand 191
Hánel 87
Hanicki 202
Hann 176
Hanna 100
Hannequin 154
Hansemann (von). 178 207
Hansen 20
23 54 99 128 159
Hansson 195 203 204
Hansteen 191
Hanszel 55 120
Happel 170
Harbin 174
Harbitz. 24 62 146 198
Harckman 162
Harden 150 192
Hardin 107
Hardiviller (d')... 166 183
Hardoüin 136
Hare 3 32 108
Hári 75
Harland 120
Harlow 184
Harper 32 195
Harrington .. 108 112 204
Harris 28
30 116 174 195
Harrison 120 146 147
Harslöf 135
Hart 162 190
Harte 147
Hartley 175
Hartmann 30
67 91 135 188 204
Hartog 158 207
Hartridge 171 196
Hartwig 204
Harvie 107
Hasebroek 87 154
Haskovec 30
43 47 83
Haslund 195
Hasse 46
Hassin 191
Hasslauer 131
Hassler 43 207
Hastings 106
Hau 150 155
Hauffe 75
Hauger 99
Haultain 72
Hausman 75 116
Hausmann 15
Hautefeuille 16 170
Havelburg 155
Haven 163 180
Hawkins 70
Hawley 203
Hawthorn 38 47
Hawthorne 147
Hayashikawa 63
Hayat 158
Hayd 20
Haymann 143
Heaney 146
Heath 6
Hecht 64 66 183
Heckenroth 26
Hecker 43
Hecker (von) 36
Heddaeus... 23 67 155
Hedenius 7
Hedinger 15 163
Hedley 200
Hedrén 44
Heerfordt 172
Heermann 128
Hegar 44 200
Heiberg 15 23 135
Heidemann 160
Heidenreich 110
Heidingsfeld 42 143
Heilbronner 51 88
Heim 176
Heiman 120 172 204
Heinatz 31 70
Heine 30
132 176 200 208
Heineke 191
Heinemann 120
Heinrich 26
Heinricius .. 3 203 207
Heinzelmann 135
Heitler 138
Heitz 114
Heitzman 60
Heitzmann 34
Hekma 102
Hektoen 82 102 191
Helbron 67
Heldenbergh 30 47
Helferich 40 48
Hellendall 159
Heller 19
27 68 90 91 106
143
Hellesen 3 74
Hellier 148
Hellion 114
Hellström 55 151
Hellwig 191
Helme 84
Hémard 206
Hémery 38
Hemmeter 82 110 126
Hénaff 47
Henderson 3 194
Hendley 195
Hendrickson 130
Hendrix 19 64
Hengge 56 72
Henkel 3 48 167
Henneberg .. 3 179 180
Henoch 128
Henriet 170
Henriksen 48 87
Henry . 76 131 150 163
Henschen 23
30 99 138
Hensen 138
Hepner 28 107
Hérail 43
Herbaux 170
Herbert 52 59
Herff (von) 48
Herhold 48 91
Hering 126 142
Hérissey 54
Hermabessière 150
Herman 60 127
Hermanides 207
Hermann 42
98 196 207
Hermant 26
Hermes 108
Herrera Vegas 128
Herrgott 3 15
Herrick. 22 30 180 182
Herring 203
Herrman 108
Herrouet 118
Herschell... 162 168 200
Herter 14 50 186
Hertle 166
Hertwig 50
Hertz 124
Hertzka 15
Hervoit 126
Hervouet 138
Herxheimer. 43 111 194
Herz 3
63 84 92 99 172
Herzberg 52
Herzen 151 195
Herzfeld 163
Herzog 66
Hess 3
30 183 191 198
Hesse 56 64 163
Hessert 71
Hessing 131
Heubner 3 54
Heuls 150
Heurtaux 131
Heuser 24
Heveroch 114 127
Hevesi 184
Hewetson 71
Hey 202
Hibbs 159
Hicks 160
Higgens 164
Higgins 108 120
Higley 191
Hildebrand 31
43 51 55 59
Hildebrandt 40 139
Hildreth 32
Hilgenreiner 135 164 191
Hill 48 130
Hiller 15
Hillier 70
Hilsum 63
Himmel 47 70 75
Hinsberg 166
Hints (de) 31
Hippel (von). 19 151 199
Hirn 103
Hirsch 66
71 167 194 200
Hirschberg .. 23 51 147
Hirschfeld 16 182
Hirschhorn 54
Hirschl 55 144
Hirschman 122
Hirst 128
Hirt 35 158 192
His 146
Hiss 76
Hitchens 122
Hitschmann 60
110 138 139 144
152 160
Hitzig 179 206
Hnátek 3
Hoagland 114
Hobbs 143
Höber 42
Hoche 27 34 198
Hochenegg 23
Hochhaus 18 55
Hochsinger 8 91
Hock 23 167 188
Hodara 147 156
Hödlmoser 3
Hoefnagel 7
Hofbauer 42
60 100 126 142
Hoff 20
Hoffa 207 208
Hoffmann 30
47 63 118 182 191
Höflmayr 58
Hofmann 19
23 36 63 75 84
135 162 171 175 196
207
Hofmeier 48
64 160 164
Hofmeister 23
28 52 119
Hohlfeld 20 36 156
Höhne 75 120
Holden 147
Holitscher 160
Hollen 120
Hollick 208
Hollopeter 60 168
Hollweg 3
Holm 123
Holmes 84 99 108 136
Holmsen 103
Hölscher 51

Holsti 76
Holth 67 148 208
Holub 86 168
Holzknecht 136 156
Homburger 63
Home 126
Homén 82
Honl 27
Honoré 114
Honsell 51
103 159 191
Hooker 176
Hoor 24
Hoorweg 130
Hoover 34
Höpfner 115
Hopkins 60
123 171 180
Hopmann 131 151
Hoppe 51 83 148
Hoppe-Seyler 68
Horrocks 27
Horsley 59 107 203
Horst 3
Horton-Smith 91
Horwitz 75 91
Hösel 35
Hösslin (von) 27 35 90
Hotz 115 144
Houillon 142
Houllier 14
Houpert 128 138
Houston 202
Houzel 75 110
Howard 58 127
Howe 70
Howitt 207
Hrach 88 143
Huber 31
83 90 107
Hubert 190
Huchard 58 162
Hudovernig 86 171
Hudson 127 166
Hue 140
Huertas 190
Huet 176 192
Hugelshofer 192
Huggard 195
Huguenin 106 158 206
Huguier 54
Huhner 99
Huie 191
Huismans 43 66
Hulbert 172
Hull 76
Hulleu 187
Humbert 194
Humiston 23
Hunner 135
Hunt 143
Hunter 32 63
Huntington 51
Huot 134
Hüppe 103
Hurd 147
Hurtley 186
Hutchings 55 183
Hutchison 116 172
Hyde 56 115

I

Iapichino 20
Iberer 127
Ibn Sina 44
Icard 196
Idelsohn 67 163
Ignatieff 158
Ignatowsky 183
Ihl 88
Ihrig 171
Ilberg 30
Ill 48 203
Illoway 107 184
Ilvento 44
Imbert 59 131
Imhofer 148 168
Immelmann 122
Immermann 199
Impens 107
Imrédy (von) 63
Indemans 155
Ingalls 172
Ingals 76
Ingelrans 3
18 51 99 106 110
111
Inouye 66 115 143
Introna 54 182
Ioteyko 87 110
Iovane 74 116 192
Iraso 182
Iribarne 58
Irish 28
Isaacs 123
Isaia 23
Isay 54
Iscovesco 18
Iselin 54
Isham 56
Isidori 144
Isnardi 99
Israel 55
88 90 99
Ito 47 131
Ivanov 16
67 104 110 151 152

J

Jaboulay 18 150 199
Jack 123
Jackson 75 106 119 199
Jacob 34 122 207
Jacobæus 98
Jacobi 43
52 60 91 207
Jacobsohn 35
47 62 90 98 102
126 138 160 174
Jacobson 82 83 182 199
Jacobsthal 67 107
Jacoby 15 106
Jacoel 126
Jacomet 71
Jacovidès 59 64
Jacques 124
200 203 207 208
Jacquet 54 199
Jacquey 56
Jadassohn 75 159
Jaffé 148 206
Jäger 186
Jägerroos 36
Jagic 110
Jahreiss 8
Jaklin 24
Jaksch (von) 27 190 202
Jambon 50 172 175
James 27 163 191
Jamieson 30 60 191
Jamin 154
Jancsó 34 118
Janet 47 83 139 199
Janeway 183
Jankelevitch 60
Janowski 42 43 47
Janssen 188
Januszkiewicz 163
Janvier 58
Jaques 27
Jardine 36 128 175
Jardini 15
Jaulin 144
Jauneau 134
Jdan-Pouchkine 88
Jean-Roger 108
Jeannel 131
Jeannin 204
Jeanselme 207
Jedlicka 171
Jegormin 166
Jehle 164
Jelke 50
Jellachich 63
Jelliffe 100
Jellinek 30
32 56 62 66
Jemma 72 112
Jendrassik 15 27
Jenista 166
Jennings 108
Jensen 7
67 91 132 155 176
Jenssen 143
Jentzer 103
Jervey 75
Jesionek 75 200
Jex-Blake 146
Jicinsky 136
Joachim 154 198
Joachimsthal 19
91 103
Jochmann 191 195
Joffroy 171 207
Johnson 86
100 171 175
Johnston 128 166
Jolles 66 139 182 188
Jolly 24 159
Joly 6 150
Jolyet 62
Jonas 110
Jones 20
34 54 59 72 90
180 196 198 208
Joneway 82
Jonitescu 127
Jonnesco 187
Jopson 74 160
Jordan 51
71 99 107 127 139
151
Jore d'Arces 50
Jores 98
Joron 50
Josefson 174
Joseph 43 44 104 159
Josephson 104
Jouanin 118
Jouffray 154
Jouhaud 106
Joukovski 8 100
Jourdain 154
Jourdan 199
Jourdin 22
Jourdran 124
Jouve 186
Joxe 126
Judet 107
Judson 34
Juliusberg 63 87
Julliard 22 207
Jundell 88 155
Jung 120 196 207
Jungmann 15
Jungnickel 171
Juquelier 202 206
Jürgelunas 191
Jürgens 51 111 191
Jürgensen (von) 106
Jurinka 208
Justement 144
Justus 23 38

K

Kabloukov 207
Kaeppelin 191
Kafemann 100
Kahane 42
Kahlbaum 104
Kahn 35 92
Kaiserling 190
Kalberlah 182
Kaliapine 170
Kalischer 155
Kaliski 90
Kalistratov 59
Kalita 126
Kallmeyer 147
Kaloyeropulos 83
Kalt 92 103
Kalteyer 187
Kamann 84
Kamen 52
Kaminer 42 122
Kanazirsky 158
Kander 28 67
Kanellis 22
Kantor 158
Kanzki 180
Kaplan 87 174 184
Kaposi 51
Kappeler 40
Kappis 199
Kapsammer 59
71 83 144
Karb 116
Karewski 23
44 111 171
Karfunkel 18
Karlinski 84 202
Karlow 187
Karnizki 68
Karrenstein 162
Karschulin 131
Karwacki 30 183
Kasarinov 118 196
Kasassova 22
Kashiwamura 62
Kasparek 15
Kassel 19
Kassowitz 30 120 158
Kast 66 114 154
Kasten 158
Katholicky 114
Kattwinkel 35
Katz 88 126 188 200
Katzenstein 40 67 70
Kaufman 48
Kaufmann 14
27 66 68 202 203
Kausch 159
Kayser 18
27 52 62 83 91
120 135 172 175
Kedzior 35
Keen 98 132 191
Keferstein 156
Kehr 31 131 187
Keiler 31
Keitler 160
Keller 8
31 34 104 176
Kelling 27 74 91 138
Kelly 31
34 48 50 195
Kelsch 64 104
Kelynack 86
Kemp 56 108
Keniston 87
Kennard 148
Kennedy 84 126 183
Kenwood 164
Kerambrun 126
Kérangat (de) 138
Kéraval 203
Kerley 140 160
Kermauner 36
Kermorgant 119 123 191
Kerr 136
Kerschensteiner 60
Kertész 131
Kétly (von) 142
Kevin 143 147
Key 119
Keydel 151
Keyes 36 175
Kharitonov 52
112 116 172
Khokhriakov 151
Khotounzev 138
Khouri 24
Kieffer 90
Kienböck 32 54 178
Kiener 14
Killian 16 72 168
Kilmer 148
Kime 32 100
Kindermann 194
King 15 132 136
Kingdon 160
Kinnicutt 34
Kionka 44
Kipp 108
Kiproff 186
Kirchgessner 103
Kirchheim 31
Kirchhoff 107
Kirchmayr 28
Kirikow 3
Kirsch 172
Kisch 86 92
Kiss 83 170
Kissinger 119 207
Kister 44
Kittel 148
Kiwull 44
Klaussner 51
Kleefeld 42
Klein 47
66 72 126 150
Kleine 187
Kleinertz 16
Kleinhans 24
Kleinwächter 24 88
Kleist 166
Klemperer 68
126 130 138 143 158
Klibansky 18
Klieneberger 154
Klimmer 68
Klingmüller 8 158
Klippel 54 143 204
Klopstock 3
Klug 99 204
Klynens 195
Knapp 2
3 24 36 42 74
82 88 90 123 144
184 202
Knauer 123
Kneass 128
Kneise 184
Knoop 71 128
Knöpfelmacher 188
Knotté 204
Knotz 107
Knox 172
Kober 36 112 183
Kobert 16 44 124
Kobler 191
Kobrak 68
Kobsarenko 42
Koch 3
8 31 51 90 102
139 143 147 175 178
Kocher 51 139
Kock 24
Kocks 8
Koettlitz 16 138 139 206
Kofmann 75
Kogan 147
Köhler 23
31 46 106 152 154
200
Kohn 91 156 187 190
Kohnstamm 127
Kojoucharoff 22
Kokoris 179
Kolbassenko 87
Kölichen 19
Kolipinski 44 124 188
Kolisch 198
Kolischer 24 171
Kollarits 22
Kolle 32
114 138 163 206
Kölliker 38
Kolomenkin 88
Kolossova 22
Kölpin 187
Koltchevsky 208
Kölzer 187
König 3
40 71 103 143 155
175
Königstein 124 132 150
Konrádi 143
Kontorovitch 154
Kopczynski 43
123 155 159
Kopetzky 204
Kopke 98 104
Koplik 20 128 176 187
Köppe 86 190
Köppen 67 138
Koreck 90
Korff 207
Kornilow (von) 71 119
Korobkow 3
Korovitzky 104
Korschun 6
Korte 187
Körte 51 92
Korteweg 87 184 187
Kos 164
Kose 34 42
Kosinski 188 196
Koslowski 155
Kossmann 48 204
Kostelianetz 180
Köster 67
Kouchev 90
Kouchnir 44
Kouliech 34 115
Koun 134
Kourina 22
Kouwer 160 184
Kouyoumdjian 58
Kouzmine 111 128
Kovalevsky 124
Koziczkowsky (von) 34
206
Kozlowski 19
Krafft 84
Krafft-Ebing (von) 27
47 102 179
Kraft 55 62 200
Krähenmann 67
Kramer 112
Krämer 127
Kramm 3
Kräpelin 35
Kratter 56
Kraus 3
8 34 42 68 76
150 159 163 167
Krause 43
59 142 158 195 207
Krautwig 24
Kravkov 114
Krebs 8 152 196
Kredel 43 55
Krefft 112
Kreidl 42
Kremenchousky 22
Kremm 16
Kresling 64
Krestine 22
Kretz 140
Kreuter 111
Kreutz 164 180
Kreutzmann 24
Krewer 24
Kriegel 140
Krieger 183
Kristinus 51
Krogius 75 156
Krokiewicz 98 122
Kromayer 23
Krömer 52 192
Krompecher 162 166
Kron 163
Kronenberg 88
Kronfeld 140
Krönig 16 191 199
Krönlein 59
Kronthal 6 58
Kropac 171 207
Krotov 115
Krüger 131 147 178
Krukenberg 142
Krukowa 194
Krull 8
Kruse 56 66
Kryjanowski 58
Krymov 167
Krzysztalowicz (von) 59
75
Kucharzewski 178 202
Kucher 148
Kuckein 42
Kuh 207
Kuhn 28
36 40 66 71 119
122 155 175
Kühn 34 114 172
Kühne 107 119
Kühner 24 158 159
Kümmell 59
Kumpf 86
Kundrat 120
Kurka 24
Kurpjuweit 110 112 174
Kurrer 64
Küster 43
Küstner 48 68 175
Kuttner 42
Küttner 28 31 43 51
Kutvirt 32 44 132
Kuvlieff 194
Kuyk 56
Kworostansky 167
Kyes 6 47 182

L

Laache 126 198
Laband 39
Labarrère 26
Labarrière 111
Labat 132
Labbé 50
82 106 182 199
Labeyrie 43
Labhardt 128
Labignette 14
Laborde 6
Labougle 90 207
Labrousse 106
Labussière 50
Lacapère 6
Lacassagne 76
108 164 176
Lacerda (J. B. de) 147
Lachs 168
Lackie 64
Lacombe 118
Lacoste 134
Ladd 88
Lademann 90
Ladendorf 86
Lafargue 138
Laffargue 26 186
Laffont 179
Lafite-Dupont 16
58 88
Lafoscade 150
La Garde 35
Laghi 122
Lagrange 108
118 126 128
Lagriffoul 26 202
Laguesse 18 178
Laidlaw 130
Laignel-Lavastine 54
103 104 202
Laigre 114
Lair 126
Laird 100
Laisney 50 114
Lakah 24
Lake 52
Lalanne 166
Lallich (von) 179
Lamacq-Dormoy 68
Lamari 110
Lamas 55
75 143 151 187
Lamb 100 134
Lambert 6 18 31 106
Lamblin 58
Lambling 62
Lambret 23
24 67 112 187
Lamhofer 130
Lamouzèle 140
Lance 90
Lancelin 26
Landau 34 42 47 123
Landerer 35 43
Landi 106
Landolfi 46
Landon 126
Landry 82
Landsberg 182
Landsteiner 34
110 134 198
Landström 88 195
Landtsheer (de) 90 191
Lane 6 131
Lang 27
59 122 190 203
Lange 36 43 55 208
Lange (von) 70
Langelaan 71
Langemak 3
51 55 131 207
Langer 87 134
Langer (von) 34
Langerhans 99
Langevin 54 108
Langlois 170
Langmann 62
Langovoï 23
Langstein 8
138 182 204
Langstroth 179
Lannaux 38
Lannois 15
43 139 159 179
Lanz 3 56 70
Lapersonne (de) 67
120 208
Lapicque 158
Lapinsky 27 203
Laplace 35
Laporte 142
Laprade 6
Lapresa 148
Laquer 147
Laquerrière 16 60 136
Laqueur 47 68
Lardy 183
Laroche 142
Laroche de Féline 134
Larré 50
Larroque 99
Laslett 202
Lasserre 42 134 194
Lassueur 22
Latarjet 167
Latham 27 51
Latis 43 46 112
Latkowski 183
Latour 108
Lattes 116
Latzko 166
Laubie 114
Laubry 118
Lauder 123
Lauenstein 43 195
Laumonier 52
Launay 59
Launois 92
Laurans 158
Laureati 56
Laurens 130
Laurent 38 58 178
Lautenbach 84
Lautier 136
Lautmann 204
Lauvray 142
Lauwers 208
La Vecchia 176
Laveran 19
Läwen 135
Lawrence 196
Lawson 88 91 156
Lazarus-Barlow 174
Leake 128
Le Bec 208
Lébédeff 22
Leber 164
Lebet 99

Leblanc 100 134
Le Bossé 50
Le Bouvier 134
Lebreton 190
Le Breton 178
Lecerf 114
Leclainche 30
Le Clech 50
Leclerc 54 66 92 110 118 206
Leclerc-Montmoyen 154
Leclercle 38
Lecointe 186
Lecomte 74
Leconte 167
Le Conte 28 36 87
Lecoq 198
Le Couëdic 6
Lecouillard 118
Le Damany 58 98 110 130 134 166
Lederer 36
Lederman 72
Ledermann 19
Lediard 147
Ledouble 207
Leduc 24 26 136 160 176 196
Lee 107 119
Lefas 54 150 198
Lefebvre 170
Lefèvre 63 170
Le Fort 66 99 106 111 119 155 171 195
Leftwich 6 106
Legal 26
Legaye 18
Légé 106
Legendre 18
Leger 26 99 115
Léger 70 206
Legillon 90
Legnani 123
Le Goaon 26
Le Goïc 82 183
Legou 54
Legrand 52
Le Guiner 134
Lehmann 207
Lehndorff 138
Lehr 55
Leichnam 66
Leiner 36 44 144
Leishman 115
Leiteisen 6
Leitner 67
Lejars 19 35 92 195
Lejonne 50
Leleux 170
Lélu 190
Lemaire 16 106 138
Lemaistre 106
Le Maitre 134
Lemanski 19 91
Le Marchand 126
Lemarié 76
Lemasson-Delalande 6
Le Méhauté 112
Le Meignen 56 150 154
Lemerle 114 130
Le Meur 58
Le Moignic 26
Lemoine 3 32 63 74 86 92 126 132 142 154 199
Le Moine 51 163
Le Moniet 135 144
Le Monnier 50
Lemos 87 104
Lempe 91
Lengemann 35 131 135
Lenglet 111
Lenhartz 150
Lenhossék (von) 62
Lennander 23 167 195
Lenné 98 156
Lenoble 3 30
Le Noir 52
Le Norcy 198
Lenormant 54 92
Le Nouëne 54
Lentz 32 140
Lenzmann 199
Leo 32 34 168
León (J. de) 83 143
Léon (S. V. de) 106
Leonard 76 136
Leonardi 154
Leone 84
Leopold 8
Lepeut 60
Lepierre 64 100
Lépine 22 27 43 86 182 194 202 207
Leplat 114
Leprince 59 76 108
Lerat 58 170 196
Lère 38
Lereboullet 119 200
Leredde 76 163
Léri 143
Le Ridant 130
Lerivrain 198
Leroueille 158
Lerouge 170
Leroux 206
Le Roux 108 192
Leroy 186
Le Roy 134
Lesbre 146
Lescure 134
Lesieur 22 62 100 136
Le Sourd 18
Lespinasse 124
Lesser 143 152 191 195
Lesser (von) 43
Lessing 23 184
Lestelle 198
Lesueur 114
Leszynsky 47
Létot 162
Lettau 167
Letulle 138
Leube (von) 154
Leubuscher 128
Leuret 198
Leuzzi 104
Levachov 34
Levaditi 22 66
Levasseur 178
Levassort 118
Leven 91 135
Lévêque 124 154
Levesque 82 198
Levet 26 154
Levi 86 183
Lévi 92 171
Levi-Bianchini 176 179 187 191 204
Levien 3 123
Levier 26
Levings 183
Levison 203
Levy 42 72
Lévy 54 142
Lévy-Bing 18
Lévy-Dorn 160
Lewerenz 155
Lewers 36 172 188 204
Lewin 100
Lewinson 34
Lewis 36 123 156
Lewisohn 143
Lewy 58 104
Lexer 23 155
Leyden (von) 16 34 51 84 102 114 126 130 158 208
Lhomme 38
Lhota 118 126 208
Lhuillier 118
Liantz 87
Libman 111
Licci 106 182
Lichtenauer 68
Lichtenfelt 32
Lichtwitz 178
Lickley 194
Liebe 47 108
Lieberthal 31
Lieblein 3 87 107 188
Liebmann 51
Liebrecht 139
Liebreich 20 36 72 82
Liebscher 63
Liégard 118
Liéjnev 111
Liell 175
Liepmann 48 86 192 200
Liersch 207
Lièvre 82
Lignières 203
Ligorio 16 44
Lihou 172
Lile 147
Lilienfeld 67 83 91
Lilienthal 107 147 203
Lima 23 132
Linard 54
Lindenthal 60 72 75 144 160
Lindner 51 63 87
Lindsay 90
Lingelsheim (von) 62
Liniger 67
Link 27
Linser 47 87
Lion 138 182
Lionti 87
Liosner 162
Lipffert 191
Lippert 119
Lipschütz 150
Lipstein 42
Lissar 110
Lissauer 64 144
Lithgow 208
Little 191
Littlejohn 64 76
Littlewood 119
Livingston 84
Livon 198
Ljunggren 43
Lloyd 76
Löb 55 126 196
Lobenstine 204
Löbl 150
Löblowitz 27
Lockard 100 124
Locke 126
Lockwood 139 156
Lodato 148 162
Lodge 44
Lodi 154
Loeb 58 98 106 122 123 170
Lœper 6 54 208
Lœw 178
Lofton 84 191
Löhlein 27
Löhnberg 64
Lohnstein 59 67
Loir 91
Loiseau 176
Loison 156
Lomax 60
Lombard 179
Lombroso 104
Lommel 163 170 176
Lo Monaco 26
London 3 68
Long 122 124
Longard 59 139
Longcope 34
Longeau-Lagrange 130
Longfellow 99
Longridge 35 195
Longyear 208
Lönnberg 64
Lonria 203
Lopez 156
Lopriore 156
Lorand 75 122 184
Lord 43 183
Loree 147
Lorentz (von) 198
Lorenz 35 87 102 150 154 171
Lorenzo 18
Lorenzoni 51
Loret 24
Lorier 50
Lorrain 206
Lortat-Jacob 90 182
Lortet 191
Lossen 3 164 195
Loth 120
Lotheissen 55 71 102 107 191
Lothrop 156
Lotine 59 148 167
Loubet 162
Loubry 110 170
Louis 142
Louit 82
Loumeau 15 107
Louveau 118
Lövegren 76
Lovera 186
Lovett 116 127
Lovrich 172
Lövy 19
Low 71 86
Löwe 156 168
Löwenbach 59 67 104
Lowenburg 108
Löwenfeld 47
Löwenheim 199
Löwenstein 114
Löwenthal 35
Löwit 202
Lowson 71 74
Löwy 62 163
Loy-Peluffo 32
Lubarsch 34 42 46 198
Lublinski 180
Lucas 147 170
Lucas-Championnière 191
Lucatello 50 102
Luce 22 154
Luciani 100
Lucibelli 158
Lücke 48 92
Luckett 116
Lucksch 58 86 142 150
Ludloff 68 171
Lugiato 158
Luithlen 36
Luke 191
Lumière 160
Lumineau 206
Lund 119 171
Lundborg 191
Lunn 203
Lupino 184
Lüthje 6 16 19 190
Lutier 118
Lutz 151
Luxardo 171
Luxenburger 98
Luzzatti 56
Luzzatto 34 119 178
Lycklama à Nyeholt 207
Lydston 203
Lyle 123
Lyon 172 176
Lyonnet 156
Lyons 54

M

Maag 176
Maas 134 192
Maasland 55 160
Maass 151
Mabin 66
MacAdam 163
Macalister 72 130
Macartney 207
MacAuliffe 126
MacCallum 86 110 194
Maccarone 44
MacConkey 156
MacDougall 67
Macé 90
Macfadyen 150 156
Machard 172
Machold 91
Machon 147
Macintyre 116
Mackenzie 147 202 204
MacLennan 195
Macleod 71 75 115 130 158 184
Macnamara 87
Macphatter 159
Macpherson 87
MacPherson 180
Macrez 160 168
Macris 15
Macron 178
Madden 43 71
Maddox 44
Madelaine 6 18
Mader 51 60
Madinier 156
Madrid 104
Madruzza 131
Madsen 55 88
Maffucci 150
Magé 67
Maggiolo 151 174
Maggioni 196
Maggiora 144
Magill 30
Magnan 88 192
Magnanini 63 188
Magni 18
Magniez 6
Magnus 35 147
Magnus (von) 68
Magnus-Alsleben 142
Magnusson 110
Mahar 204
Mahot 19
Mahoudeau 90
Mahu 200
Maidlow 44
Mailhouse 71
Mailland 167
Maillard 142
Maillart 42
Mainzer 187
Maire 162
Maïsel 162
Maixner 27 90 130 199
Majewski 3
Maklakov 24
Malade 92
Malagodi 118
Malatesta 178
Malato 34
Malécot 82
Malfitano 18
Malherbe 159 179 199
Malinconico 118
Malinowski 183
Maljean 207
Mally 3
Malon 50
Malvoz 3
Maly 67 139
Mambrini 139
Manahiloff 162
Manaresi 167
Mancel 14
Mancini 116 144
Mandach (von) 168
Manet 118
Mangelsdorf 191
Manget 92 126
Mangoldt (von) 51
Mankiewicz 72
Manley 107 119 191 203
Mann 27 34 92
Mannheimer 32
Manninger 3
Mannini 183
Mannino 43
Manon 18 144
Manouilov 126
Manouvriez 123
Manquat 52 132
Manson (Sir P.) 115 143 202
Mantaphounis 162
Manton 23
Mantoux 55
Manz 55
Manzoni 127
Maragliano 24 32 54 102 126 151 202
Marais 32 180
Marandon de Montyel 166 191 202
Marasco 178
Maratray 26
Marburg 42 166
Marc 8
Marcellin 14
Marchand 3 19 24 26 74 150
Marchetti 38 123 131 134 139 191 195
Marchiafava 46
Marciteau 186
Marckwald 203
Marcland 180
Marcorelles 50
Marcus 127 144
Marcuse 23 67 71 92 103 139 167
Maréchal 142
Maresch 42 164
Marey 156
Marfan 52 208
Margarucci 35
Margerid 162
Margouliès 66
Margulies 66 71 167 192
Mari 36
Mariani 99 102 111 144 156 187
Maridort 171
Marie 18 24 51 71 110 179 187
Mariette 90
Marillier 47
Marimò 19 44
Marin 188
Marina 72 166
Marinesco 107
Maringer 14
Marino 110
Marino-Zuco 195
Marion 107
Mariotti 107
Mark 119
Markel 66
Markiewicz 43
Markl 62
Marocco 43 46
Maroger 58
Marotel 146
Marquer 171
Marquès 199
Marquet 126
Marquis 100
Marrassini 74 86
Marri 148
Marsh 8 168
Marshall 104 106 151 160 196
Martel 20 183
Martell 72
Martelly 36
Martin 15 26 38 54 63 66 76 82 112 123 138 156 164 171 172 184
Martin-Saint-Laurent 106
Martina 156 167 171
Martinelli 67
Martinet 108
Martínez 156
Martínez del Campo 104
Martínez Vargas 187 200
Martini 30 32 43 71 102
Martíréné 84 151
Martius 51
Martre 84
Martzinovsky 68
Marullo 126 147
Marvy 154
Marwedel 151
Marx 172
Mary 58
Marzocchi 182 186
Masenti 83
Masetti 180
Masing 18 122
Masmonteil 54
Masnata 90 114
Mason 174 191
Massaïev 36
Massalongo 91
Masse 134
Massé 162
Masseguin 162
Massei 32
Masseret 82
Massey 100
Massía 204
Masson 190
Mastin 140
Mastri 182
Mastrorilli 171
Mastrosimone 207
Matas 59
Matchinsky 51
Matheny 75
Mathews 114
Mathieu 142 158
Matlack 100
Matsumoto 66
Matsuoka 134 167
Matsuura 27
Matteucci 20 116 124
Matthes 103 204
Matthew 148
Matthews 167
Matthiolius 19
Mattòli 102
Matys 103
Matzen 124
Matzenauer 27 31 36 83
Mauclaire 100 123
Maur 198
Maurel 112
Maurette 130
Mauriac 156 188
Maurin 130
Maury 6 54 191
Mauté 66
Maximow 34
Maxwell 24 134 174
Maxwell-Adams 71
May 26 38 139
Maydl 51
Mayer 3 34 74 76 122 168
Mayet 38 66 88
Mayne 208
Mayo 3 35 75 107 131 151 171
Mayor 184
Mayou 68
Mayoud 38
Mays 63 84 190
Maystre 22 162
Mazé 56
Mazet 152
Mazuel 154
Mazzeo 64
Mazzi 119 128
Mazzocchi 182
Mazzone 107
McAlister 148
McArthur 171
McBride 132
McCardie 87
McCarthy 26 82 88 130
McCaskey 174 190 195
McCaw 180
McChesney 151
McClanahan 172
McCleary 188
McClintock 74
McConnell 87
McCormack 16
McCosh 20
McCrae 51
McCrudden 134
McCurdy 203
McDonald 143
McDowell 128
McEwen 115
McGavin 204
McGraw 3
McGuire 107
McKeown 200
McKernon 72
McKerron 180
McKibben 106
McLachlan 203
McLaughlin 182
McMasters 34
McMorrow 107
McMullen 124
McRae 34
McReynolds 24
McVail 200
McWilliams 35
Mead 196
Mechtchersky 56
Meek 180
Meeker 187
Meerwein 138
Meeus 19
Megele 90
Meige 15 67 166 191 199 200
Meillère 90
Meinel 82 102
Meirelles 163
Meisel 199
Meissl 92
Meissner 92
Mejía 104
Melis-Schirru 86
Melkikh 104 170
Melland 20 30
Mellin 128
Mellor 196
Melnikov 59
Melocchi 176
Meloni 20
Meltzer 62 90 106
Melzer 84
Melzi 124 140
Memmi 36 154
Ménager 106
Mendel 15 34 35 74 84 160
Mendes da Costa 83
Mendonça 131
Méneau 59
Menge 83 124
Menger 100 203
Mensi 62
Menzel 108 208
Menzer 36 140 188
Mercier 112 134 138 191
Mercier-Bellevue 203
Mering (von) 102 150
Merk 27 67
Merkel 46 56
Merkens 43
Merleau-Ponty 110
Merlo 164
Mermier 18
Mermingas 23
Merson 154

Mertens 55
Merveilleux 51
Meslier 112
Meslin 26
Mesnard 54
Mesnil 19 90
Messina 59 139
Messina-Vitrano 6
Metcalf 35
Metchnikoff 34 72
Métin 43
Metnitz (von) 147
Mettey 190 202
Mettler 83 166
Metzlar 62 151 167
Meurer 124
Meuriot 126
Meyer 3
8 16 19 24 34
36 44 47 51 54
82 84 87 88 106
120 122 123 126 132
142 154 155 166 170
171 178 179 182 186
200 203
Meyer-Rüegg 167
Mezbourian 178
Mialaret 132
Mibelli 159 186
Micas (de) 24
Micaud 7
Michaelis 103
Michalovitch 106
Michalski 36 187
Michel 27
38 54 68 123 142
167
Michel (von) 15
36 55 75 115
Michelazzi 42
Micheleau 92
Micheli 186
Michels 88 195
Micholitsch 88 144
Miclescu 35
Middeldorpf 164
Miero (R. de) 102
Migliacci 171 174
Mignard 134
Mignon 100 168 198 208
Mignot 48
Mikulicz (von) 19
35 51 60 91 99
147 151 195
Milchner 140
Milian 86 134 155
Miller 35
115 119 122 156 168
184
Millet 38 170
Mills 35
51 54 132 164 167
174
Milner 102
Milton 71 119
Milward 64
Minciotti 132
Minella 174
Minelle 82
Minerbi 43
Minet 170
Mingazzini 3 102
Minkévitch 36
Minor 62
98 102 138 174
Minot 166
Mintz 42 66
Minvielle 114
Miodowski 142
Miorcec 38
Mirabella 56
Miraglia 116
Mirallié 66 154 174
Mircoli 35
51 98 114 116
Mirsky 142
Mirto 15 16
Misch 74
Mislawski 51
Mitchell 63 108 164 187
Mitulescu 18
34 132 195
Mladejovsky 132
Moak 103
Mocquot 200
Modercin 162
Moet 179
Mohr 14
66 108 188 199 206
Moisnard 114
Moissonnier 204
Moldavsky 180
Moliner 162
Molinié 204
Moll 188
Mollard 22
Molle 7
Möller 27
63 98 140 180 206
Möllers 195
Mollica 59
Molly 207
Molon 46 66
Momburg 51 92
Momo 187
Mönckeberg 6 50 202
Moncorgé 66
Moncorvo 195

Mondain 18 160
Mondino 100 171 187
Mondio 119
Mondon 140
Monetti 72
Mongeri 199
Mongour 20
72 138 156
Monié 140
Monier 170 176
Mönkemöller 168
Monks 203
Monnier 28
54 70 76 110 156
162 190
Monod 14 46 128
Monrad 20
Monro 163
Monsarrat 142 143 203
Monsé 62
Montagard 62 154
Montagnon 18 163
Montalan 118
Monte 23
Montefusco 103 195
Montesano 32
Monteuuis 106 116
Montfort 36 110 144
Montgomery 20
55 56 119 171
Monthus 48
Monti 52
60 92 148 160
Montigny (de) 58
Montini 100
Montoro de Francesco 102
Monzardo 111 132
Mooers 134
Moog 126 134
Moor 42 196
Moore 20 36 190
Morache 60
Moraczewski (von) 51 190
Moran 108 136
Morange 82
Morat 6
Morax 18
24 103 110 152 203
Moreau 110 158
Morel 38 142 191
Morelli 46 135
Moreschi 118 186
Moresco 52 160 180
Morestin 19 123
Moretti 150
Morgan 24 156 208
Morgenroth 6
7 50 98 104 186
Morgouleff 22
Mori 74
Morichau-Beauchant 154
Moriez 168
Morin 6 162
Morison 156 175
Morisse 114
Morisson 58
Moritz 154 158
Morlat 54
Morlet 114
Morley 127
Morlot 42
Morlot (von) 204
Moro 82 90 200
Morosov 138
Morphov 154
Morquio 44
60 64 102 128 207
Morris 23 107 116 203
Morrison 156
Morrissey 82
Morrow 143
Morse 60 136 172 176
Morton 107
124 167 168 199 203
Morucci 162
Mosca 8
Moscato 34
Moschcowitz 52 123
Moschos 66
Moseley 112
Moser 35 54 67 188
Mosetig-Moorhof (von) 55
102
Mosny 82 112 172
Mosse 138 142 144 162
Mossé 106
Mosso 118
Most 67
Moszkowicz 55 140
Motta 111 112 123
Moty 175
Motz 167 192
Mouchet 71
Mouchotte 44 114
Moulinier 104
Moullin 36
87 192 207
Mouratov 51
102 127 147
Mouraviev 46
Moure 200 204
Mouret 154
Mouriquand 126
Moursine 151
Mousset 54
Mouzels 134
Moynac 139 190
Moynier de Villepoix 56

Moynihan 19
55 118 123 164 184
Moyzès 26
Muggia 55 58 112
Muglia 172 180
Mühsam 83 87 180
Muir 36 158 164
Mülberger 202
Müller 7
18 27 31 32 36
43 50 52 55 56
64 66 70 71 91
98 119 120 123 128
130 131 135 139 154
155 179 184 200 202
Mumford 180
Mummery 67
Munch-Petersen 19
Munk 24
Munro 91 192
Münzer 35 72
Murat 26 162
Muret 66
Murphy 28 35 111 176
Murray 3
28 36 164 192 203
Muscatello 23 28
Musehold 176
Musgrave 106
Muskens 35 123
Musser 195
Mutermilch 42
Muthmann 90
Muus 116
Myers 27 160
Myhre 199
Myles 88

N

Nabarro 130
Nadler 206
Naegelin 126
Nagano 83 87
Nagel 36 160
Nägeli 182
Nägeli-Aakerblom 36
Nageotte 54
Nageotte-Wilbouchewitch 102
Nagy 102
Nairne 20
Nalbandov 199
Nammack 30
Nancrede 23 55
Nannotti 87 103
Nantermoz 154
Nario 46
Narracott 110
Nasi 71
Nassauer 175
Natale 175 188
Natanson 142
Nathan 124
Natier 136
Naumann 23 88 123
Nava 64
Navarro 156
Naveiro 191
Navratil (von) 46
123 162
Nazare-Aga 190
Nazareno 176
Nazmi 162
Nebelthau 155
Nebesky 68 84 120
Neck 27 71
Nectoux 128
Nédevsky 194
Neech 64
Neff 28 35
Negel 183
Négellen 114
Nègre 162
Negri 138 195
Neisser 3
24 50 140 163 183
Nemsky 22
Nencki 7 184
Neno 118
Nepi 91
Nespor 68
Neter 124
Netolitzky 103
Neuburger 75 104
Neudörfer 188
Neudörffer 16
Neufeld 52 158 187
Neugebauer 67
116 139 140
Neuhaus 111
Neumann 3
7 24 27 28 52
119 151 167 171 174
194
Neumeister 98
Neurath 112
Neusser 27
Neutra 19 206
Neuweiler 67
Neves da Rocha 76
Neveux 142
Néviadomsky 100
Newcomb 168
Newcomet 56
Newman 20 196
Newmark 20 131
Newton 116

Nicati 194
Nicholls 82
Nichols 130
Nicholson 36
52 84 188
Nicloux 56 76 158
Nicoladoni 43 63
Nicolaï 22 168
Nicolas 32
66 136 162 174 198
Nicolau 183
Nicolaysen 207
Nicolich 71 136
Nicolieff 162
Nicoll 35
Nicolle 15 187 191
Niederle 87
Niedner 64 102
Niedzielski 59 83
Niéfédov 150
Niel 162
Niessen (von) 44 152
Niessl (von) 15
Niessl-Mayendorf (von) 163
Nigoul 6
Nigrisoli 28 35
Nijhoff 204
Nikitine 112 152
Nikolsky 3
Niles 135
Nilson 63
Nina-Rodrigues 164 196
Ninni 180
Niort 14
Nirenstein 74
Nissl 70
Nizzoli 66 130
Njemtschenkow 164
Nobl 115 183 187
Noble 8
20 68 75 120 172
Noc 88 203
Noé 6 118
Noel 18
Noël 110 206
Nogier 24
Noguchi 98 134 174 178
Nohel 139
Noirclaude 14
Nonne 155 191
Noorden (von) 34 39 156
Norbury 111
Nordentoft 91 120
Nordgren 18
Nordheim 3
Nordman 111
Nordmann 139
Norris 98 136 180
Norsa 98
Norström 55 71
North 182
Northrup 195
Nösske 52
Nothnagel 34 106
Nötzel 156 162
Nougaro 26
Nourney 64
Novák 182
Novikov 148
Novy 174
Nussbaum 132
Nuthall 54

O

Oatman 75 84
Oberndorfer 74
Obersteiner 46
Oberwarth 92
Obrastzov 34 163
O'Brien 74
Occhiuzzi 19
Ochsner 3 111 144
O'Conor 59 102 111
Oddo 123 186 195
Odebrecht 24
Odier 194
Odoul 170
Oeconomou 6
Oedön 75
Oefele (von) 124 148
Oeffinger 168
Oehlecker 48
Oehler 51 192
Oeller 84
Oelrich 150
Œlsnitz (d') 198
Oertel 43 82 176
Oestreicher 142
Oettingen (von) 140
Oettinger 64
Ogden 110
Ogle 72
Ognianoff 162
Ogston 32
Ohandjanian 22
Ohlemann 191
Ohmann-Dumesnil 35
99 124
Olénoff 162
Oliari 159
Olinto de Oliveira 64 68
Oliveira (O. de) 44
Oliven 92
Oliver 15
52 59 64 75 102
124 144 175 188
Olivetti 190

Olivi 131
Olivier 114 138
Olivieri 162
Ollivier 186
Ollwig 102
Olmer 182 186
Olmsted 83
Oloff 7
Olshausen 36
52 55 167
Oltramare née Gay 6
O'Malley 92
Ombrédanne 3
Omiécinski 178
Omizzolo 15
Onfray 178
Onodi 207 208
Onoufrovitch 127
Opdyke 48 108
Opie 174
Opin 48
Opitz 24
103 167 175
Oppe 111
Oppel 162
Oppenheim 19
35 90 111 139 186
191 199 202 208
Oppenheimer 162
179 188 204
Orecchia 156
Orefice 176
Orglmeister 118
Orlandi 196
Orlipski 31 40
Orlov 119
Orlovsky 58
110 118 163 182
Orlow 52 60
Ormond 164
Ormsby 56
Oro 8
Orschansky 62
Orta 18 60 206
Ortale 172
Orthmann 156 192
Ortíz Coffigny 124
Ortner 74
Orton 186
Osborne 82 188
Oser 163
Osgood 92
Osler 34
90 158 163
Ossig 52
Osterloh 132
Ostermaier 36
Ostermayer 171
Ostertag 42 46
Ostheimer 36 144
Ostmann 192
Ostrcil 40 84
Ostrovsky 196
Oswald 14
Ott 91
138 159 172 174
Ott (von) 192
Otto 32 36 138
Ottolenghi 16 196
Ouglov 147
Oui 20 60 136 152
Ourmanov 154
Ouspensky 24
Oussov 206
Ouston 192
Ouzilleau 26
Ovio 108
Owen (Sir I.) 142
Owens 175

P

Pabeuf 50
Pacalin 154
Pacchioni 6 54
Pace 90 91
Pacheco Mendes 131 167
Pacinotti 50
Packard 132 188
Paczkowski 102
Paddock 156
Padoa 119
Paffenholz 176
Pagani 20
Pagano 140
Pagenstecher 43
199 203
Pagès 103 162 206
Pahlavouny 194
Pailhas 60
Paillard 198
Paillet 206
Paine 34
Painter 92 111 203
Païtch 142
Pal 51 103 114 130
Palleroni 139
Palm 40
Palmer 84
120 180 191
Palotai 28
Paltauf 188
Paltchikovsky 134
Pan 182
Panas 115
Pándy 155
Pane 202
Panegrossi 111

Panichi 67
103 104 156 182
Pankow 203
Pannwitz 34 103
Panoff 22
Panse 54
Pansier 120
Pansini 83
Panski 55 147
Pantaloni 124
Panthès 126
Panzer 140
Papadaki 22
Papadakis 111
Papadopoulos 162
Pappenheim 6
76 104 167
Paquier 18
Paquin 123
Parádi 115
Paradis 154
Parant 91
Paravicini 196
Pardoe 71
Parhon 6 98 143
Parienté 162
Paris 90
Parise 164
Pariser 122
Pariset 167
Parisot 34
Park 132 192
Parker 35 198
Parmentier 154
Parona 87 182
Parrenin 134
Parrot 50
Parry 64
Parsons 130 178
Pártos 142
Partridge 84
Pascale 111 119
Pascault 82
Paschkis 144
Pascucci 62
Pasinetti 66
Pasmanik 68
Pasquier 190
Passaggi 151
Passini 56
Pässler 39 143
Passtoors 151
Pastega 187
Patel 50
75 99 115 183
Patellani Rosa 108
Paton 148 186 202 208
Patrikios 191
Patry 111
Patton 64 131
Patton (de) 22 176
Pauchet 19 136 192 203
Paucot 170
Paul 3 84 151
Pauli 27
Paulin 124
Pauly 46
Pautrier 76 198
Paviot 46 199
Pavlekovic-Kapolina (de) 194
Pavlik 170
Pavy 130 182
Pawinski 60
Pawlowsky 102
Payr 35 144
Payreficot 162
Peacocke 195
Pearce 178 202
Pearson 36 111 128 148
Peaudeleu 72 151
Pechell 51 139
Péchin 6 203
Peck 52
Pedrazzini 135 178
Peham 160
Péhu 19
30 43 62 138 160
184
Peiser 19 34 192
Pel 84 86
Pellanda 50
Pellegrino 35
Pelletier 178
Pellier 20 76
Pelloquin 54
Pelnár 118 151
Peloquin 38
Pelossier 154
Pels-Leusden 19 167
Pelt 184
Pelzl 36 168 179
Pembrey 134
Penaud 26
Penkert 14 42
Penot 38
Pensuti 190
Penzo 67 75 86 92
Penzoldt 34
51 74 102 139 148
188 207
Pepere 102
Pépin 126
Péraire 131 200
Perassi 71 102 187 207
Percheron 114
Percy 83
Perdrau 51

Perez 43
Perfetti 14
Pergola 110
Peri 156
Péricat 18
Périé 154
Perlin 160
Permin 91
Pernet 51 90 115
Pérochaud 56 114
Perpère 6
Perrando 51 76
Perretant 170
Perrin 3
19 20 71 115 124
139 150 151 182 202
Perrin de la Touche 100
Perrod 15 19 30
Perroncito 87 183
Perrone 208
Perrot 14
Pers 23
Perthes 19
Perugia 143
Perusini 187
Perutz 154
Peruzzi 136
Pery 138
Pès-Larrive 130
Peserico 63
Peter 83
Peters 20
36 55 135 142 204
Petersen 52
Peterson 102 120 164
Petillon 170
Petit 14
24 64 139 187
Petitti 64
Petraroja 166 178 182
Petrén 126
Pétriat 66
Petridis 135
Petrilli 144
Petrini 90
Pétroff 63 92
Petrone 7
14 174 178 192
Petrov 40
Petrulis 192
Petruschky 70 116
Pettersson 27
Pettey 84
Pétzy-Popovits 171
Peugniez 35
Pexa 206
Peyrac 130
Peyraud 26
Peyri 187
Peyronny 138
Peyssonneau 82
Peytoureau 26
Pezzoli 99
Pezzolini 7
Pezzotti 151
Pezzullo 100
Pfahler 115 132 182
Pfannenstiel 52 160
Pfaundler 162
Pfeiffer 16
34 92 134 140 148
Pfersdorff 42
Pfister 91
131 146 172 176
Pflanz 179
Pfromm 116
Pfuhl 3
Phear 34
Phelps 203
Pheulpin 38
Philhower 84
Philip 138
Philipowicz 144
Philipp 118
Philippe 47
Philippet 58
Philippson 115 174
Phillips 72
146 148 166
Piana 148
Pianori 15
Piaseski 104
Piassetzka (de) 198
Piazza-Martini 151
154 155 159 166
Pic 22 26 174
Picado 22
Picard 58
Pichereau 126
Pichler 55 154 175
Pick 27
32 39 55 62 63
67 74 86 119 146
152 156 158 166 178
Pickert 106 187
Picot 90 152 208
Picqué 111
Piéchaud 176
Pieraccini 54
82 119 158 187
Pierantoni 116 196
Pierce 159
Pieri 52
Pierre 100
Pierreson 50
Pierret 7 46
Pierrhugues 18
Piéry 86 186
Pietravalle 108
Pietrzikowski 183
Piévnitzky 151
Piffard 76 200
Pighini 110 186
Pignatti Morano 7 102
Pilcher 175
Pilcz 27 202
Pillement 184
Pillon 54
Piltz 35 131 151
Pinard 72 103 200
Pinatelle 59
Pince 130
Pinchart 42
Pincus 46 92 103
Pineles 24
Pinelli 162
Pini 74 104
Pinto 14 63
Pinzani 22 143
Pioche 50
Pion 138
Piorkowski 44
Piot 6
Piotrowska 194
Piouffle 134
Pipping 76
Pirault 110
Pirone 62
70 126 178 186
Pirquet (von) 138
Pirsche 38
Pisani 171
Pismenny 102
Pissareff (de) 126
Pissavy 51
Pistre 26
Pitres 7 55
Pittaluga 195
Pittarelli 34
Placzek 142
Plagneux 104
Planteau 54
Plauchu 192
Plavec 52
Pleasants 130
Plehn 47 108
Plesch 156
Plessi 54 208
Pletnev 202
Plien 200
Plisson 38
Plönies 42
Ploton 143
Plummer 28
Pluyette 19 151
Pöch 70
Podczaski 184
Podwyssotzki 104
Poenaro-Caplesco 152
Poenaru 151
Poggi 178
Pohl 184
Poilloüe de Saint-Périer (de) 50
Poirier 134 154
Poirson 142
Pojarisky 138 203 208
Polak 108
Polano 8 86
Poli 108
Poliakov 74
Poliansky 116
Polidoro 34 191
Politzer 32 198
Polk 46
Pollak 50
Pollard 139
Pollatschek 20 102 132
Polliot 154
Polverini 91
Pólya 46 162
Pomara 23 111
Poncet 54 167 191
Ponfick 138
Ponomaroff 194
Ponroy 58
Pons 130
Ponthière (de) 204
Ponticaccia 66 184
Pool 179
Pooley 56 192
Poore 176
Pope 15
Popelsky 110 150
Popescui 139
Popov 34
124 140 162 190
Poppert 43
Poppi 19
Porges 99 163
Porochine 199
Porosz 67 74 171
Porot 15 19 139 179
Porru-Costa 18
Portanova 180
Porteous 174
Porter 20 28 175
Portigliotti 119
Posadas (Nin) 24
Posey 36 172
Posner 91
134 150 158 176
Pospelow 159
Pospiélov 36 124
Pospischill 84
Posselt 134
Possetto 116
Postel 14
Posternak 208
Posthumus Meyjes 115
Potapov 31
Potel 167 192
Poten 8
Potron 142
Pott 195
Pottenger 112 206
Potter 131
Pottevin 50
Potts 39 132
Pou y Orfila 184
Pouchet 204
Pouchovsky 162
Pouey 46
Poulain 162
Poulard 110 203
Pouponneau 38
Pourreyron 54
Pourtoy 154
Poussep 166
Poussin 58 162
Pousson 67 123 131
Poutrin 38
Poux 26
Pouzol 138
Powell 116
Power 40 159
Powers 20 175 199
Poynton 34
Pozzan 35
Pradel 138
Prandi 87 132 156
Prat 126
Pratt 91
Prausnitz 20 114
Pravaz 154
Preciado y Nadal 66
Predtetschensky 42 91
Preiswerk 180
Prenant 34
Prengowski 182
Préobrajensky 36
Presch 36 103
Pressey 60
Presta 86 91
Pribram 118 156
Price 142 187 196
Prieur 198
Primislas-Lallement 134
Primrose 203
Prince 34
Pringle 59
Prinzing 70
Priò 152
Prior 52
Pritchard 135 179
Probst 7 27 55 188
Procopiu 51
Profé 151
Profeta 83
Pröscher 66
Proskauer 140
Prost 6
Prota 152
Proubasta 91 156
Proust 44 90 127
Prout 83 107
Prudden 74
Pruneau 14
Prunier 14
Prüsmann 84
Pruszynski 183
Prutz 92
Pruvost 111
Pstrokonski 46
Puccioni 84
Puech 200
Pugliese 130
Pugnat 22 44 64 172
Pujebet 170
Pulawski 46
Pulle 102
Pupier 154
Pupovac 167
Purslow 188
Purves 71
Pusateri 50 111
Pusch 116
Pusey 168 199
Pynchon 88

Q

Quadrone 119 122 202
Queinnec 110
Queirel 64
Queirolo 123
Quensel 7
Quénu 35 83 99 180
Quervain (de)
139 175
Quesnel 110
Queyrat 114
Quilliot 110
Quincke 27 135 143
Quintela 60

R

Rabajoli 123
Rabant 14
Rabary 162
Rabaud 108 118 204 207
Rabetz 194
Rabieaux 146
Rabier 6
Rabinowitsch-Tonkonogowa 206
Rabot 60 66
Rabuel 198
Racchi 64
Rachford 39 200
Racine 187
Räcke 87 91
Raclot 90
Raczynski 72
Rad (von) 63
Radice 103 202
Radike 194
Radkey 124
Radzych 32
Raffalli 162
Rafferty 34
Raffray 67
Rafin 67 107 120 168
Ragazzi 103
Ragot 38
Rählmann 186
Rajevsky 36
Raif Effendi 99 175
Raimann 74 195
Rainear 132
Rakotobé 162
Ramón y Cajal 98 190
Ramond 174
Ramoni 59
Ramsay 55 115
Randall 68
Randolph 36 199
Ranke (von) 50
Rankin 148
Ransohoff 24 123 203
Ransom 124
Ransome 127 176
Ranvier 118
Rapin 82
Rasch 19 34 67
Rascol 138
Ráskai 2
Raspide 130
Ratcheff 162
Ratelier 134
Rathery 206
Ratner 160 202
Rauber 98
Raulin 143
Rauscher 144
Rautenberg 99 154
Rauzy 206
Ravarit 26
Ravaut 47 74 151
Ravenel 82 132
Ravenna 50 187
Raviart 15 183 203
Raw 70
Raybaud 35 54 72
Raymond 20
83 102 123 199 207
Rayneau 91
Re 139
Real 208
Reale 42 43 163
Reamy 120
Rebentisch 144
Rebsamen 194
Recchi 23
Reckzeh 76
91 122 139 142 150
196
Reclus 131 164
Recoully 6
Redlich 131
Reed 156
Reeve 102
Régerat 54
Régis 38
Regling 19
Régnault 131 174
Regnier 112
Regolo 34
Rehm 28
Reichard 147
Reichardt 131
Reichel 44
Reichenbach 32
Reichmann 82 122
Reid 32 68 103 120
Reidhaar 20
Reifferscheid 116
Reik 59
Reille 16 20 46 76 184
Reinach 192
Reinbach 200
Reiner 28
35 140 144 147 192
Reinitz 175
Reinsholm 102
Reisinger 180
Reiss 147 175
Reissner 54 143
Reitzenstein 63
Reko 44
Rem-Picci 155
Remedi 42 67
Rémignard 6
Remy 8 110 156 167
Renaud 206
Renault 66
Renk 164
Renon 206
Rénon 83
Renou 198
Renoult 6
Repussard 138
Réthi 76 132
Reulos 206
Reuter 142
Revello 43 155
Revenstorf 46 130
Reverchon 38
Revol 60 66 155
Rey 8 26 43
Rey-Pailhade (de) 184
Reyburn 144
Reyher 180
Reymond 92
Reynaud 107 140 174
Reyne 162
Reynolds 143
Rheiner 204
Rhodes 146
Ria 119 150
Riabov 167
Ribas 191
Ribaut 38
Ribbert 34 130 186
Ribier (de) 72
Ribierre 50
Ribollet 154
Ricaldoni 102 124
Ricard 59 200
Ricchi 20 172
Richard 19 54 126
Richards 52 64
Richardson 36
62 100 111 116 179
Riche 16
Richelot 204
Richet 6 72
Richmond 132
Richon 3
Richter 35
59 88 143 162 176
Ricketts 111
Ridge 116
Riebold 166
Riechelmann 2
Riéchetillo 115
Rieck 84
Riecke 75
Riedel 3
43 62 71 183 199
Rieder 188
Riegel 114 163 186
Riegner 111 115
Rieländer 144
Rienzo 176
Rieppi 180 183
Ries 28 151
Riesman 34 115
Rietema 152
Riethus 43 59
Rietsch 124 172
Rigal 51 54 166
Rigaud 110
Righi 148
Rigoux 184
Rille 67
Rindfleisch 27 74
Ringel 87
Ringier 195
Rinuy 172
Riolacci 36
Ripart 198
Rippé 122
Risel 71 122
Risley 36
Ritchie 36
Ritter 152
Riva 152
Rivalta 63
Rivero 104
Rivet 20
Riviere 51 148 208
Rivière 56
Rixford 23
Rizzo 122 192
Rizzuti 119
Rjesanow 64
Robb 60
Robert 6
Roberts 28
55 83 103 135 174
Robertson 34
47 56 124
Robin 114
Róbin 71 123 131 202
Robinson 6
22 43 48 62 130
166 183 192 203
Roblot 24 140
Robson 19
52 67 102 192
Rocaz 19 63
Roch 70
Rochelt 35
Rocher 19 154
Rochester 74
Rochon 110
Rochon-Duvigneaud 108
Rockwell 46 132 178
Rodari 60
Rodella 24 207
Röder 86 102 124 156
Rodet 26 91
Rodman 52
67 132 174
Rodocanachi 126
Roe 156
Roger 18
50 90 194
Rogers 34
39 119 123 150 199
Rogman 48 152
Rogovin 182
Rogues de Fursac 107
Rohác 131
Rohn 178
Rohrer 39
Rojansky 103
Roland 106 184
Rolandi 124 188
Rolfe 135
Rolleston 34 146
Rollet 67
84 120 154 180
Rollins 116
Rolly 39
66 143 155 190 194
Romanov 39
Romberg 116
Römheld 74 131
Romijn 116
Romiti 118
Rommel 160 172
Róna 27
Ronchi 19
Roncoroni 111
Rondeau 126
Rondot 154
Ronsse 62
Rooney 166
Roorda Smit 167 168 195
Roos 54 144
Roosen-Runge 143
Roque 154
Roquemaure 127
Roques 14 136 196
Roqueta 192
Rosanov 147 175
Rose 3
35 99 136 175
Roselli 59
Rosen 40
Rosenau 76 176
Rosenbach 82 152 179
Rosenberg 40 52 202
Rosenberger 103 128 168
Rosenblath 19
Rosenfeld 62
70 131 159 167 176
183 195
Rosengart 126
Rosenhaupt 183
Rosenqvist 86
Rosenstein 167
Rosenthal 7
19 72 91 163 174
Röser 28
Rosin 39
Rosinski 40
Ross 35 51 138 202
Rossa 20
Rossel 130
Rossi 50
102 140 174 179
Rossiter 188
Rössle 6 46 76
Rössler 114
Rossolimo 74 87
Rost 56 72
Rostochinsky 194
Rostovtzev 104 167 199
Rotch 60 188
Rotgans 187
Roth 22 104
Rothmann 51
87 131 139
Rothschild 19 124 142
Rothschild (de) 92
Rotter 175
Rouche 170
Roudenko 166
Roudsky 180
Rouffiandis 204
Rouis 100
Roumagoux 166
Rouslacroix 162
Rousse 26
Rousseau 104 126 138
Rousseau-Saint-Philippe 148
Roussel 8 126 166 190
Rousselot-Bénaud 91
Routa 166
Rouvière 166
Rouville (de) 48
Roux 26 54 114
Roux de Brignoles 67
Rovere 30
Rovighi 18
Rovsing 40 87 180
Row 112
Rowell 131
Roy 47 54 124 126 198
Royce 36
Royer 6
Royère 38
Royet 195
Royster 88
Rozet 206
Ruata 199 202
Rubel 32 135
Rubesch 174
Rubeska 75
Rubino 20
Rubinstein 124
Rubner 42 56 76
Rüdiger 110 194

Rudler 123 199
Rudolf 116
Rudolph 40
Rueff 66 142
Ruffer 47 142
Ruge 66 179
Ruggi 99 102 183
Rühl 152
Ruhräh 39 158 187
Rumpel 54 59 132
Rampf 54 194
Runeberg 54
Runge 120
Ruoff 108
Russell 8 40 76
Russo-Travali 63
Rutgers 99
Ruth 35
Ruthon 86
Rutten 102
Ryan 106
Ryba 131
Rybes 66
Rydel 163
Rydygier 15 203
Rygge 151
Rymovitch 3 16
Rzetkowski (von) 46

S

Saalfeld 143
Sabatier 154
Sabbatani 20
Sabourin 66
Sabrazès 20
52 64 66 74 86
88 166 186
Sacconaghi 206
Sacerdotti 178
Sacharoff 22
Sachs 7 47 135 139
Sachsalber 24
Sack 174
Sagasser (von) 134
Sagols 166
Sagot 14
Sahut 54 82
Sailer 128 182
Sainmont 198
Saintive 198
Saint-Martin 206
Saint-Mathieu (de) 6
Saitta 187
Sajous 70
Sakata 144
Sakharov 75
Sakhatzky 198
Saks 204
Sala 91 102 179
Salaghi 103
Salanoue-Ipin 63
Salant 22 90
Salge 180
Salgó 63
Salinari 43 183 187
Sallard 118
Sallé 58
Sallerin 91
Salles 187
Sallet 26
Salmon 123 126 200
Salomon 39 159 174
Salomoni 102
Salsac 114
Salterain (J. de) 92
Saltykow 50 170 199
Salva 15
Salvat 154
Salvatore 15 72
Salvatori 46
Salvi 110
Salvia 19
Salzès 38
Salzwedel 92
Samberger 75
124 127 174 179
Sambon 23
Samohrd 206
Samter 35
Sanarelli 199
Sanchez Herrero 140
Sandberg 66 196
Sandberg-Döbele 52
Sanfelice 7 34 194
Sänger 39 130
Sano 92 155
Santas 104
Santenoise 204
Santesson 62
Santini 18 135
Santoro 111 176
Santucci 147 151 180
Sapelier 148
Saporito 159
Saquet 200
Sarazin 6
Sarbó (von) 27
Sarcinelli 100 207
Sarda 64
Sardain 186
Sardo 46
Sargnon 132
Sari 126
Saril 132
Sarrailhé 26
Sarremone 100
Sarthou 138
Sasse 183
Sassone 203
Satta 39 204
Satterlee 122 136
Satterthwaite 22 74
Sauerbruch 199
Saulneret 154
Saundby 20 39
Saussié 206
Sautriau 58
Sauvage 8 192
Sauvain 132
Saux 26
Savage 164
Savariaud 3
Saveliev 58
75 99 131
Savelli 19
20 43 84 123 152
175
Savignac 82
Savill 186
Savornin 50
Savtchenko 7
Savy 195
Sawada 119
Sawyer 39
Sbriscia 16
Scaffidi 128 178
Scagliosi 159
Scarpini 183
Scarrone 136 164
Schablowski 130
Schäfer 35 88
Schaffer 35 146
Schäffer 60 131 204
Schafranoff 194
Schakhoff 194
Schaldemose 55
Schalek 119
Schambacher 68
118 167
Schamberg 35
39 116 147
Schamelhout 195
Schanz 35
50 134 159 192
Schapiro 194
Schaps 24
Schattenfroh 32
Schatz 28 152
Schauman 82
Schauta 55 139
Schech 100
Schedel 140
Scheel 2 180
Scheiber 139
Scheidl 199
Schein 99 151 168
Schenck 8
Schenk 92 134 139
Schenkl 194
Scherk 98
Scherz 194
Scheube 130
Schiapparelli 164
Schick 76 156
Schickele 167
Schiff 74 176
Schill 130
Schilling 56
102 108 132 148 164
179
Schindler 39
Schink 174
Schiödte 16
Schirren 46
Schittenhelm 27
166 187 195 202
Schlasberg 147
Schlatter 111
Schlayer 154
Schlender 8
Schlesinger 6
8 51 147 166 194
Schley 87
Schlippe 118
Schloffer 59
83 111 175
Schlöss 108 116
Schlossmann 74
90 124
Schlüter 139 155
Schmauch 20 52 144
Schmeltz 198
Schmid 16 27 166
Schmidt 20
28 38 39 42 67
70 76 87 98 99
102 112 130 138 164
183 202
Schmieden 175 194
Schmiedl 102
Schmiegelow 24 152 156
Schmitt 23
40 83 147 196
Schmitz 52 196
Schneider 26 106
Schneiderlin 87
Schnell 88
Schnitzer 7
Schnitzler 123
Schnyder 6 87
Schödel 8
Schoemaker 92
Schofield 87
Scholten 103
Scholz 168
Schön 51
Schön-Ladniewski 8
Schönberg 200
Schönborn 131
Schöne 115
Schönholzer 115 135
Schönwerth 75 167
Schopf 68 84
Schor 22
Schorlemmer 39
Schott 58 136
Schottelius 7 144 179
Schottmüller 39 128
Schötz 180
Schou 52
Schoull 44 64 92
Schoumoff-Simanowskaja 178
Schoute 55
Schrader 194
Schramm 68 112
Schrank 8
Schreiber 6 34 110
Schreiner 74 152
Schrenck-Notzing (von) 46
Schridde 150
Schröder 8
64 103 146 156 206
Schroll 179
Schrötter (von) 27
55 60
Schücking 116
Schuckmann (von) 72
Schüder 64 71
Schüffner 35
Schüle 39
Schüler 76
Schulhof 147
Schüller 27
63 110 183 188
Schultes 191
Schulthess 166
Schultz 34
Schultze 55
56 58 70 164 199
Schulz 27
56 130 175 192
Schulze-Vellinghausen 68
71
Schumacher 64
Schumacher (von) 142
Schuman-Leclerq 198
Schumburg 32
Schur 62
Schürmann 196
Schürmayer 32
Schuster 123 127 174
Schut 184
Schütz 6 35 39
Schütze 42 56 66 126
Schwalbe 16
103 124 126 146 170
Schwartz 54 184
Schwarz 46
75 82 118 154 174
182 202
Schwarzkopf 154 174
Schwarzschild 114
Schweinburg 168
Schweinitz (de) 36
74 84 122 167 170
Schweizer 63 204
Schwendener 167
Schwenk 84
Schwenter-Trachsler 175
Schwerin 63
Schwoner 36
Sciascia 44
Sciaux 38
Scorteikoff 154
Scott 74 186 195
Scripture 76
Scudder 40 167
Sébin 154
Sebor 151
Secchi 35 159 187
Secourgeon 18
Secrétan 83
Sedgwick 158
Seegert 103
Segadelli 100
Segale 50 150
Seggel 50 108
Segond 200
Seifert 179
Seiffer 163 183 187
Seiliger 124
Seiss 112
Seitz 24 75 120
Sélénev 35 71
Seliger 164
Seligmann 70 146 195
Sellei 71 135
Sellerin 58
Sellheim 103 204
Sellier 62
Selmi 23
Selter 116 172
Séménov 119
Semon 20
Semon (Sir F.) 72
Sempé 84
Senarclens (de) 22
Senator 67 122 131
Senger 8 20
Senn 87
111 116 168 180 207
Sepp 102
Sequeira 35 75 116
Sequer 206
Serafini 180
Sérégé 98
Sereni 60 155 176
Sergent 35 50 74 186
Sergi 50
Sergueeff 166
Sergueéva 194
Serguiewsky 22
Sérieux 155
Serono 20
Serra 142 187
Serrigny 54
Sestini 15
Séthian 18
Séverac 154
Severi 112
Sexton 183
Shands 8 156
Sharp 100 146
Shattock 71
Shattuck 91
Shaw 27
74 76 112 174 186
Sheen 192
Sheldon 66 86 175 187
Shellenberg 32
Sherman 108
Sherren 164
Sherrington 168 186
Shiga 36 50 68
Shoemaker 59 124 167
Shropshire 195
Shufflebotham 196
Shumway 74 122 184
Shunda 86
Shurly 172
Siau 130 182
Sibelius 82
Sibille 154
Sibley 131
Sicard 74
Sick 38
43 122 126 195 199
Sidlauer 8
Sidler-Huguenin 84
Sieber 7 178
Siebert 208
Siefert 58
Siegert 204
Sievers 82
Sighinolfi 176
Sights 183
Signorelli 154
183 186 190
Sigurini 20
Sihle 66 104 162 186
Sikorsky 134
Silbergleit 51 202
Silbermark 8 71
Silberschmidt 36
88 140
Silberstein 40 151
Silhol 90
Sill 36
Silva 18 35 114 156
Silvagni 18
122 142 158 179
Silvestri 42
56 111 116 182
Silvestrini 50 120
Simerka 174
Simmonds 42 122
Simnitzky 26
Simon 19
84 98 116 118 132
143 158 159 166 198
206
Simone 28
Simonin 184
Simonini 100
Simonnet 18
Simonovitch 200
Simons 52
Simpson 20 68
Sinclair 39 83
Sinding-Larsen 148
Singer 58
66 74 82 91 107
Sinigar 52
Sinnaka 131
Sinnhuber 142
Sintenis 60
Sippel 28
64 68 160 200
Siracoff 22
Sirantoine 142
Sirot 131
Sisco 138
Sittner 52
Sivén 83
Skála 116
Skillman 135
Skinner 44 116 136
Skirving 151
Sklarek 179
Skormin 8
Skrobansky 198
Sloan 116
Small 47
Smith 8
35 36 46 48 60
82 87 92 120 124
130 132 134 148 180
183 187 188 191 199
Smoler 28
Smolitchev 184
Smyth 40
Snel 70
Snell 120 143
Snively 102
Snow 36 56 192
Snyder 148
Snyers 179
Sobotta 62 182
Softazadé 126
Sogniès 43
Sohlern (von) 18
Söhngen 111
Sokolowsky 180
Solenberger 112
Solimene 159
Solis-Cohen 182
Sollmann 143
Solly 198
Solon 126
Solowij 18
Solowjew 71
Somers 176
Somerset 119
Sommer 39 176
Sommerfeld 124
Soncini 40
Sonnenburg 83 192
Sonnenschein 28
Sontag 143
Soraci 8
Sorel 24 136
Sörensen 63 131 164
Soret 198
Sorgente 8
Sorgo 7 46
Sormano 158
Sorotchinsky 151
Sorre 58
Sorrentino 203 207
Sota y Lastra (R. de la) 168
Sothoron 164
Souilhé 14
Soukhanoff 38
51 83 131 139 151
202 207
Soukhov 203
Soulakov 208
Soulard 138
Soulé 116
Sourdille 59 172
Souslov 40 198
Southam 88
Southworth 124 128
Soxhlet (von) 200
Spadaro 19
Spadoni 142
Spagnolio They 6
Spalteholz 146
Spartali 19
Spät 183
Spear 183
Spencer 103 151
Spengler 56 111
Speroni 130 154
Speyr (de) 184
Spijarny 46
Spiller 31
51 87 123 130 131
135 174 191
Spina 40
Spinetti 176
Spire 142
Spirig 76
Spirlas 106
Spiro 22
Spitz 203
Spitzer 28
Spitzy 110
Spolverini 84
Spooner 147 203
Spratling 87 166 207
Sprengel 40
Spriggs 134
Spronck 7
Spurgin 84
Squire 130
Squires 122
Srdinko 162
Ssamoylenko 199
Stacey 68
Stadelmann 111 207
Stadler 66 102
Stadlinger 7
Stähelin 118 122
Stahl 38
Stamm 16 83 175 208
Stangl 26 147 175
Stanislas 134
Stanistreet 176
Stankiewicz 40
Stanton 70
Starck 58 130 150 154
Stark 52 122
Starling 194
Starr 143
Statzer (von) 8 139
Staub 172
Stauder 8
Stavely 123
Stavsky 132
Stcherbak 50
Stcherbatchoff 194
Steele 39 58
Steers 200
Stefanelli 191 195
Stefani 108
Stefanowicz 182
Stefanowska 87
Steffeck 64
Stein 64
126 151 167 174 190
200
Steinbüchel (von) 28 152
Steindorff 44
Steiner 39 74 188
Steinert 155 174 195
Steinhart 126
Steinhaus 27
74 86 118 142
Steinitz 116
Stejskal (von) 30 194
Stelzner 180
Stembo 179
Stempel 203
Stenczel 163
Stengel 74 122 130 196
Stenger 71 148
Stenitzer (von) 86
Stépanoff 194
Stephenson 112
116 179 199
Stepp 72
Sterjémensky 123
Sterling 178 183
Stern 7
39 47 82 135 136
155 162 166 194
Sternberg 28 55 166
Sterne 180
Stertz 195
Stevens 87 168
Stevenson 175
Stewart 39
60 68 87 88 103
106 124 160 167 168
Steyrer 127
Stiassny 199
Stich 192
Sticher 192
Sticker 58
Stieda 23 74 124
Stier 86
Stierlin 40
Stiles 166
Stiller 110
Stillman 100
Stillmark 176
Stintzing 34
51 102 139 207
Stockman 103
Stockmann 40
Stockton 35
Stoenescu 56
Stöhr 50
Stoker 36
Stokes 39 46
Stolkind 151
Stolper 8 58 167
Stöltzner 208
Stolz 40 175
Stömmer 40
Stone 23 148
Stoner 180 202
Stookey 74
Stooss 156
Stoppato 192
Stori 143
Stoudzinsky 115
Stover 160
Stowe 28 188
Stowell 131
Stowers 59
Stradomsky 7
Strandgaard 183
Strangeways 170
Stransky 146
Strasburger 40 68
Strasser 135 140 186
Strassmann 8 138
Sträter 159
Stratton 159
Stratz 8 208
Straub 84 144
Strauch 168
Straus 39
Strauss 18
22 46 70 84 143
168 195 208
Sträussler 206
Stravinsky 72
Stravoskiadis 62
Strebel 200
Streckeisen 84
Stroganoff 28
Strohmayer 74 195 199
Ström 8
Strong 128 132 146
Stross 110
Strubell 46 60
Strümpell (von) 7 27
Struppler 39 143
Struthers 159
Strzyzowski 166
Stuart-Low 39
Stucky 68
Studenski 195
Study 123
Stumme 19 131
Stürtz 123
Subsol 82
Sudhoff 104
Sufrin 64
Sukiennikow 86
Sultan 8 64 110
Sulzer 59 88 132
Summers 175

Sundberg 23
Supino 62
Surányi 123
Surmont 58 76 140
Süsswein 63
Suter 111
Sutherland 16
51 87 112 166
Sutton 180
Suzuki 136
Sverjevsky 7 182
Swain 36 132
Swanzy 175
Sweet 132
Swientochowski 42
Swift 82
Swoboda 39 106 116
Syllaba 7 182
Syme 188
Symington 87
Symmers 39 91
Sys 170
Szabó 120
Szayerowicz 180
Székely 68
Székely (von) 114 196
Szendrö 147
Szili 46
Szleifstein 59 182
Szontágh (von) 143
Szuman 39

T

Tabacoff 166
Tabora (von) 176
Tabusso 34
Taconnet 39
Tadao Honda 164 194
Taddei 62 74 182
Taillens 64 136 200
Talke 22 71 111
Tallqvist 86
Talma 18 98 151
Talon 198
Tambon 116
Tamburini 111
Tancum-Jouddelowitz 127
Tangl 3 128 168
Tansard 6
Tansini 8
Tanzi 107 119
Tappeiner (von) 200
Taramasio 22
Tarantino 111
Tarchetti 16 74 98
Tarrène 130
Tarruella 86 91
Tartière 23
Taruffi 56
Tarugi 7
Tassain 18
Tasso 148
Tate 20
Taty 155
Tauber 28
Taubert 58 63
Taubmann 126
Taussig 40 64
Tavel 84 131
Tavernier 54
Taylor 40
58 84 123 124 163
Tchakmakoff 154
Tcherepnine 183
Tcherno-Schwarz 91
Tcherwentzoff 134
Tchiriev 98 203
Tchlenov 32
39 47 87 91 115
183
Tebb 186
Tecce 164
Tedeschi 43
Tei 132
Teillais 103
Teillet 90
Teissier 103
Tellier 60 164
Templeman 62
Tenchini 103
Tendeloo 39 74 183
Tennant 36
Tentchinsky 167
Teofili 55
Terni 174
Terre 38
Terrien 110
Terrier 203
Terson 20 128 139 203
Teschemacher 98
Testi 44 46
Tétau 50 62
Teuchmann 168
Teulet-Luzié 18
Teuner 15
Texier 56 136
Thayer 90
Theilhaber 40 132 200
Theisen 67 168 188
Thélème 134
Théohari 183
Théron 166
Theuveny 126
Thévenet 198
Thevenot 8
Thézé 134
Thibierge 107
Thiem 75 124
Thiemich 204
Thienger 40
Thienhaus 28 40
Thierfeld 156
Thierfelder 151
Thimm 28 74 83
Thiroux 163 175
Thiry 168
Thoinot 16
Thomas 14
40 63 164 192 204
Thomass 75
Thomayer 130
Thompson 39
99 116 195 198 206
Thomson 55
59 63 87 88 120
123 200
Thönes 196
Thorburn 92
Thorel 40 162 182
Thorn 132
Thornburgh 183
Thorner 24 167
Thost 132
Thouvenet 116
Threst 176
Thue 82 102
Tibérius 154
Tichow 172
Tickell 64
Tiedemann 143
Tietze 8 147
Tignel 154
Tilanus 192
Tillier 182
Tillmann 87
Tillmanns 52
Tilmann 52 131
Timann 28
Timoféiev 60
Tinozzi 179
Tiphine 14
Tiraboschi 7 179
Tirard 88
Tissié 124
Tissier 36 90 156
Tissot 50 86 98 194
Titone 104
Todd 98
Toen 98
Toff 88
Toldt 34
Tolot 2 38
Tomasczewski 19
64 134
Tomaselli 110 111
Tombleson 159
Tommasoli 39 159
Tompofolsky 166
Toms 175
Tonarelli 115
Tonin 128
Tonnini 104
Topolanski 24
Torday (von) 142
Torel 104 112 116
Torkomian 196
Törnqvist 151
Török 28 75
Torretta 160
Torri 18
Torrild 7
Toscani 58
Tostivint 6
Toubert 59 168
Touche 98 175
Toupet 198
Tournadour 26
Tourner 92
Tourneux 110
Tousey 40 111 200 208
Toussaint 198
Toutychkine 63
Townsend 183
Tozzi 27 206
Tragan 138
Tramblay 154
Trambusti 36
Trampont 170
Trantas 152
Trautmann 72 91
Traver 19 111
Trébosc 166
Treille 140
Treitel 60
Trekaki 115
Tremolières 58
Tremontani 131
Trendel 115 136
Trênel 143 154
Trenga 166
Trenwith 115
Treupel 63 71
Treutlein 154
Trève Barber (de) 194
Trevisanello 74
Trevithick 146
Tricomi 99 108
Tridon 175
Triepel 6
Trimble 106
111 131 136
Trinkler 172
Triol 60
Tripier 199
Tripold 32
Trischitta 64
Trochine 118
Troin 166
Troje 66
Trolldenier 186
Trolle 124
Trombetta 20 180
Trommsdorff 34
Troncoso 208
Tronde 38
Trotter 132
Troude 60
Trousseau 48
Trouvé 126
Truc 103
Trudeau 162 206
Truesdale 120
Truffi 43 44 46
Truhart 39
Trumpp 72
Trzebicky 28 40
Trzebinski 40
Tsakyroglous 108
Tschistowitsch 58
Tsiklinsky 68
Tsiminakis 182
Tubby 75 180 192 199
Tuck 156
Tuffier 63 92
Tugendreich 144
Tuley 148
Tuma 118 174
Turck 83 87 114
Turié 174
Turin 166
Turner 40 71 119
Turnowsky 68
Turró 86 126 150 158
Tusini 7
Tusshnow-Philippoff 22
Tuszkai 160
Tyjnenko 176
Tylecote 166
Tyrman 68 72
Tyson 199
Tzatzkine 148 208
Tzviétaïev 131
Tzypkine 74 130

U

Ucke 151
Ughetti 91
Ugo 55
Ugolini 182
Ugolotti 102 195
Uhle (von) 204
Uhlenhuth 16
Uldall 151
Ulesko-Stroganowa 168
Ullmann 8
140 147 148 186
Ulrici 98
Umber 70 178
Unger 111
Unna 46
50 139 166 178
Urban 184
Uribe-Tronceso 152
Urso 110 178
Uteau 66
Utéza 130 166
Utili 195

V

Vaccari 39 99 188
Vacher 167
Vagedes 102
Vaillard 147 172
Valagussa 16
Valan 127 164
Valassopoulo 19
Valence 8 104 116
Valenta (von) 176
Valentine 183
Valentino 26
Valenza 116
Valiachko 110
Vallas 63 103
Valle 192
Vallée 30 88
Vallerani 167
Vallette 83
Valli 111 187
Valude 103
Valvasori 3
Valvassori-Peroni 16
Van Breemen 196
Van Buren Knott 103 136
Van den Bergh 128
Van der Hoeve 48
Van der Horst 54
Vander Veer 196
Van der Weyde 74
Van de Velde 8
60 90 124 144
Van de Velde-Coosemans 166
Van Deventer 63
Van Duyse 48
Van Enst 195
Van Geuns 202
Van Gorkom 87
Van Harlingen 8
Van Hassel 92
Van Hook 123 147
Van Houtum 24
Van Ijzeren 74
Van Leent 114
Van Leersum 58
Van Lier 55
Van Linden van den Heuvell 146
Vannini 20 27 42 46
Van Oordt 155
Van Praag 60
Van Rensselaer 116
Vanverts 46
75 99 131 167
Van Voornveld 50
Vanysek 207
Van Zandt 40
Vanzetti 182
Vaquier 130
Varanini 18 22
Varatges 154
Varay 38 135
Variot 72 192
Varney 140
Vaschide 46 51
Vasilevsky 166
Vasiliu 148
Vassal 43 120
Vassef 166
Vassiliev 8 123
Vassmer 8
Vastarini-Cresi 146
Vaubourdolle 198
Vaughan 82 103 174
Vautrin 131
Veau 203
Vecki 64
Vedeler 200
Vedrani 58
Veiga 204
Veit 44 70 103 140
Véliamovitch 88 174
Velich 150
Veneziani 39
Venot 159
Veraguth 195
Véras 170
Vercilli 186
Verdeau 38
Verdelet 99
Verdi 75
Verdun 52
Verger 58 139
Vermehren 98
Vermullen 38
Verneau 14
Vernet 50
Véron 103
108 140 144 152
Verrotti 179
Vertogradov 152
Verworn 162
Vésignié 126
Vessélovzorov 167
Vezeaux de Lavergne (de) 54
Vialle 124
Viana 16 63
Vianay 18
Viault 62
Vibert 152
Vicq 50
Victorovsky 39
Vidal 64 166 200
Videla 159
Viedenz 59
Viégas 44
Vieillard 154
Viérioujsky 114 116
Viertel 43
Viganò 115
Vigier 138
Vignard 52 115 196
Vigneau 38
Vignolo 186
Vignolo-Lutati 159
Vignon 38
Vigorita 39
Vigouroux 166 202
Vigroux 118
Viguier 114
Vilanova 87
Vilas (von) 196
Villa 44 191
Villanène 199
Villani 27
Villard 55 84 130
Villette 104
Vinaj 46
Vincent 8 26 190 198
Vinci 124
Vineberg 8
75 84 176
Viola 7 27
Vion 58
Virdia 43
Vires 22 206
Virsaladzé 168
Viscardi 131 187
Viscontini 147 167
Vitali 14 39 90
Vitek 39 131 174
Vitet 206
Vlaccos (de) 127
Vlassov 2 102
Vogel 52 67 175 196
Vogelius 132
Vogl 108
Vogt 19 111 199 202
Voigt 8 84 163 168
Voilas 44
Voïnitch-Sianojentzky 192
Voïnov 114
Voirol 187
Voix 110
Volhard 139
Volk 39 139 144
Vollmer 91 115
Volpe 56
Voltké 163
Voorhees 28
Voorthuis 71 116
Vorbe 166
Vörner 46 115 135 163
Vos 52
Voss 40
Voss (von) 199
Voutier 154
Vragnizan 182
Vuillemin 182
Vulliet 23 46
Vulpius 40 52
Vurpas 46 51
Vvedensky 151
Vymola 208

W

Wachenheim 92
Wachholz 16
Wadsworth 143
Wagener 19
Wagner 39 172
Wagner (von) 59
Wahby 188
Wainwright 103 168
Waitz 52
Waitzfelder 148
Wakefield 39 180
Wakeman 14 50
Walbaum 39
Waldeyer 134 158
Waldmann 24
Waldstein 140
Waldvogel 27
Walker 55 87 112
Walko 20 70 138
Wallace 7 48 115 135
Wallart 135
Wallenberg 178
Wallgren 16
Wallis 52
Wälsch 83 156
Walsh 74 110 166
Walsham 199
Walter 198
Walthard 8 103
Walther 52
Wandel 50 75 127 179
Wanner 70 164
Wanstall 88
Waptzaroff 166
Warbasse 103
Ward 39 151 187
Warde 8 39 163 183
Warden 114
Ware 40
Warfield 179
Warin 170
Wark 88
Warner 111 147
Warren 31 111 160
Warrington 207
Warschauer 40
Wartburg (von) 28
Warthin 39
Washburn 108
Wassermann 27
28 52 62 66
Wasserthal 180
Wassiljew 194
Wathen 187
Watson 39
71 162 175
Weaver 132 136
Weber 8
28 39 50 52 98
111 136 154 155 166
183 190 195
Wéber 142
Webster 58 136 176 178
Wechsberg 188 192
Wecker (de) 139
Wedl 147
Weeks 160
Wegele 27 123
Wehrle 116
Weichardt 8 39 168
Weichselbaum 26
Weidenfeld 39 46 67
Weigert 70
Weil 70 140
Weill 20
155 160 190 198
Weinberg 28 168
Weinberger 179
Weintraud 114 206
Weinzirl 110 162
Weir 52 123 131
Weisenburg 123 131 132
Weiss 15
50 60 62 87 131
148 156 163 175
Weisz 84
Welander 28
Welch 39
Weleminsky 162
Wells 24
46 68 116 166
Wels 106
Wenckebach 182
Wenczel (von) 152
Wendel 87
Wengler 26
Wennerström 60 76
Wentscher 162
Wenzel 67 75
Werner 46
Wernicke 103 191
Wernitz 54 136
Wertheim 60
Wertheim-Salomonson 160
163
Wertheimber 184
Wertheimer 6 16
Werther 59 200
Wessely 74 167
Westcott 208
Westenhöffer 42
Westerman 59 84 204
Westermark 116
Westerveld 164
Westphal 59 63 196
Wetherill 116
Wettendorff 116
Weygandt 179 202
Weyprecht 159
Wheaton 88
Wheeler 120 123 183
Wherry 15
Whipham 199
Whitacre 52 136
White 39
52 74 87 118 151
164 167 190 192 199
Whitelocke 192
Whitfield 163
Whitla 40
Whitman 46 111 124
Whitney 110
Whittles 99
Wiberg 184
Wichmann 199
Wichura 8
Widal 68 74
Widmann 40
Widmark 44
Wieland 112 136
Wiener 40 102 131
Wiesinger 46 160
Wiesner 83 120 206
Wieting 40
46 99 107 131 167
175 183
Wiggins 40
Wilbert 68
Wild 40
Wildbolz 64
Wilde 23
Wilder 36
Wildiers 46
Wilhelm 182
Will 76 168
Willard 176
Williams 20
40 91 123 167 172
176 200
Williamson 166
Willmoth 183
Willson 39 104 160
Wilms 55
63 71 144 183
Wilson 39 138 187
Wilson-Prévost 168
Winckel (von) 55
176 180
Winckler 140
Windisch-Oedön 176
Windscheid 72 139
Winiarska 22
Winkler 34
38 62 175 179
Winter 67
Winternitz 16
32 116 128 135 143
152 188
Winters 76
Wischmann 76 190
Wischnowitzer 124
Witherbee 199
Witherspoon 175
Witte 16[illegible]
Wittek 8 204
Witthauer 60
Wittmaack 156
Witzel 40 75
Wizel 7 151
Wodarz 28
Wodynski 170
Wohl 43
Wolf 64
92 111 158 186
Wolff 7
18 39 40 44 70
88 91 102 103 107
111 120 130 140 159
167 180 183 198
Wölfler 63
Wollenberg 124
Wolters 39
Wolze 138
Wolzendorff 196
Wood 6
72 107 166 184
Woodbury 111
Woodruff 36
Woods 64

Woods-Hutchinson.... 50
Woodward 60 99
Woodyatt............. 164
Woolley.............. 47 86 90 106
Wooten............... 167
Wormser........ 40 144
Worth........... 180 199
Wossidlo 119
Woyer 28
Wright............... 39 42 82 110 155 180 190 196
Wroblewski 76
Wuhrmann........... 7
Wulff 8 144
Wullstein........ 46 151
Wunschheim (von).... 134 147
Würth 39
Würtz................ 160
Würtzen.............. 191
Wychgel 8
Wyeth................ 147
Wynekoop............ 68
Wyss................. 188

X

Xalabarder 91 156

Y

Yachtchinsky......... 118
Yacoube.............. 40
Yankauer............. 180
Yanovsky............. 104
Yarr 172
Yarrow............... 110
Yates........... 131 178
Yersin............... 182
Yonge................ 204
Youchtchenko 39
Young................ 72 103 131 180 188 192
Yvernault............ 154
Yvert................ 140
Yvon................. 120

Z

Zaaijer 186
Zaalberg............. 52
Zabludowski 72 83 151
Zaborowski........... 104
Zacchiri 126
Zagari........... 123 196
Zagorjanski-Kissel 8
Zahor................ 152
Zahradnicky 28 83
Zalensky............. 204
Zalessky............. 7
Zampilloni.. 107 134 155
Zanconi.............. 16
Zangemeister 8 60 88 92 160
Zangger 74 175
Zanietowski.......... 35
Zannellini........... 42
Zannini.............. 39
Zanoni.......... 39 116
Zantchenko.......... 168
Zaphiriadès.......... 114
Zappert......... 160 188
Zarniko.............. 68
Zarra................ 40
Zartzyne........ 88 196
Zasiédatélev 152
Zatti........ 63
Zavadier............. 168
Zdravcoff 166
Zecca................ 116
Zeehuisen....... 114 154
Zeigan............... 166
Zeisler.............. 143
Zeissl (von).......... 47
Zeldovitch 60 203
Zeller........... 19 164
Zenczykowski......... 83
Zenoff............... 166
Zentler.............. 206
Zeri... 86 111 150 202
Zesas........... 144 167
Zicas 82
Ziegenspeck.......... 8
Ziegler 6 50
Ziegner.............. 152
Zieler............... 39
Ziem 192
Ziemann 7 35
Ziemssen 180
Zilgien.............. 102
Zilliacus 83
Zimmerl 103
Zimmermann.......... 32
Zimmern............. 159
Zimnitzky 51
Zingerle 2
Zinkeisen 83
Zirolia.............. 46
Zironi 39
Ziverte 51 202
Zogha 166
Zondek 111 136 146 168
Zoppi........... 106 122
Zöppritz............. 164
Zorzi 176
Zuccarelli........... 46
Zuccola.............. 152
Zuckerkandl 2 103 138 192
Zünd-Burguet......... 200
Zuntz................ 70
Zunz........ 18 178 186
Zupnik 7 91 118
Zuppinger .. 36 60 76
Zurakowski.......... 184
Zweifel.............. 164
Zwillinger 36 184
Zypkin 182 186



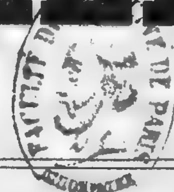
Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

VINGT-TROISIÈME ANNÉE — N° 1, 7 JANVIER 1903.



LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin



TRAVAUX ORIGINAUX

Le diagnostic de siège des calculs biliaires.

Le diagnostic du siège exact des calculs biliaires présente les plus grandes difficultés. Malgré les progrès réalisés depuis le travail classique de M. le professeur Naunyn sur la cholélithiase, progrès qui ont confirmé presque en tous points les prévisions de cet auteur, l'expérience quotidienne nous montre combien souvent, aussi bien dans les cas observés en ville que dans ceux de la pratique hospitalière, les calculs sont trouvés, à l'autopsie ou à l'opération, loin de l'endroit que l'on supposait en être le siège. Dans un grand nombre de faits, il est même impossible de se prononcer sur la localisation exacte des concrétions. Quelque méritoire qu'elle fût, la tentative faite il y a trois ans par M. Kehr (1), pour établir des règles générales visant le diagnostic de siège des calculs biliaires, a été certainement prématurée. Lorsque nos connaissances sur la formation, l'évolution et les complications des calculs biliaires seront plus complètes, lorsque surtout l'observation clinique contrôlée par l'autopsie ou l'opération — ou les deux — disposera d'une expérience plus longue, d'un matériel plus abondant et plus spécialement étudié dans ce but, il sera peut être possible de poser des règles générales. Pour le moment, il faut nous contenter de diagnostiquer le siège exact des calculs biliaires dans quelqu'une des multiples possibilités et des variations innombrables qu'offre la cholélithiase dans ses manifestations. C'est d'une de ces possibilités -- l'expérience nous a prouvé qu'elle est assez fréquente — que nous voulons nous occuper aujourd'hui.

Afin de préciser la catégorie de cas dont il s'agit, disons tout de suite que n'entrent en ligne de compte que des lithiasiques dont les selles ont, en règle générale, *une coloration biliaire plus ou moins prononcée*, et qui, *dans l'intervalle des poussées*, ne présentent pas d'ictère ou ont seulement un ictère léger, susceptible d'ailleurs de notables exacerbations. Cela restreint singulièrement le champ d'action des règles de diagnostic que nous allons essayer de formuler. Mais, appliquées à ces cas, elles se montreront aussi exactes qu'on peut l'espérer dans une matière aussi délicate et variable que l'est la cholélithiase.

Les facteurs jouant un rôle essentiel dans nos considérations sont : la poussée fiévreuse; l'ictère; la douleur; l'examen du sang.

I

La *fièvre* dans la cholélithiase est une manifestation de l'infection. Ainsi que nous l'avons démontré (2), la vésicule et les canaux biliaires contiennent déjà à l'état normal des germes plus ou moins nombreux. Après nous, MM. Gilbert et Lippmann (1) ont trouvé des anaérobies en quantités plus considérables encore, comme hôtes assidus des voies biliaires normales. La multiplication de ces germes, l'infection des voies biliaires et ses suites sont, en temps ordinaire, combattues avec succès par la motilité de la vésicule, par la chasse de la bile dans les canaux biliaires. Cette motilité et cette chasse surmontent rapidement même des infections artificielles violentes (2). Lésez cette motilité, supprimez ou entravez la chasse, créez en un mot de la *bile résiduelle* et l'infection prendra le dessus et s'établira rapidement dans l'arbre biliaire. C'est ainsi qu'avec M. Stolz (3) nous avons obtenu chez des chiens des cholécystites et des cholangites purulentes sans introduction artificielle de germes, rien qu'en donnant aux microbes qui pénètrent normalement dans la bile la possibilité de s'y développer. Les microorganismes de la bile normale sont en quantité décroissante au fur et à mesure que l'on s'élève dans l'arbre biliaire. C'est le tronc — le canal cholédoque —, et surtout la partie la plus voisine de l'intestin, qui en contient le plus (Netter). C'est donc là que se trouve la source principale des germes. En effet, par l'ampoule de Vater, les innombrables microbes de l'intestin peuvent, quand la chasse de la bile ne les en empêche, envahir facilement le conduit principal.

Or, la présence des calculs biliaires équivaut à une lésion de la motilité des voies biliaires : quand il y a calculs biliaires, il y a *bile résiduelle*. L'existence des calculs facilite donc le développement de l'infection contre laquelle les voies biliaires normales se défendent si bien. Il est évident que ces poussées infectieuses seront d'autant plus fréquentes que le siège des calculs sera plus rapproché de l'endroit où, déjà normalement, les bacilles apparaissent dans la bile. Elles seront le plus nombreuses quand le ou les calculs occuperont l'ampoule de Vater.

Dans la vésicule biliaire, les calculs occasionneront certes aussi des poussées fébriles, soit par le réveil d'une infection ancienne, soit par une infection nouvelle. Mais l'observation nous montre que l'accès de fièvre revêt une autre forme, selon qu'il est dû à un calcul siégeant dans la vésicule ou dans le canal cholédoque. Quand ce dernier est en cause, il s'agit généralement d'une poussée aussi rapide et élevée que passagère : la fièvre fait irruption, atteint 40° et souvent 41° pour disparaître au bout de quelques heures. Si la vésicule est au contraire le point de départ des accidents, ou bien la fièvre est moins intense et reste au-dessous de 39°, ou bien elle se prolonge plusieurs jours.

Cette différence s'explique facilement par les données que nous avons à notre disposition. Dans les cas qui nous occupent, en effet, la bile s'épanche encore, du moins durant les intervalles, en plus ou moins grande quantité dans l'intestin, ainsi que le prouve l'examen des selles. Si, d'un côté, la stase biliaire partielle facilite l'infection ascendante rapide, le flux de la bile cherche d'autre part à s'en rendre maître; et si l'infection n'arrive pas à tarir entièrement ou presque entièrement la sécrétion biliaire, c'est l'écoulement de la bile qui combattra l'infection et qui prendra le dessus, surtout quand la vésicule biliaire est libre. Il se peut aussi que l'infection s'éteigne sous l'influence de principes défensifs de l'organisme en rapport avec la leucocytose, dont nous parlerons tout à l'heure. Que si l'infection, au contraire, surgit dans une vésicule entravée de calculs, ou bien dans le canal cystique, il s'agira le plus souvent du réveil d'une infection ancienne à laquelle l'organisme est aguerri ; pour un plus petit nombre de cas, d'une infection à germes nouveaux. L'écoulement de la bile étant libre dans le canal hépatique et le canal cholédoque, l'infection sera limitée à la vésicule et au canal cystique ; la réaction de l'organisme sera donc moindre aussi. Par contre, à l'abri du flux de la bile, l'infection pourra durer plus longtemps, la vésicule elle-même étant entravée dans ses contractions par les calculs et l'inflammation.

Ainsi, chez les lithiasiques ayant des selles colorées, les poussées fiévreuses élevées, rapides et fréquentes (fièvre hépatique intermittente de Charcot), *indiquent que le siège des calculs est à chercher dans les parties basses de l'arbre biliaire.*

II

Comme nous l'avons antérieurement établi (1), l'*ictère* dans la cholélithiase n'est que très rarement la suite immédiate de l'obstruction des voies biliaires par un ou plusieurs calculs. En règle générale, l'ictère des lithiasiques est la suite de l'angiocholite infectieuse, aiguë ou chronique, qui complique souvent les calculs biliaires et rend imperméable, quand elle remonte assez haut, une partie des ramifications de l'arbre biliaire. L'ictère dans la cholélithiase est d'origine intra-hépatique, diffuse et inflammatoire. Il dépend, non pas d'une occlusion locale et purement mécanique par le calcul (2), mais de l'angiocholite qui surgit si facilement là où il y a stase biliaire, aussi incomplète qu'elle soit, des poussées et des rémissions de cette angiocholite, de sa véhémence et de son étendue dans l'arbre biliaire. C'est l'angiocholite des petites ramifications qui produira le plus facilement l'obstruction des voies biliaires. Si l'angiocholite n'est pas ascendante, si elle se borne aux troncs

(1) H. Kehr. Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit; auf Grund eigener, bei 433 Gallensteinlaparotomien gewonnener Erfahrungen. Berlin, 1899.

(2) H. Ehret et A. Stolz. La bile résiduelle dans la cholélithiase. (*Treizième Congrès international des sciences médicales, section de thérapeutique*, Paris, 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 275.) — Der Keimgehalt der normalen Galle. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1900, VI, 3.)

(1) Gilbert et Lippmann. Du microbisme normal des voies biliaires extra-hépatiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. de biol.*, 14 juin, 19 juillet et 25 octobre 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 214, 245 et 370.)

(2) H. Ehret et A. Stolz. Der Keimgehalt der Gallenblase bei Störungen ihrer Motilitat. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1900, VII, 2-3.) — Ueber Cholecystitis purulenta. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1901, VIII, 1-2.)

(3) H. Ehret et A. Stolz. Ueber experimentelle Cholecystitis und Cholangitis autoinfectiösen Ursprungs. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 janv. 1902.)

(1) H. Ehret et A. Stolz. Ueber die Bedeutung von Fremdkörpern in den Gallenwegen für das Zustandekommen von Ikterus. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1901, VIII, 4-5.) — Zur Lehre des entzündlichen Stauungsikterus. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1902, X, 1-2.)

(2) Il n'est pas possible d'obtenir chez le chien un ictère prononcé et durable par l'introduction d'un corps étranger *libre* dans le cholédoque. Voir pour les détails les travaux cités plus haut.

mêmes, l'ictère inflammatoire ne s'établira que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'inflammation produira un gonflement assez prononcé de la muqueuse pour oblitérer la lumière relativement large du canal biliaire.

La poussée infectieuse sera donc suivie d'une poussée ictérique, d'autant plus régulièrement que l'infection atteindra les petites ramifications de l'arbre biliaire. Ce sera très souvent le cas si la stase biliaire incomplète, suite des calculs, terrain propice au développement de l'angiocholite, embrasse tout l'arbre biliaire, c'est-à-dire s'il y a des calculs enclavés dans le canal hépatique ou dans le canal cholédoque. Plus le calcul siégera près de l'intestin, plus les poussées infectieuses seront nombreuses; elles seront, en outre, accompagnées plus ou moins souvent d'une poussée ictérique.

L'ictère sera beaucoup plus rare si les calculs sont situés dans la vésicule ou dans le canal cystique. Chaque réveil de l'infection intéressera facilement toute la vésicule et tout le canal cystique, mais se trouvera arrêté dans sa marche par la chasse de la bile, normale encore dans le canal hépatique et le cholédoque. Dans les cas de cholélithiase chronique, de date très ancienne, où, par l'expulsion successive et réitérée de calculs, il s'est établi une angiocholite chronique, une poussée infectieuse partant de la vésicule ou du canal cystique gagnera facilement aussi les parties intra-hépatiques de l'arbre biliaire. Il faudra donc être prudent dans l'application de la règle que nous allons déduire, et se convaincre, pour chaque cas, que dans les antécédents on ne trouve pas les symptômes d'une angiocholite chronique et diffuse. Somme toute, on peut dire qu'en règle générale, *des poussées d'ictère nombreuses, successives et rapides, indiqueront* a priori *qu'il y a enclavement de calculs dans le canal cholédoque.*

III

En ce qui concerne la *douleur*, l'observation d'un nombre assez considérable de faits, observés à la clinique médicale de M. le professeur Naunyn et spécialement étudiés à ce point de vue, nous a démontré que les phénomènes morbides que nous avons jusqu'ici passés en revue — poussées fiévreuses et poussées ictériques à répétition — ne sont généralement pas accompagnés de douleurs bien violentes. Souvent les malades, qui dans les intervalles libres se sentent tout à fait bien portants, n'accusent aucune douleur pendant les accès; parfois ils se plaignent d'une douleur sourde dans la région du foie. L'organe lui-même est sensible au toucher durant les paroxysmes. Des douleurs violentes, accompagnant régulièrement les crises, indiqueront que le siège des calculs est à chercher aussi dans la vésicule, de même que le point de départ des accès.

Ainsi donc, les poussées fiévreuses, l'ictère à répétition, *surtout quand ils ne seront pas accompagnés de douleurs violentes*, nous feront admettre comme siège des calculs le canal cholédoque.

IV

Quant à l'*examen du sang*, proposé en premier lieu pour le diagnostic de la cholélithiase par M. Pick (1), il est un cas où il nous fournira un résultat certain. Si chez un des lithiasiques dont nous nous occupons ici nous trouvons une élévation constante du nombre des leucocytes, même dans les intervalles libres, il nous sera permis d'affirmer que le siège du foyer purulent que trahit la leucocytose constante est la vésicule. L'hypothèse d'angiocholite ascendante suppurée partant du cholédoque ne serait pas compatible avec la coloration des selles. Si, par contre, le nombre des leucocytes est normal entre les différentes poussées, et qu'il subisse, pendant les crises, une augmentation très considérable, il ne nous sera pas permis d'en déduire d'une façon absolument certaine qu'il s'agit d'un calcul enclavé dans le canal cholédoque. Ce sera pourtant un argument très sérieux en faveur de ce dernier diagnostic : si, en effet, la vésicule était le point de départ de ces poussées infectieuses, il y aurait grande chance que l'inflammation de la vésicule devînt purulente, situation qui entraînerait une leucocytose aussi dans l'intervalle des paroxysmes.

(1) M. Pick indique la leucocytose comme signe des processus infectieux accompagnant la cholélithiase.

Nous pouvons résumer les différentes considérations que nous venons d'exposer dans la formule suivante :

Chez un lithiasique qui présente des poussées fébriles élevées et à répétition, accompagnées de poussées ictériques de degré variable, et au cours desquelles les douleurs font plus ou moins défaut, nous admettrons que le canal cholédoque est le siège du ou des calculs, si l'examen réitéré du sang ne nous révèle pas une leucocytose constante, les selles, d'autre part, étant généralement colorées.

Dr H. Ehret,
Privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Strasbourg.

MÉDECINE PRATIQUE

La salpingoscopie ou cystoscopie du nasopharynx.

Les urologistes se servent depuis longtemps, pour explorer la vessie, du cystoscope, instrument constitué par un tuyau de métal portant à son extrémité une petite lampe à incandescence qui éclaire suffisamment toute cavité dans laquelle on introduit l'appareil. Celui-ci donne ainsi, à travers un prisme et une petite lunette d'approche, des images très nettes des parties éclairées.

M. le docteur M. Reichert s'étant servi d'un très petit cystoscope pour explorer les sinus maxillaires ouverts artificiellement dans 3 cas d'empyème de ces cavités, j'ai eu l'idée d'introduire un instrument analogue dans le nasopharynx en passant par le méat nasal inférieur, et j'ai pu me convaincre que les images de la voûte du pharynx et de ses parois latérales, obtenues de la sorte, surpassent de beaucoup, en netteté et en beauté, celles que fournissent d'autres méthodes, telles que la rhinoscopie antérieure ou postérieure. Comme ce sont surtout les orifices internes des trompes d'Eustache et les mouvements de leurs muscles qui peuvent être étudiés avec fruit par ce moyen, j'ai nommé *salpingoscopie* cette application du cystoscope.

La lampe électrique du salpingoscope a une tension d'environ 4 volts et, tout en éclairant suffisamment, elle ne développe qu'une chaleur presque imperceptible, même pendant une période d'examen assez prolongée. Le courant de deux éléments accumulateurs ou de trois petits éléments secs suffit à l'éclairage. D'autre part, le tuyau de cet instrument a un diamètre de 4 millimètres et demi seulement; il peut donc être introduit dans les méats inférieurs chez la plupart des adultes. Cependant, l'asymétrie nasale très fréquente, surtout dans le sexe masculin, ne permet souvent de le passer que d'un seul côté, soit à droite, soit à gauche. Mais pour distinguer parfaitement les deux orifices, il suffit d'une introduction unilatérale, car, si l'on veut voir successivement les deux parois latérales du nasopharynx, on n'a qu'à faire tourner le salpingoscope autour de son axe.

Avant de s'en servir, il faut désinfecter l'instrument dans une solution faible de lysol. La fenêtre du prisme doit être frottée avec un peu de savon de potasse, puis essuyée avec un linge fin et sec; sans cette précaution, elle se couvrirait vite de buée. Le nez doit être bien nettoyé avec un tampon de coton ou même irrigué préalablement à la seringue.

La cocaïnisation est utile, sans être absolument indispensable.

On aperçoit dans le champ visuel de l'instrument une image des objets, tournée par le prisme de 90°, c'est-à-dire que si l'on regarde la paroi droite du nasopharynx on voit à gauche ce qui en réalité se trouve en arrière, et à droite ce qui est en avant. Il va de soi que, pour la paroi gauche, on obtient le même résultat, mais en sens inverse.

A l'état de repos (*fig. 1*), l'objet le plus saillant de la paroi latérale est l'orifice de la trompe d'Eustache qui, dans l'appareil, semble considérablement agrandi. Sa forme varie beaucoup.

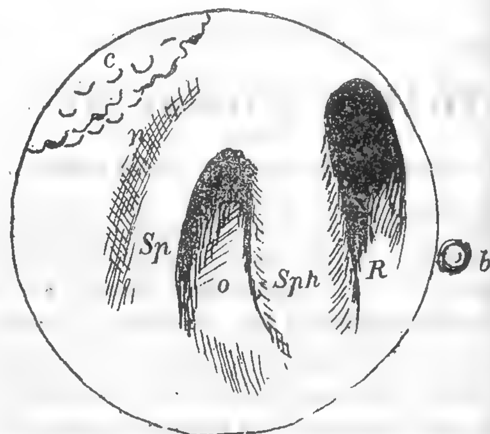


Fig. 1.

Orifice de la trompe à l'état de repos (le salpingoscope est introduit dans la narine droite, le prisme est tourné vers la gauche du malade).

c, cornet inférieur gauche; *n*, gouttière nasopharyngée; *Sp*, pli salpingopalatin; *o*, orifice de la trompe gauche; *Sph*, pli salpingopharyngé; *R*, fossette de Rosenmüller; *b*, bouton indicateur de la position du prisme.

Chez les enfants et chez les adolescents — par exception, j'ai réussi à faire cette exploration même chez des enfants de dix ans —, l'orifice est généralement plus pointu vers le haut et de contour plus triangulaire; chez les adultes, il est, au contraire, souvent arrondi ou réniforme. Ses lèvres antérieure et postérieure sont nettement limitées, tandis que sa base n'est que vaguement indiquée par la légère proéminence du pli muqueux du releveur du voile.

Mais cette image de repos change très facilement, au moindre mouvement de phonation ou de déglutition. Il n'est même possible de l'observer avec netteté que si le malade a une respiration nasale tranquille.

Les mouvements des contours de l'orifice donnent dans le salpingoscope une image aussi précise qu'intéressante. Le voile du palais se lève subitement et forme une limite nette devant toute la partie inférieure de l'image (*fig. 2*).

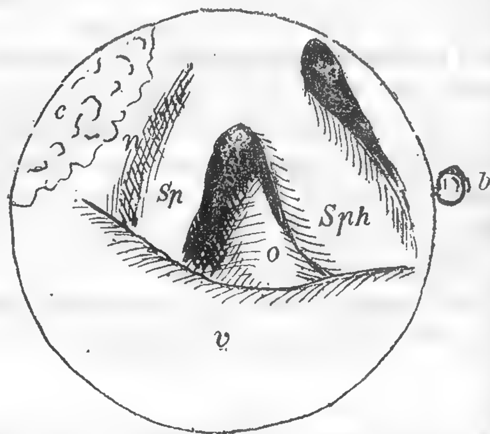


Fig. 2.

Orifice de la trompe pendant les mouvements de phonation ou de déglutition (le salpingoscope est placé de la même façon que dans la *fig. 1*).

Même légende que pour la *figure 1*; *v*, voile du palais.

Le pli du releveur s'épaissit et constitue une saillie qui se perd directement dans le voile. La lèvre antérieure, avec le pli salpingopalatin, ne fait qu'une très légère excursion, tandis que la lèvre postérieure, avec le pli salpingopharyngé, bondit brusquement en arrière et recouvre

même une partie de la fossette de Rosenmüller. L'orifice prend l'aspect d'un triangle à large base, partiellement recouvert en bas par le pli saillant du releveur. On distingue malgré cela, pendant tout le mouvement, un trou noir dans la partie supérieure du triangle : c'est l'ouverture libre qui conduit dans l'intérieur de la trompe.

Tous ces mouvements, assez semblables chez les personnes bien portantes, varient considérablement chez certains malades; aussi est-il à espérer que la salpingoscopie donnera de nouveaux renseignements pour la pathologie des oreilles et du pharynx. La conformation anormale de la paroi latérale du pharynx rend souvent très difficile le cathétérisme de la trompe; dans ces cas, il est possible de contrôler par le salpingoscope, introduit dans l'autre narine, le passage du cathéter jusque dans la trompe elle-même.

Dans le même champ visuel, ou bien en tournant légèrement l'instrument autour de son axe, on aperçoit, au voisinage de l'orifice : en avant, le cornet nasal inférieur et la gouttière nasopharyngée; en arrière, la fossette de Rosenmüller, de forme et de grandeur si variables. Les anomalies anatomiques et les altérations morbides de ces organes sont faciles à reconnaître.

La situation du prisme dans le nasopharynx étant indiquée par un bouton fixé à la périphérie du cercle oculaire de l'instrument, il suffit de tourner ce bouton vers le haut pour apercevoir la voûte du pharynx. Cette surface, étant plus éloignée du prisme que les parois latérales, semble rapetissée, et il faut une certaine habitude de la salpingoscopie pour bien juger de ses dimensions. On voit les granulations adénoïdes et les plis amygdaliens de la voûte et souvent on distingue le petit orifice de la bourse pharyngée, situé d'habitude un peu latéralement par rapport à la ligne médiane.

En tournant le prisme vers le bas, on aperçoit le voile du palais et, de très loin et dans l'ombre, l'image en miniature du larynx. Durant les mouvements de phonation ou de déglutition, le voile du palais couvre habituellement tout le champ visuel, sauf chez les personnes dont le pharynx a un très grand diamètre sagittal. Chez celles-ci, on observe alors plusieurs plis formés par la muqueuse des parois postérieure et latérale qui se pressent contre le voile et contre la forte saillie du muscle palatostaphylin. Le voile et ces plis constituent une cloison hermétique entre le nasopharynx et le pharynx buccal.

Le larynx lui-même est trop peu éclairé pour être vu nettement et en détail. Cependant, on peut se servir d'un cystoscope, même de plus grand diamètre, pour l'étude spéciale de cet organe. Il faut, à cet effet, l'introduire par la bouche dans la position habituelle d'un miroir laryngé. Ce moyen d'exploration peut rendre des services lorsque des tumeurs de la langue, ou l'impossibilité d'ouvrir largement la bouche, entrave la laryngoscopie ordinaire. Chez les enfants, si difficiles à examiner au laryngoscope, le petit salpingoscope introduit dans la bouche m'a donné déjà d'excellents résultats.

Dr A. VALENTIN,
Professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Berne.

PREMIER CONGRÈS ÉGYPTIEN DE MÉDECINE

Tenu au Caire du 19 au 23 décembre 1902.

Bilharzia et bilharziose.

M. Loos (du Caire), *rapporteur.* — Tous les bilharzias que l'on trouve dans la veine porte sont sans exception des vers jeunes, car les individus adultes, en activité sexuelle, se rencontrent dans les veines du petit bassin; la vie de ces parasites a une durée déterminée, et ils déposent sur les parois des organes des œufs en nombre considérable, qui sont éliminés ultérieurement; cette expulsion peut durer fort longtemps, dix ans et plus, comme dans le cas de M. Lortet. Le seul milieu favorable pour l'embryon est l'eau, et cela pour une courte durée. Les différents moyens essayés par divers auteurs et par moi pour faire enkyster l'embryon dans des mollusques, des crustacés, des larves d'insectes, des poissons et diverses espèces de plantes ont totalement échoué, ainsi que les tentatives d'inoculation directe aux animaux.

De nouvelles expériences, tant *in vitro* que sur les animaux, m'ont démontré que les embryons de bilharzia étaient détruits dans une solution d'acide chlorhydrique à 2 ‰, ainsi que dans le suc gastrique. Aussi ma conviction personnelle est-elle que le bilharzia ne pénètre pas par le tube digestif, comme on l'admet généralement, mais par la surface cutanée. Ce qui confirme mon hypothèse, c'est que la bilharziose atteint de préférence les individus qui, par leur profession, exposent leurs jambes au contact des eaux boueuses : c'est ainsi que les gens pauvres sont plus atteints que les personnes de la classe élevée, les hommes que les femmes, sauf dans certaines régions où ces dernières participent aux travaux des champs et sont frappées dans la même proportion que les hommes.

M. Lortet (de Lyon). — Le cas auquel a fait allusion M. Loos se rapporte à un ancien soldat, qui a contracté la bilharziose il y a quinze ans, en Tunisie, et qui, depuis cette époque, est garçon de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon. Ce malade rend par jour, avec les urines, près de 3,000 œufs; il a donc rejeté, en quatorze ans, 2,136,200,000 œufs. On ne peut supposer qu'il existe encore chez lui des femelles pondeuses, car il serait tout à fait contraire aux lois de la physiologie qu'un animal de dimensions aussi faibles que le bilharzia pût vivre quatorze ans. Reste donc la seule hypothèse admissible, à savoir que ces œufs ont été déposés dans les parois vésicales et qu'ils sont expulsés successivement.

M. Ruffer (d'Alexandrie). — Je m'élève contre la théorie de la pénétration du bilharzia par la peau, parce qu'elle ne repose sur aucune preuve concluante : la porte d'entrée n'a jamais été signalée, les lésions cutanées sont exceptionnelles dans la bilharziose, enfin les Boers, par exemple, qui sont atteints fréquemment de cette maladie, n'ont pas leurs jambes constamment dans les eaux malpropres.

Quant au développement du parasite, j'ai toujours trouvé les vers dans les membranes muqueuses, non pas dans les vaisseaux sanguins, mais dans de petits kystes et dans les vaisseaux lymphatiques.

Les calculs d'origine bilharzienne sont plus rares que ne l'admettent les auteurs; pour ma part, il ne m'a jamais été donné jusqu'ici de trouver un seul œuf au centre d'un calcul.

M. Gœbel (d'Alexandrie). — Comme M. Ruffer, j'ai toujours constaté la présence des parasites dans des cavités néoformées et dans les espaces lymphatiques. Toutefois, j'attire l'attention sur ce fait que, dans le cours d'une opération pour bilharziose, j'ai rencontré dans le sang évacué une quantité de vers vivants.

J'ai eu souvent l'occasion de trouver le bilharzia dans le cancer de la vessie et du rectum, comme le démontrent les nombreuses pièces anatomiques que voici. C'est pour moi une simple coïncidence, car il ne peut y avoir aucun rapport entre ces deux affections.

M. Lortet. — En faveur de l'opinion de M. Ruffer touchant la présence des œufs dans les kystes et les vaisseaux lymphatiques, je rappellerai que les embryons de bilharzia meurent sitôt qu'on les met en contact avec le sang.

M. Trekaki (d'Alexandrie). — Tout en admettant que les calculs dus au bilharzia sont rares, je pense qu'ils ne le sont pas autant que vient de le dire M. Ruffer; c'est ainsi que Zancarol a publié plusieurs faits avec examen microscopique positif. Au reste, on comprend facilement qu'il en soit ainsi : dans notre pays, le fellah absorbe 2 grammes de sels minéraux par jour; dans ces conditions, il suffit de la moindre irritation vésicale — de la présence de bilharzia, par exemple — pour faire précipiter les sels et produire un calcul. Or, la bilharziose vésicale est incontestablement, dans notre pays, la plus commune des manifestations dues au bilharzia. Elle sévit d'une façon plus marquée dans le delta du Nil, où elle atteint 50 % environ de la population fellah, que dans le reste de la basse Egypte et surtout que dans la haute Egypte, ce qui porte à croire que le parasite est plus fréquent là où l'eau est plus malpropre et plus stagnante.

M. Adamidi (du Caire). — Chez un malade qui était atteint d'hématurie, de dysenterie et d'un volumineux abcès hépatique, j'ai trouvé des œufs de bilharzia dans les urines, les selles et le pus; c'est, je crois, la première observation d'abcès hépatique d'origine bilharzienne.

M. Abd-el-Fatah Fehmi (du Caire). — J'ai observé un enfant âgé de huit jours, qui était atteint d'hématurie, et l'examen des urines m'a révélé la présence d'œufs de bilharzia.

M. Kautsky bey (du Caire). — Mes recherches sur l'hématologie de la bilharziose ont porté sur 108 garçons âgés de huit à dix-huit ans. L'anémie que j'ai constatée était caractérisée par une disproportion entre le taux de l'hémoglobine, qui descend jusqu'à 45 %, et le nombre des globules rouges, lequel ne s'abaisse pas au-dessous de 4 millions, et en outre par une très forte éosinophilie, se traduisant par 53 globules oxyphiles sur 100 leucocytes, proportion la plus élevée que j'aie pu trouver dans la littérature médicale.

M. Wildt (du Caire). — L'évolution du bilharzia dans l'organisme est, à mon avis, la suivante. Les vers venus de la veine porte arrivent aux petites veinules terminales des voies urinaires et des dernières voies digestives, où ils s'accouplent et pondent. Grâce à la thrombose, les œufs deviennent libres sous l'épithélium des muqueuses, où ils subissent le sort de tout corps étranger : tantôt ils sont tolérés et s'enkystent en produisant des néoformations du volume d'une tête d'épingle à celui d'un polype et même d'une grosse tumeur; tantôt ils ne sont pas tolérés et sont éliminés par suppuration, d'où des ulcérations qui sont agrandies par les urines ou les selles et déterminent finalement la production de fistules.

Ces lésions se rencontrent dans les voies urinaires depuis le méat jusqu'au rein, et dans les voies digestives depuis l'anus jusqu'au côlon.

M. F. Milton (du Caire). — Le bilharzia occupe de préférence les voies urinaires, puis les organes génitaux de la femme, principalement les organes externes et le col de l'utérus, et enfin l'anus et le rectum.

Son action sur les tissus se manifeste suivant deux modes différents : tantôt il y a destruction des tissus, c'est la forme atrophique; tantôt il y a développement exagéré, c'est la forme hypertrophique. La première variété est plus fréquente dans les voies urinaires, la seconde dans les organes génitaux de la femme, ainsi qu'au niveau de l'anus et du rectum.

M. Ali Labib (du Caire). — Les fistules produites par le bilharzia sont très fréquentes en Egypte. Chez la femme, il est vrai, j'ai rencontré une seule fois une fistule vésico-vaginale; mais chez l'homme ma statistique comprend 940 cas dont 10 fistules sus-pubiennes, 120 péniennes, 800 scrotales et périnéales et 10 vésicorectales.

Etiologie et traitement du trachome.

M. Eloui bey (du Caire), *rapporteur.* — Je tiens à déclarer tout d'abord que je repousse pour le trachome la dénomination de conjonctivite granuleuse, car la granulation peut évoluer et se terminer par la cicatrice, stigmate de l'affection, sans qu'il y ait eu le moindre phénomène inflammatoire.

On peut distinguer deux formes de granulations conjonctivales : dans la première, dite simple, la granulation représente à elle seule toute la maladie; dans la seconde, dite mixte, la granulation est accompagnée d'hypertrophie papillaire; aussi cette variété est-elle appelée parfois *granulo-papilleuse;* elle est à séparer d'avec l'hypertrophie papillaire simple, qui constitue la fausse granulation.

Quelques auteurs soutiennent qu'il y a un rapport direct de cause à effet entre l'ophtalmie purulente et la granulation conjonctivale, en d'autres termes que toute granulation doit débuter par une conjonctivite. Je crois cette opinion erronée; en effet, il m'a été souvent donné d'observer des granulations à leur début et de ne remarquer sur la conjonctive aucune altéra-

tion inflammatoire; toutefois, la présence des granulations sur une conjonctive prédispose celle-ci à l'éclosion des germes de la suppuration.

Au point de vue étiologique, il faut diviser les granulations en *sèches* et en *sécrétantes*, et cette division est très importante, car la granulation sécrétante est contagieuse, tandis que la granulation sèche ne l'est pas. La contamination se produit rarement par contact direct, souvent par les poussières qui ont été souillées par ces sécrétions, et plus fréquemment encore par les mouches. Aussi, au point de vue prophylactique, importe-t-il d'abord d'isoler les granuleux sécrétants, puis d'améliorer les conditions hygiéniques des habitations et de prescrire une hygiène spéciale individuelle, notamment en ce qui concerne les soins des yeux.

C'est parce que je me suis inspiré de ces préceptes que depuis mon entrée en fonctions comme inspecteur des écoles, j'ai vu le nombre des granuleux, qui était auparavant de 85 à 90 %, s'abaisser à 32 % dans les écoles supérieures, à 45 % dans les écoles secondaires, et à 75 % dans les écoles primaires, suivant que mes prescriptions hygiéniques ont été plus ou moins exactement suivies.

M. Baudry (de Lille). — Je partage en tous points l'opinion de M. Eloui bey, notamment en ce qui concerne l'absence de rapport entre l'ophtalmie purulente et la granulation conjonctivale. La première peut compliquer la seconde, mais ne doit pas être considérée comme une poussée aiguë trachomateuse, pas plus qu'elle ne peut aboutir à la granulation. Il est admissible, toutefois, que des inflammations répétées prédisposent la conjonctive à l'infection trachomateuse, et, qu'inversement la présence du trachome facilite l'action des agents de la suppuration.

L'examen de nombreux malades granuleux de vos hôpitaux m'a frappé, en ce sens que le pannus de la cornée est ici peu fréquent, relativement à ce que nous observons chez les granuleux de nos pays.

M. Lakah (d'Alexandrie). — Contrairement à l'opinion de M. Eloui bey, j'estime que le principal mode d'infection trachomateuse est le contact direct et non les poussières. En effet, dans mes recherches bactériologiques sur l'agent spécifique de cette affection — et sans que je sois parvenu à isoler un microbe particulier —, j'ai pu m'assurer que cet agent ne pouvait pas vivre plus de trente heures environ dans les poussières; aussi, à mon avis, ces dernières ont seulement un rôle prédisposant, en irritant la conjonctive, et non un rôle infectant.

M. Jacovidès (d'Alexandrie). — Je pense, comme M. Eloui bey, que les mouches jouent ici le rôle prépondérant. D'autre part, il me semble que le pinceau qui sert à étendre le *kohl* doit être un mode de contage assez fréquent.

D'après mes statistiques de l'hôpital et de la clientèle de ville, il y aurait 75 % de granuleux dans la classe pauvre, 55 % dans la classe moyenne et 35 % dans la classe riche.

Je puis confirmer la remarque de M. Baudry sur la rareté du pannus dans notre pays; cette complication ne s'observe que chez 10 % des granuleux en Egypte, alors qu'on la rencontre dans 40 % des cas en Europe.

M. Sameh bey (du Caire). — La granulation n'est pas, à mon avis, une entité morbide spéciale; elle n'est qu'une des nombreuses modalités des infections conjonctivales. Elle survient toujours après une conjonctivite catarrhale ou purulente et si, parfois, on croit qu'elle a débuté sans phénomènes inflammatoires, c'est que ce premier stade a passé inaperçu.

M. Lakah. — Je suis chargé par M. Abadie de déclarer en son nom qu'il n'a jamais soutenu que l'ophtalmie purulente se terminât d'ordinaire en Egypte par la conjonctivite granuleuse; pour lui, l'ophtalmie purulente est une cause simplement prédisposante de la granulation conjonctivale.

M. Gayet (de Lyon). — En ce qui concerne le traitement du trachome, il me semble que l'on abuse de l'intervention chirurgicale. Le sulfate de cuivre est excellent et suffit dans la majorité des cas.

M. Chedoudi (du Caire). — Le traitement par le sulfate de cuivre est très long et souvent inefficace. Pour moi, le traitement chirurgical n'est pas aussi dangereux qu'on le croit; il rend de signalés services quand les soins médicaux ont complètement échoué.

M. Lakah. — Le brossage des granulations, que M. Abadie a fait connaître en Egypte en 1891 et que j'applique ici depuis huit ans, me paraît être le traitement de choix des granulations. J'ai vu opérer et j'ai opéré moi-même avec pleins succès des cas datant de trois et même de quatre ans, et ayant résisté à tous les traitements.

Lorsque les granulations s'accompagnent d'une conjonctivite subaiguë, je pratique sur la conjonctive des scarifications, que je fais suivre d'attouchements avec le glycérolé de sulfate de cuivre à 10 %, et après amendement je pratique le brossage.

M. Sameh bey. — J'ai essayé le brossage, mais j'y ai renoncé, car s'il soulage les malades, il ne les guérit pas. J'emploie, actuellement, la papaïne avec l'acide borique mélangés dans la proportion de 1 sur 4, et j'en suis très satisfait.

M. Eloui bey. — Dans la forme sèche des granulations, après canthoplastie, si c'est nécessaire, je retourne la paupière, je pratique quatre ou cinq scarifications plus ou moins profondes suivant les lésions, puis je frotte la surface cruentée avec de l'ouate trempée dans un mélange de sulfate de cuivre et d'acide borique, et, quand la réaction inflammatoire s'est apaisée, je continue le traitement en frictionnant la paupière avec de l'ouate trempée dans la solution de sublimé à 1 ‰.

Dans la forme sécrétante, je me contente d'instiller du nitrate d'argent en solution de 1 à 2 %.

M. Chedoudi. — Si M. Sameh bey n'a pas obtenu de bons effets du brossage, cela tient probablement à ce qu'il a négligé le traitement post-opératoire — frictions de la conjonctive avec une solution de sublimé à 2 ‰ — qui, pour M. Abadie, est peut-être plus important que l'acte opératoire lui-même.

M. Wicherkiewicz (de Cracovie). — Les traitements du trachome sont basés sur ce principe que la cautérisation ne doit pas être profonde. Quant à la canthoplastie, c'est une excellente opération, qui trouve des indications assez fréquentes.

Dans les cas d'infiltration aiguë, la friction des conjonctives avec le sublimé en solution à 1 ‰ et même à 1 % est très utile et produit une réaction puissante, capable de supprimer les granulations en un court délai. D'ailleurs, le brossage n'agit pour moi qu'en faisant pénétrer les antiseptiques dans les couches profondes du tissu conjonctif où se trouvent placées les granulations.

M. Baudry. — A une pathologie incertaine correspond une thérapeutique flottante, d'où la multiplicité des traitements préconisés. L'accord est pourtant unanime sur ce point, à savoir qu'il faut, ainsi que vient de le rappeler M. Wicherkiewicz, ménager la muqueuse et renoncer aux méthodes qui la détruisent.

Le traitement doit varier suivant la forme sèche ou sécrétante, diffuse ou localisée. Tantôt la médication générale et locale réussit, tantôt le traitement chirurgical s'impose.

Je ne partage pas l'avis de M. Gayet sur le sulfate de cuivre qui est douloureux et incertain dans ses résultats. Je lui préfère le nitrate d'argent en solution à 1 %, surtout dans la forme sécrétante.

Dysenterie et abcès du foie.

M. Kartulis (d'Alexandrie), *rapporteur.* — C'est à la chaleur, à l'impaludisme et surtout à l'alcoolisme que les anciens observateurs attribuaient la genèse des abcès hépatiques. Actuellement on admet que les abcès tropicaux du foie sont presque toujours causés par la dysenterie : sur 313 cas réunis par M. Kelsch et par Kiener, 268 concernent des abcès post-dysentériques, soit 85 %, et sur 160 malades que j'ai observés moi-même, 95 avaient eu la dysenterie, soit 58 %. Les abcès non dysentériques sont dus pour la plupart aux lésions intestinales et quelques-uns à la pyohémie.

Mais si la dysenterie endémique des pays chauds est fréquemment suivie d'abcès du foie (320 abcès sur 1,860 cas de dysenterie observés dans les Indes orientales, soit 23 %), il n'en est pas de même pour la dysenterie épidémique des pays tempérés, car, sur 1,896 cas de dysenterie observés en Europe, on ne nota que 28 abcès, soit 8 %. C'est que la dysenterie épidémique est due au bacille de Shiga-Krause, tandis que la dysenterie endémique est occasionnée par l'amibe. A mon avis, l'amibe est la seule cause de la dysenterie endémique et des abcès hépatiques post-dysentériques : en effet sa présence est constante dans les selles dysentériques et dans le pus des abcès. Pour établir incontestablement sa spécificité, il aurait fallu l'obtenir en culture pure; malheureusement l'étude des amibes n'est pas aussi avancée que celle des bacilles. Cependant Krause, Pasquale et moi avons injecté à des chats, dans le rectum, du pus hépatique renfermant un grand nombre d'amibes, et nous avons observé toutes les lésions locales de la dysenterie. Ce même pus, chauffé préalablement à 65°, ne nous a donné que des résultats négatifs.

La suppuration hépatique est-elle due à l'amibe ou aux microbes de la suppuration ? Pour moi, l'amibe ne produit que la nécrose, et la suppuration est causée par les germes pyogènes, dont les plus fréquents sont les staphylocoques et les streptocoques qui s'introduisent dans l'organisme en même temps que l'amibe. L'absence des bactéries dans le pus hépatique est, à mon avis, une légende et tient uniquement à ce que, au moment de l'examen, l'abcès étant ancien, les microbes ont disparu.

Cette pathogénie des abcès hépatiques nous conduit à une prophylaxie scientifique. On peut prévenir les abcès du foie, ou du moins en atténuer la gravité, en soignant dès le début toute dysenterie, quelque bénigne qu'elle paraisse.

M. Comanos pacha (du Caire), *co-rapporteur.* — L'hépatite suppurative aiguë est pour moi une maladie exclusive des pays chauds, dont la double cause réside : 1° en l'influence du climat, qui provoque une congestion constante du foie, et cela en imposant en partie à ce viscère le travail des poumons et des muscles; cette congestion est encore favorisée par l'abondance de la nourriture et par l'abus des boissons alcooliques; 2° en une invasion microbienne occasionnelle qui provient d'une dysenterie, de l'ingestion d'une eau malpropre, ou qui peut être encore autochtone.

Le premier facteur exerce une action prépondérante absolument indispensable et le second achève l'action morbide. Cela étant, au lieu de la longue dénomination d'hépatite suppurée des pays chauds, je propose d'appeler cette affection *calorhépatite*.

M. Métivi (de Saïgon). — Des nombreuses observations que j'ai recueillies en Cochinchine, il résulte, pour moi, que l'agent de la dysenterie n'est pas l'amibe, mais un bacille présentant certaines analogies avec le colibacille et le bacille d'Eberth, tout en étant complètement différent de ces deux microorganismes. Isolé et inoculé aux animaux, ce bacille provoque leur mort par septicémie.

M. Legrand (d'Alexandrie). — J'ai obtenu avec la graine d'El-Kozam (*Brucea sumatrana*, de la famille des simaroubées) d'excellents résultats dans le traitement de la dysenterie, mais seulement dans les cas aigus. Fait important à signaler, ce médicament n'est efficace que dans la dysenterie vraie et non dans les affections dysentériformes.

M. Belleli (de Port-Saïd). — L'entéroclyse est pour moi le véritable traitement de la dysenterie. Après avoir essayé des solutions boriquées et naphtolées, j'emploie la solution phéniquée de 2 à 3 %, qui m'a fourni les plus satisfaisants résultats; cependant la solution à 3 % occasionne parfois de légers accidents d'intoxication. Chez l'enfant, le même traitement est applicable, mais avec des solutions beaucoup plus faibles.

M. Pressat (d'Ismaïlia). — Le traitement local est également à mon avis la médication de choix de la dysenterie; j'emploie le chloral en solution de 5 à 10 ‰.

Le traitement chirurgical des abcès du foie.

M. Voronoff (du Caire), *rapporteur.* — Sur 1,089 opérations exécutées dans les vingt-cinq dernières années par 16 confrères, je note 94 ponctions avec 60 % de mortalité et 994 interventions larges avec 34 % de mortalité; aussi la ponction doit-elle être proscrite comme moyen curatif et pratiquée seulement comme moyen d'exploration.

A la ponction exploratrice, quelques auteurs

à la suite de M. Petridès (d'Alexandrie), veulent substituer la pleuro-laparotomie exploratrice, qui serait moins grave et surtout plus constante dans ses résultats. Pour ma part, je la trouve plus dangereuse et ne l'admets que lorsque des ponctions exploratrices nombreuses ont été faites sans résultat et que l'on reste convaincu de la présence du pus.

Le manuel opératoire adopté ici n'a rien de spécial et, avec quelques petites variantes suivant les auteurs, reste le même qu'en Europe : voie transpleurale ou transpéritonéale, selon la proéminence de l'abcès, ponction préalable pour s'assurer de la présence du pus, incision couche par couche, résection étendue des côtes et parfois des cartilages costaux quand on a adopté la voie pleurale, suture de la plèvre ou du péritoine en l'absence d'adhérences pour empêcher le passage du pus dans ces grandes séreuses, détersion de la poche au moyen d'injections ou mieux encore de tampons ou de gaze stérilisée. Le curettage préconisé par M. Fontan a été pratiqué deux fois par moi avec succès et je suis assez disposé à employer cette méthode.

M. Legrand. — Dans les résections pour abcès du foie, il ne faut toucher ni les cartilages ni le sternum, parce qu'ils sont très prédisposés à l'inflammation et qu'on serait obligé, comme cela m'est arrivé dans un cas, de les réséquer ultérieurement. M. Petridès est d'ailleurs du même avis que moi.

M. Gœbel. — Je repousse énergiquement le grattage, parce qu'il est impossible, dans un abcès volumineux et profond, de tout enlever, et parce que cette manœuvre prolonge inutilement la durée de l'opération.

M. Latis (d'Alexandrie). — Le grattage, pour moi, est superflu; l'eau oxygénée peut le remplacer, et cela sans le moindre danger.

M. Martin (de Pnom-Penh). — Dans toutes mes opérations pour abcès du foie, je pratique systématiquement le grattage, car il diminue la durée de la maladie et fait baisser immédiatement la température; sur 16 interventions, j'ai eu 6 décès, soit 38 % de mortalité.

M. Wildt. — Je suis tout à fait opposé au grattage, parce que les parois des abcès sont tapissées d'infiltrations purulentes, et que les bourgeons charnus protecteurs de la substance hépatique ne se montrent que quinze jours environ après l'évacuation du pus. Aussi, je crains que le grattage ne produise des lésions des vaisseaux sanguins et des canaux biliaires, et même ne détermine une infection générale.

En ce qui concerne la ponction, quoique généralement elle soit sans danger, le chirurgien ne doit l'entreprendre que lorsque tout a été préparé pour l'opération large.

M. Petridès (d'Alexandrie). — La proportion des insuccès dans le traitement des abcès du foie est de 40 à 50 %; ils tiennent principalement à ce que l'opération est pratiquée tardivement, et cela faute d'un diagnostic précoce. La polypleuro-diaphragmatomie horizontale du foie, que je préconise, permet d'explorer tout le lobe droit par la vue et par le palper bi-manuel. J'ai fait 25 fois cette opération avec 20 succès, soit 20 % seulement de mortalité.

M. Rigazzi (du Caire). — J'ai traité 42 abcès du foie, avec 25 % de mortalité. Je crois que si la mortalité des opérations pour suppurations hépatiques est encore très élevée, c'est parce qu'on comprend dans les statistiques les interventions pour hépatite à gros foyers multiples, qui ne sont pas des abcès tropicaux du foie.

M. Gangitano (de Naples). — J'ai opéré un abcès du foie chez un Allemand de vingt-cinq ans, revenant du Cameroun. J'avais évacué 2 litres de pus couleur chocolat, quand, le quatrième jour après l'intervention, je trouvai le bandage taché de pus sanguinolent; le jour suivant, la cavité de l'abcès était remplie de caillots, et le malade succombait à l'hémorrhagie. A l'autopsie j'ai constaté que le tronc droit de la veine porte communiquait avec la cavité de l'abcès. De mes recherches bibliographiques, il résulte qu'on a signalé des communications de la poche avec la veine cave inférieure, mais non avec la veine porte.

Les abcès du foie chez l'enfant.

M. Legrand fait sur cette question un rapport que nous pouvons résumer ainsi :

On a cru pendant longtemps que les abcès du foie chez l'enfant étaient une curiosité pathologique; or, le rapporteur a pu en réunir 109 cas, dont 17 appartiennent à l'Egypte et 12 sont inédits.

Dans cette statistique, et contrairement à l'opinion accréditée de la plus grande fréquence de l'origine traumatique des abcès du foie chez l'enfant, on compte 31 abcès d'origine dysentérique (tropicaux et *nostras*) contre 26 d'origine traumatique, les autres étant d'origine vermineuse, appendiculaire, typhoïdique, pyohémique, tuberculeuse, grippale ou consécutifs à la phlébite ombilicale. L'abcès hépatique infantile par angiocholite calculeuse suppurée n'a pas encore été observé.

Sur le typhus bilieux.

M. Valassopoulo (d'Alexandrie), *rapporteur*. — Nous observons à Alexandrie depuis une trentaine d'années une affection qui fait chaque été de nombreuses victimes et qui a été confondue à tort avec la maladie que Griesinger a étudiée au Caire vers 1853. Pour moi, tout, dans l'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie de cette affection, démontre qu'il s'agit de la maladie qui porte indûment le nom de maladie de Weil et qu'il serait plus simple d'appeler *typhus bilieux*.

Sur 300 cas que j'ai observés depuis vingt cinq ans, j'ai eu 32 % de mortalité, chiffre qui correspond sensiblement à la mortalité moyenne de la maladie de Weil en Europe (33 %).

L'agent pathogène de cette affection est encore inconnu. Pourtant, l'étude des conditions étiologiques m'a montré que cet agent doit se développer dans les égouts de la ville, qui, à cause de leur construction défectueuse, permettent la stagnation des matières organiques et leur putréfaction, surtout en été, quand les pluies font complètement défaut.

M. Kartulis. — L'affection que nous observons à Alexandrie n'est pas, pour moi, identique à la maladie de Weil. Les symptômes présentent une certaine analogie, mais l'étiologie et l'anatomie pathologique sont absolument différentes. D'ailleurs, je crois, contrairement à M. Valassopoulo, que la mortalité de la maladie de Weil est minime, tandis que celle du typhus d'Alexandrie est très élevée.

M. Trekaki. — A mon avis, le typhus d'Alexandrie doit rentrer dans la grande catégorie des ictères infectieux : ictère grave, fièvre jaune, maladie de Griesinger, maladie de Weil, ictère paludéen, etc., qui se ressemblent tous par leurs symptômes et leur anatomie pathologique, et ne diffèrent que par l'agent infectieux. Aussi, comme l'agent du typhus d'Alexandrie est encore inconnu, il est impossible à l'heure actuelle d'affirmer ou de nier l'identité de cette affection avec la maladie de Griesinger ou celle de Weil.

Les néphrites paludéennes.

M. J. Teissier (de Lyon). — Le paludisme touche fréquemment le rein, mais le plus souvent il ne s'agit que d'une poussée fluxionnaire superficielle, et d'ailleurs transitoire, due à l'élimination des germes pathogènes ou à la fixation du pigment mélanique.

La néphrite paludéenne aiguë est légère (les cas de détermination rénale de la fièvre bilieuse hémoglobinurique mis à part) et conséquemment peu grave, et cela quel que soit le point d'origine du parasite qui la provoque, et le lieu où elle a été contractée. Elle passe exceptionnellement d'emblée à l'état chronique, contrairement à ce que l'on voit dans beaucoup de néphrites infectieuses.

La néphrite paludéenne chronique est cependant fréquente. Elle résulte alors et presque constamment d'une série de poussées répétées d'impaludisme, ayant chacune impressionné le rein d'une façon fragmentaire. Mais le plus souvent cette néphrite paludéenne chronique est une *néphrite combinée* : une intoxication (alcoolisme) ou une infection (syphilis) surajoutées sont généralement nécessaires pour en provoquer le développement.

Cette circonstance explique pourquoi la néphrite paludéenne est avant tout une néphrite mixte, aussi bien au point de vue anatomique que clinique :

Anatomiquement, les lésions épithéliales sont dominantes, mais à côté on trouve souvent de la sclérose interstitielle et diffuse, des altérations glomérulaires variées et des lésions vasculaires, ces dernières s'accompagnant parfois d'hémorrhagies;

Cliniquement, les complications rénales du paludisme réalisent le syndrome de la néphrite artérielle, mais avec œdèmes plus marqués, pression artérielle moins haute, asthénie plus prononcée, phénomènes cardio-vasculaires très variables; l'aortite avec les accidents qui lui sont propres est fréquente.

Cette notion des associations morbides dans la production de la néphrite paludéenne chronique est importante, car elle en justifie et elle en explique la gravité. Primitivement fixé sur les cellules épithéliales, le processus pathologique compromettait seulement la fonction élaboratrice et endo-sécrétoire de la cellule rénale, mais laissait libre, partiellement tout au moins, la fonction glomérulaire, c'est-à-dire la fonction dépuratrice. Les lésions de sclérose ou de néphrite artérielle surajoutées venant à leur tour compromettre cette dernière, il est aisé de comprendre que l'insuffisance totale de l'organe en sera rapidement la conséquence.

L'évolution et le pronostic des néphrites paludéennes chroniques sont subordonnés non seulement au développement des complications vulgaires, classiques du mal de Bright, mais dépendent aussi des caractères de l'albumine éliminée. L'expérience nous a appris que la coexistence dans l'urine, avec la globuline et la sérine, de certaines matières albuminoïdes du groupe des albumoses était, dans la néphrite chronique, et dans la néphrite paludéenne principalement, un élément de pronostic de premier ordre : leur présence une fois constatée, on peut s'attendre à voir éclater des accidents de la plus haute gravité, surtout des crises gastriques avec vomissements, douleurs, etc., qu'un accès de coma ou de convulsions ultime viendra bientôt interrompre.

Cette albumose est facile à déceler par la coloration violet pourpre que prend, avec quelques gouttes de liqueur cupro-potassique, l'urine suspecte, préalablement coagulée par la chaleur; en outre, cette même urine n'est pas coagulable par la chaleur après addition d'une goutte d'acide nitrique dilué, et cela même si on la neutralise par la potasse caustique en solution au dixième.

Les épidémies de choléra et de peste en Egypte.

M. Bitter (du Caire). — Toutes les particularités des quatre dernières épidémies de choléra, en Egypte, démontrent que cette maladie a toujours été importée par des pèlerins revenant de la Mecque; le mode exact d'introduction a donné lieu à des hypothèses plus ou moins vraisemblables, mais aucune n'a été réellement démontrée, vu les difficultés insurmontables que l'on rencontre dans de pareilles recherches.

Pour ce qui est de la peste, depuis 1899, l'Egypte a été atteinte de trois épidémies. La première a débuté en avril 1899 et s'est terminée en octobre 1899, avec 96 cas; la seconde, d'avril à juillet 1900, a donné lieu à 150 cas; la troisième enfin, qui a commencé en juin 1901, continue encore à l'heure actuelle; il y a eu jusqu'ici 250 cas environ. La mortalité a oscillé entre 30 et 35 %; elle est un peu moindre que celle des Indes (40 à 42 %), et cela parce qu'en Egypte les malades ont tous été soignés dans les hôpitaux.

La plupart de nos cas ont été contrôlés par l'examen bactériologique; nous avons trouvé le même bacille que celui de Bombay, et de nombreuses expérimentations sur les animaux ont prouvé que ce bacille avait la même virulence que dans les Indes.

Il y a deux modes principaux de contamination de la peste : de l'homme à l'homme, et des rats à l'homme; dans le premier, la contagion procède par foyers, et la ville est envahie par quartiers; dans le second, les cas sont disséminés et il n'existe aucun foyer localisé. Le premier mode, qui fait que la peste prend de l'extension, a été rarement observé, parce que les malades ont été de suite isolés; le second est le plus fréquent ici, ce qui laisse craindre la continuation de l'épidémie durant quelques années encore, jusqu'à ce que les rats aient été détruits en totalité.

De par sa situation géographique entre l'Asie et l'Europe, l'Egypte est destinée à subir pen-

dant fort longtemps encore la peste et le choléra. Les quarantaines, comme tout le monde le reconnaît actuellement, peuvent empêcher dans une certaine mesure l'importation de ces deux fléaux, mais elles sont incapables de les supprimer d'une façon absolue; ce sont, quoi qu'on fasse, des « filets à grosses mailles ».

Mais s'il est matériellement impossible d'empêcher l'introduction de ces maladies dans notre pays, il est par contre aisé de les combattre et de limiter leur extension. Ce devoir incombe aux services sanitaires. Cette administration, dans ces dernières années, a déjà beaucoup fait pour améliorer les conditions hygiéniques en Egypte et pour organiser la lutte contre ces épidémies; elle est prête à accomplir le reste de sa tâche, pourvu qu'on lui fournisse les crédits indispensables.

M. Legrand. — Voici quel a été le mode de début des quatre épidémies de choléra en Egypte depuis 1865, date à laquelle ont été réalisées les conditions actuelles :

Le choléra de 1865 débute à Suez à la suite d'une fausse déclaration du capitaine de Sidney ramenant des pèlerins de la Mecque;

Le choléra de 1883 éclate à Damiette par débarquement clandestin de chauffeurs ou de marchands indiens;

Le choléra de 1895 commence par Salkieh, village situé en face de Kantara sur le canal, point de communication avec la presqu'île du Sinaï infectée du choléra par fraude au campement de Tor;

Le choléra de 1902, enfin, débute à Moucha, village de la moyenne Egypte situé dans l'étroite vallée du Nil, en face de Kosseir sur la mer Rouge, où 1,852 pèlerins sont rentrés clandestinement sur 38 barques.

Suez, Damiette, Salkieh, Moucha sont des points de la frontière facilement accessibles. Les quatre épidémies ont été causées par la fraude ou par pénétration clandestine; *le péril est à l'est.*

Pendant cette même période, en effet, on a compté 10 épidémies au Hedjaz et 100,000 pèlerins, qui en revenaient avec de nombreux bagages, sont rentrés en Egypte. Or, *jamais* le choléra n'a débuté par un village ou une ville du centre.

C'est là un argument puissant contre la théorie de la reviviscence des germes d'involution qui, suivant les bactériologistes, persisteraient cinquante ou soixante jours dans l'intestin des sujets atteints antérieurement de choléra.

Les deux dernières épidémies sont dues à ce que plusieurs des mesures édictées par le Conseil quarantenaire, pour la protection de la frontière, ont été mal exécutées ou même supprimées par certains personnages nouvellement arrivés et ignorants des mœurs du pays.

M. Gotschlich (d'Alexandrie). — En ce qui concerne la peste, il faut distinguer deux épidémies bien différentes au point de vue clinique : l'épidémie d'été et l'épidémie d'hiver.

L'épidémie d'été est due à la contamination par les rats; elle survient l'été à cause de la reproduction de ces animaux en cette saison, et atteint principalement les personnes qui, de par leur profession, sont exposées au contact des rats : les épiciers, les agriculteurs, les ouvriers du port, etc. Elle affecte spécialement la forme bubonique; elle est, par conséquent, moins grave que l'épidémie d'hiver. La prophylaxie consiste dans la destruction complète des rats.

L'épidémie d'hiver est occasionnée par la contamination de l'homme à l'homme. Elle survient l'hiver parce que l'encombrement dans les maisons favorise la contamination; à Bombay, où l'épidémie se propage de l'homme à l'homme, la recrudescence en hiver est périodique. Elle affecte presque toujours la forme pneumonique, qui guérit exceptionnellement; nous avons eu cependant ici 2 cas de guérison. Sa prophylaxie est facile et consiste en l'isolement immédiat des malades atteints de la peste.

M. J. Langlois (de Paris). — Pour éviter aux navires marchands les quarantaines de longue durée, tout en mettant les ports à l'abri des épidémies de peste et de choléra, il serait à désirer que la Convention de Venise fût modifiée et que l'on ordonnât la destruction périodique des rongeurs, par le procédé à l'acide sulfureux, avant le chargement sur tous les navires, et surtout avant le déchargement sur tout navire infecté ou suspect.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse (de Paris). — Du 1er avril 1901 au 1er décembre 1902, 1,478 typhoïdiques ont été soignés dans tous les hôpitaux parisiens, en dehors du Bastion 29, avec 286 décès, soit 19.3 % de mortalité. Dans cette même période, 186 dothiénentériques ont été admis dans mon service du Bastion 29 et traités par le sérum antityphique; 7 ont succombé, soit une mortalité de 3.7 %.

J'ai déjà publié 70 cas avec 4 morts, et 100 autres cas (statistique de l'année dernière) avec 6 morts; soit, au total, 356 cas traités dans mon service, avec 17 décès, c'est-à-dire 4.7 %.

A l'hôpital de la Marine de Saint-Mandrier, du 10 août 1902 à fin novembre, 151 malades ont été injectés par MM. Planté et Foucault, avec 13 morts, soit 8.7 %.

En tout, je possède actuellement 507 cas traités par le sérum, avec 30 morts, soit 6 %. Chez les enfants, les résultats sont favorables, et M. Josias les fera connaître prochainement. Toutefois, ces 507 cas traités à l'hôpital par le sérum ne permettent pas de porter un jugement définitif au sujet de la valeur exacte de ce moyen thérapeutique; pour fonder une démonstration, il faudra des milliers de cas et des années d'observations.

Sur les 186 cas de ma plus récente statistique, je compte 5 perforations intestinales, dont 2 furent opérées avec succès par M. Chevalier. Ces 5 malades avaient été injectés : un le douzième jour, 3 le dixième jour et un le huitième jour. Je n'ai pas encore observé de perforation chez des sujets traités par le sérum dans le premier septénaire.

Concurremment avec la sérothérapie, j'ai recours aux bains froids ou chauds et aux affusions froides; ces deux médications s'entr'aident et, employées simultanément, décuplent leurs effets propres.

Sur le traitement des calculs vésicaux en Egypte.

M. Wildt. — Le traitement des calculs vésicaux doit être envisagé en Egypte différemment que dans les autres pays : si dans ces derniers la lithotritie est l'opération de choix, chez nous, au contraire, la taille hypogastrique doit être préférée; en effet, cette intervention a conservé ses indications pour les calculs enchatonnés, ainsi que chez les jeunes sujets, ou dans les cas de rétrécissement excessif de l'urèthre, d'hypertrophie considérable de la prostate et de cystite grave, surtout compliquée de néphrite; elle a, en outre, une indication spéciale dans la bilharziose vésicale, à laquelle ressortissent 85 % des calculs que nous observons; dans le traitement de cette affection, en effet, on ne doit pas se contenter de l'extraction des calculs, mais il faut également guérir les lésions bilharziennes, ce que, seule, la taille permet de faire.

Sur une première série de 100 tailles, je n'ai eu que 2 morts dues à des néphrites concomitantes; une seconde série ne m'a donné jusqu'ici que des succès.

M. H. Milton (du Caire). — Le choix de l'intervention dépend pour moi à la fois de la volonté du malade, et de l'expérience ou des préférences de l'opérateur. Les calculs que je vous présente, et dont le poids atteint 200, 300 et même 450 grammes, ont été extraits par la lithotritie, en une seule séance, avec guérison des opérés. Ma statistique intégrale, que j'ai communiquée au Congrès de Moscou (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 358), démontre que la lithotritie, dans les grands calculs, peut donner d'excellents résultats.

M. F. Milton. — La statistique de mon frère et la mienne portent sur 135 volumineux calculs traités par la lithotritie, avec 6 % de mortalité; or, les statistiques des tailles périnéale et hypogastrique donnent 10 % de mortalité.

M. Gœbel. — J'attire l'attention sur ce fait que les lithotriteurs employés pour le broiement des grands calculs sont très volumineux et doivent léser l'urèthre et produire l'incontinence d'urine.

Des psychoses dans les pays chauds.

M. de Becker (du Caire). — D'après mes statistiques, la proportion des aliénés est beaucoup plus élevée chez les Européens habitant l'Egypte que chez ceux qui restent dans leur pays d'origine. Je me demande si cette plus grande fréquence des troubles mentaux chez les Européens fixés dans les pays chauds n'est pas due en partie au surmenage des glandes digestives, ainsi qu'à l'élimination défectueuse de certaines toxines. En tout cas, je suis certain que l'alcoolisme joue un rôle prépondérant à ce point de vue.

M. La Bonnardière (de Beyrouth). — Dans les manifestations hépatiques et nerveuses de l'alcoolisme en Orient, il faut tenir un grand compte des influences ethniques, car les diverses races réagissent d'une manière très différente vis-à-vis des intoxications. Ainsi, chez les Syriens buveurs d'arack, la cirrhose atrophique, le tremblement alcoolique, le *delirium tremens*, la folie et le suicide sont extrêmement rares.

Toutefois, si dans l'ensemble de la population habituée au calme de la vie orientale les intoxications n'entraînent généralement pas à leur suite des affections nerveuses, la neurasthénie n'est pas rare parmi les jeunes gens des classes élevées qui participent à la vie européenne.

Anémie pernicieuse à bothriocéphale.

M. J. Courmont (de Lyon) relate une observation d'anémie pernicieuse ayant tous les caractères hématologiques de l'anémie pernicieuse légitime, mais qui n'a guéri qu'après l'élimination d'un bothriocéphale. Ce fait présente un intérêt particulier en ce qu'il permit de s'assurer que la mononucléose observée chez ce malade était due en réalité à la presque complète disparition des polynucléaires; c'est un argument de plus en faveur de l'origine différente des polynucléaires et des mononucléaires.

La cure chirurgicale de l'ascite dans les cirrhoses cardiaques.

M. Roger (d'Alexandrie). — J'ai pratiqué 2 fois la cure chirurgicale de l'ascite, sur 2 femmes atteintes de cirrhose hypertrophique du foie, d'origine cardiaque. J'ai suivi, en le modifiant, le manuel opératoire de M. Schiassi, qui consiste à extérioriser dans toute son étendue le grand épiploon et à le fixer dans l'épaisseur de la paroi abdominale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 145-146).

Ma première malade, sortie guérie de l'hôpital, a vu son ascite se reproduire quatre mois environ après l'intervention et son état est devenu aussi précaire qu'auparavant. La seconde, guérie de l'acte opératoire, mourait subitement quatorze jours plus tard.

Aussi ne suis-je plus partisan de cette opération, surtout dans les cirrhoses cardiaques.

M. Talaat Mohamed bey (du Caire) déclare avoir pu obtenir un sérum antiscorpionique, en injectant à des chèvres des doses croissantes de venin de scorpion; non chauffé, ce sérum est antitoxique, préventif et curatif chez les animaux; l'orateur n'a pas eu jusqu'ici l'occasion de l'employer chez l'homme.

M. Mahokian (du Caire) relate deux observations d'invagination intestinale chez l'adulte, avec expulsion de segments d'intestin (iléon dans un cas, côlon dans l'autre) mesurant respectivement 16 centimètres et 20 centimètres de longueur.

M. Tourtoulis bey (du Caire) communique un travail sur l'*engorgement chronique du foie dans les pays chauds.*

Dr N. Eddé (du Caire),
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Beyrouth.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1901-1902), par M. G. Dieulafoy. T. IV. In-8°, 424 p. avec fig. Paris, 1902.

Nombreux et variés sont les sujets traités dans ce volume. Mettre au point quelques chapitres choisis parmi les plus controversés de la

pathologie, montrer le parti que l'on peut tirer à la fois de la clinique et des nouveaux procédés de laboratoire pour préciser un diagnostic, augmenter et compléter la série des études médico-chirurgicales auxquelles il s'est consacré depuis plusieurs années, tel est le but que s'est proposé M. Dieulafoy.

La question des *rapports des affections hépatiques et du diabète sucré* est à l'ordre du jour. Nombre d'auteurs ont signalé la congestion et l'hypertrophie du foie chez les diabétiques. Récemment, plusieurs cas ont été publiés, où l'on cite tantôt l'atrophie, tantôt l'hypertrophie, la cirrhose ou une simple congestion du foie. C'est avec ces faits, augmentés de ceux qu'il a recueillis et observés lui-même, que l'auteur engage la discussion sur la théorie si ingénieuse formulée par M. Gilbert, concernant le diabète par anhépatie et par hyperhépatie. Il semble bien séduisant, en effet, de ranger dans un groupe les diabétiques avec foie généralement petit, avec glycosurie légère apparaissant après les repas seulement, avec indicanurie et urobilinurie, et dans un autre groupe les diabétiques avec gros foie, glycosurie abondante et azoturie. Mais le foie peut être gros dans les deux catégories de faits; les types intermédiaires sont d'ailleurs fréquents, sans compter que chez nombre de diabétiques le foie reste normal. Le fait suivant est instructif : voici un grand diabétique atteint de cirrhose avec ascite sucrée. Cette ascite, ponctionnée à plusieurs jours d'intervalle, donne à chaque paracentèse un taux de glucose en rapport avec l'hyperglycémie qui est considérable et avec la glycosurie. « Ce malade sucrait son ascite non parce qu'il était cirrhotique, mais parce qu'il était suffisamment diabétique. » Il était en tous points comparable à cet autre grand diabétique, lequel, non cirrhotique, était porteur d'un épanchement pleural contenant une proportion de glucose adéquate à la glycosurie.

On ne saurait donc établir des variétés cliniques trop tranchées dans le diabète sucré. Il ne semble pas que les petits diabétiques soient exempts des graves complications auxquelles, d'après certains auteurs, seraient seuls exposés les diabétiques excrétant au moins 100 grammes de sucre par jour. Ainsi tout diabétique, même faiblement glycosurique, peut devenir tuberculeux, et dans ce cas la tuberculose révèle le diabète.

Il n'est pas nécessaire que le malade traduise une déchéance organique quelconque; l'albuminurie n'est pas même indispensable, comme on le croit, pour créer une prédisposition morbide. Cependant un sage conseil à suivre, c'est de ne jamais imposer un régime draconien; sous son influence, la glycosurie peut diminuer ou disparaître, mais le diabète, bien supporté jusque-là, s'aggrave; l'albumine naguère absente apparaît; la cachexie survient.

M. Dieulafoy se montre encore d'une prudence toute scientifique en laissant en suspens les questions si discutées des *lipomatoses symétriques* avec ou sans adénite tout au moins apparente, de l'*adénolipomatose* de MM. Launois et Bensaude, de la *tuberculose ganglionnaire à forme de lymphadénome* de M. Sabrazès et de la *tuberculose ganglionnaire pseudo-lymphadénique* de MM. Berger et Bezançon. Il y a entre toutes ces affections des traits communs, tels la formule hémo-leucocytaire, l'absence d'anémie, la symétrie et le mode de développement des tumeurs, mais il y a aussi des dissemblances : tantôt l'évolution est différente, tantôt la tuberculose est certaine, alors que dans d'autres cas elle est seulement hypothétique, tantôt les ganglions sont ou ne sont pas décelables.

Voici maintenant des pages où il n'est plus besoin de discussions prolongées pour reconnaître ou dépister l'affection dont il s'agit. Dans la *maladie osseuse de Paget*, la seule description clinique est amplement suffisante. Il en est de même dans les *gommes syphilitiques de la langue*, dans les *kystes hydatiques du poumon*, dans la *pleurésie séro-fibrineuse*, dont la nature tuberculeuse peut être toujours reconnue, comme l'auteur l'a naguère indiqué dans une leçon publiée par ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 377-383). Par contre, que de désillusions dans la recherche des *localisations des tumeurs cérébrales!*

Des études médico-chirurgicales, nous ne ferons que signaler, en passant, celle qui concerne les *pleurésies ozéneuses* (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 375-378) et celles qui ont trait à l'*otite et les abcès du cervelet* (Voir *Semaine Médicale*, 1900, Annexes, p. CCXI), à la *péritonite primitive à streptocoques*, au *tuberculome hypertrophique du cæcum*, auquel M. Dieulafoy a consacré récemment, ici même, un long article (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 329-336), pour réserver quelques lignes à l'*appendicite*. L'appendicite est une toxi-infection : infectieuse, elle l'est par les péritonites, les pleurésies (cinquième leçon), par l'empyème sous-phrénique, par les abcès hépatiques; toxique, elle l'est par les processus intenses de nécrobiose hépatique et rénale (dix-neuvième leçon), par les gastrites ulcéreuses (*vomito negro appendiculaire*, dixième leçon), par les déterminations cérébrales et méningées. Cette toxémie d'origine appendiculaire, cette « appendicémie », comme dit l'auteur, constitue toute la gravité de la maladie. Elle est précoce, très précoce même; elle peut se manifester dès le deuxième jour, voire même au bout de vingt-quatre heures; et dans certains cas, le poison ayant rapidement imprégné tout l'organisme, peut compromettre une intervention faite le quatrième jour de l'affection.

Faut-il donc concentrer tous ses efforts à faire un diagnostic de perforation appendiculaire ou de péritonite, alors que cette absence de perforation est une des causes de la gravité de la situation, puisque, dans la cavité close, les toxines sont en train de s'exalter? Voilà pourquoi l'opération est le seul traitement, et voilà pourquoi les interventions « à chaud » ne sont efficaces qu'à la condition d'être vraiment précoces. — G. C.

L'antidote de l'arsenic est nuisible en cas d'empoisonnement par l'anhydride arsénieux et d'une efficacité temporaire contre la liqueur de Fowler, par M. L. de Busscher.

Depuis soixante-dix ans, on considère, à la suite de Bunsen et Berthold, l'oxyde ferrique hydraté (obtenu par l'addition de magnésie calcinée à une solution de chlorure ou de sulfate ferrique) comme un antidote presque spécifique en cas d'intoxication aiguë par l'arsenic. Des travaux récents ayant ébranlé la confiance généralement accordée à ce moyen thérapeutique, l'auteur a institué une série de recherches en vue d'examiner si le procédé en question possède quelque valeur.

Or, de très nombreuses expériences, faites soit sur le lapin, soit sur le chien, lui ont démontré que l'oxyde de fer hydraté, administré soit cinq minutes après une dose variable de liqueur de Fowler, soit en même temps que ce poison, n'exerce à peu près aucune action sur l'intoxication; toutefois, pour les doses relativement faibles (jusqu'à 0 gr. 015 milligr. par kilo), il semble que l'administration de l'antidote prolonge assez notablement la survie; aux doses de 0 gr. 020 à 0 gr. 030 milligr. par kilo, la mort est également retardée, mais beaucoup moins.

Quand on opere non plus avec la liqueur de Fowler mais avec l'anhydride arsénieux, on observe un résultat tout à fait opposé : bien loin d'atténuer les effets de l'intoxication, l'antidote les rend, au contraire, plus rapides, et la survie est moins longue, voire que des doses de poison inférieures à 0 gr. 015 milligr., qui ne sont pas mortelles administrées seules, suffisent à entraîner la mort quand on les associe au prétendu antidote.

Pour expliquer cet effet paradoxal, M. de Busscher fait valoir que, quel que soit le composé arsenical ingéré — arsénite de potasse sous forme de liqueur de Fowler ou anhydride arsénieux —, il se produit toujours de l'arséniate de fer en présence de l'oxyde ferrique hydraté; or, ce nouveau sel, s'il est moins toxique que l'arsénite de potasse, l'est plus que l'anhydride arsénieux.

Devant la faillite d'un mode de traitement que l'on peut dire classique, l'auteur a été amené à rechercher s'il ne serait pas possible de transformer dans l'estomac, par un autre moyen, les préparations arsenicales en composés inoffensifs. Des essais institués avec les sulfures ne lui ayant pas donné de résultats satisfaisants, il en arrive à la conclusion que l'empoisonnement par l'arsenic — et sans doute par la plupart des poisons minéraux — ne pourra être utilement combattu que par le lavage de l'estomac, surtout par les vomitifs, et peut-être accessoirement par les purgatifs (vu le passage rapide du toxique dans le jéjunum, en cas de vacuité de l'estomac), mais non par les antidotes. (*Arch. internation. de pharmacodynamie et de thérapie*, X, 5-6.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie choréique, par M. V. von Bechterev.

L'auteur a décrit précédemment, sous le nom d'épilepsie choréique, une forme morbide qu'il croit devoir séparer de l'épilepsie ordinaire. L'épilepsie choréique se distingue d'un côté par des mouvements involontaires et incoordonnés de différentes parties du corps, à caractère plus ou moins persistant; de l'autre, par des attaques d'épilepsie. Cette affection est extrêmement rebelle, et tous les traitements en usage contre l'épilepsie sont sans effet sur elle. Aussi, partant de l'hypothèse que les secousses musculaires et les crises épileptiques ont une origine commune et relèvent de lésions histologiques de l'encéphale et des méninges, M. von Bechterev a-t-il conçu l'idée de recourir au traitement chirurgical. L'opération fut pratiquée de la façon suivante :

Après avoir décollé sur la partie droite du crâne un lambeau de peau triangulaire, ayant sa base près de la suture sagittale, on mit à nu une portion de l'hémisphère droit, comprenant la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante, la plus grande partie de la circonvolution frontale ascendante, ainsi que la portion postérieure des première et seconde circonvolutions frontales. A cet endroit, la boîte crânienne avait 1 centimètre d'épaisseur; la dure-mère était intacte, mais épaissie; la pie-mère était fortement œdématiée et hyperémiée. Il existait une hyperexcitabilité manifeste des centres moteurs corticaux au courant faradique : un courant d'intensité très faible suffisait pour provoquer de violentes contractions dans les muscles correspondant à la région excitée; en même temps, on constatait un redoublement des mouvements désordonnés, tel qu'il se produisait avant les crises d'épilepsie. On enleva la dure-mère, ainsi que trois petits fragments de l'écorce de la circonvolution frontale ascendante.

Les suites de cette intervention furent des plus simples. Immédiatement après l'opération, le malade eut une attaque d'épilepsie, qui se renouvela encore deux fois les jours suivants, puis les crises cessèrent définitivement. On n'observa pas trace de paralysie des membres du côté opposé, et les secousses musculaires du bras et de la jambe gauches diminuèrent immédiatement d'intensité, pour disparaître tout à fait au bout de quelques semaines. La sensibilité au tact et à la douleur était affaiblie au bras droit; elle était normale partout ailleurs. Aussitôt après l'opération, les réflexes tendineux furent trouvés exagérés à gauche; du côté droit, les contractions musculaires persistaient, bien que moins violentes qu'auparavant.

Ce résultat favorable encouragea M. von Bechterev à répéter l'opération de l'autre côté, sept semaines plus tard. Le résultat immédiat fut la disparition complète des convulsions à droite; mais il survint une légère faiblesse de la main droite, ainsi que des troubles de la sensibilité dans le membre supérieur droit. Une infection de la plaie avec érysipèle consécutif emporta malheureusement le malade huit jours après l'intervention. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — A. J.

De la genèse et du diagnostic clinique de la dégénérescence polykystique des reins, par M. J. Borelius.

La rareté du rein polykystique, les difficultés aussi bien que l'importance du diagnostic de cette affection, nous engagent à résumer le mémoire de M. le professeur Borelius, basé sur 4 observations.

Le rein polykystique peut se manifester sous 3 formes cliniques principales. La première et la plus commune rappelle absolument le petit rein contracté : même composition des urines, même hypertrophie du cœur; par contre, il est généralement aisé de s'apercevoir au palper que le ou les reins sont volumineux. Dans une deuxième forme, l'affection s'accompagne de symptômes douloureux rappelant la colique né-

phrétique; cependant, si l'on peut arriver à exclure la présence d'un néphrolithe, l'hypertrophie, généralement constatable, des deux reins devra faire songer au rein polykystique. Quand la maladie atteint sa dernière période, on se trouve en présence de la troisième forme, la forme urémique

L'hypertrophie bilatérale des reins est donc la principale donnée diagnostique; l'hématurie, l'albuminurie n'ont rien de typique ou constituent des symptômes transitoires. L'anamnèse pourra fournir des présomptions : le gros rein polykystique est souvent une affection familiale; c'est ainsi que 3 des 4 observations de l'auteur concernaient un homme, son fils et son neveu. La ponction exploratrice pourrait également être de quelque secours; mais la néphrotomie exploratrice doit être absolument rejetée, comme beaucoup trop grave par elle-même.

Le diagnostic du gros rein polykystique a une très grande importance, précisément parce que cette affection constitue un *noli me tangere*. L'analyse quantitative des urines peut, à ce point de vue, donner des renseignements de valeur : si, avec de gros reins, on trouve que la somme d'urée éliminée par vingt-quatre heures est notablement inférieure à la normale, on aura tout lieu de considérer une intervention comme contre-indiquée. Pour 2 des 4 faits observés par M. Borelius, on crut cependant à l'existence d'une tumeur rénale : dans un cas, le diagnostic fut redressé dès que le rein eût été découvert; on remit donc cet organe en place, et le malade retira même un certain bénéfice de l'opération, car un calcul rénal dont il était simultanément porteur passa dans la vessie. Dans le second cas, chez un jeune homme de dix-sept ans, l'erreur ne fut reconnue qu'après néphrectomie; le patient guérit pourtant, grâce sans doute à ce que l'autre rein fonctionnait suffisamment bien, comme en témoignait le dosage de l'urée; mais l'avenir pour ce sujet n'en demeure pas moins sombre.

Au point de vue anatomique, l'auteur pense que l'affection débute à la naissance pour évoluer ensuite plus ou moins lentement durant la vie entière; l'examen des pièces de rein polykystique familial recueillies par lui semble en tout cas favorable à cette hypothèse. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXIV, 4.) — R. DE B.

Luxation de l'épaule avec rupture de l'artère thoracique inférieure au niveau de sa séparation d'avec l'artère axillaire, par M. W. VON NOORDEN.

La rupture d'une des branches de l'artère axillaire constitue une complication très rare de la luxation de l'épaule : M. von Noorden n'en a trouvé dans la littérature médicale que 6 cas dûment vérifiés, soit pendant l'intervention chirurgicale, soit à l'autopsie. L'observation qu'il publie à son tour a trait à une femme de soixante-dix ans qui fut prise d'une syncope et se luxa, en tombant, l'humérus droit. Le médecin appelé immédiatement après l'accident constata l'existence d'une énorme ecchymose dans le creux axillaire droit, et posa le diagnostic de luxation sous-coracoïdienne. On ne fit pas de tentatives de réduction, et, malgré l'emploi de divers moyens pour la ranimer, la malade succomba deux heures plus tard. A l'autopsie, on trouva, dans le creux axillaire droit, une poche ayant le volume d'une tête d'enfant et remplie de sang en partie coagulé et en partie liquide. L'épanchement sanguin s'étendait, en avant, sous la clavicule et le muscle pectoral, et, en arrière, jusque sous le muscle grand dorsal. Au niveau de sa séparation d'avec l'artère axillaire, l'artère thoracique inférieure présentait une déchirure comprenant toutes les tuniques et s'étendant aux deux tiers de la circonférence du vaisseau. L'examen microscopique de la paroi artérielle ne releva, en fait d'altérations pathologiques, qu'un léger degré d'épaississement non uniforme de la tunique interne. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIII, 5-6.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des tumeurs vasculaires par des injections interstitielles d'eau chaude.

Depuis deux ans, un confrère américain, M. le docteur J. A. Wyeth (de New-York), traite avec succès toutes sortes de tumeurs vasculaires (anévrysmes cirsoïdes, angiomes veineux et angiomes capillaires) par des injections d'eau à la température de 88° à 100°, pratiquées en observant toutes les règles de l'asepsie. La quantité et la température du liquide injecté varient suivant les dimensions et les caractères du néoplasme. Dans les cas de grosses tumeurs artérielles ou veineuses, on enfonce l'aiguille profondément dans la masse néoplasique et on injecte de trente à soixante gouttes d'eau; puis, on retire la seringue de 1 à 2 centimètres et on répète l'opération jusqu'à ce que toute la tumeur soit solidifiée. Le liquide doit être assez chaud pour déterminer la coagulation immédiate du sang et des albuminoïdes des tissus, sans produire pourtant une nécrose de la peau. Si la tension provoquée par l'injection est assez élevée pour amener la pâleur des téguments, l'intervention ne doit plus être continuée dans la même zone.

Pour les nævi capillaires siégeant au niveau des régions délicates, telles que les paupières, les narines, les commissures des lèvres, notre confrère se sert d'une petite seringue à aiguille très fine et emploie, de préférence, de l'eau dont la température est quelque peu au-dessous du point d'ébullition. Il n'en injecte, d'ailleurs, que de deux à six gouttes au niveau de chaque piqûre; il surveille ensuite l'effet de la première intervention et répète l'injection, s'il y a lieu, au bout d'une huitaine ou d'une dizaine de jours.

Il importe de tenir compte que dans les tumeurs de cette dernière catégorie l'eau trop chaude est susceptible de produire des eschares. Par contre, pour les anévrysmes cirsoïdes et les gros nævi caverneux, le liquide injecté doit être bouillant; aussi M. Wyeth se sert-il, en pareil cas, d'une seringue métallique, afin de conserver à l'eau sa haute température.

L'opération, pratiquée sous narcose, ne donnerait habituellement lieu ni à des phénomènes douloureux, ni à des accidents septiques. Une fois seulement, le malade n'ayant pas été surveillé après l'injection, on vit survenir une infection ayant eu pour point de départ une eschare superficielle; toutefois, malgré la suppuration, le résultat définitif fut aussi satisfaisant dans ce cas que chez tous les autres patients.

Injections d'un mélange de vaseline et d'huile d'olive comme moyen de prothèse.

Il y a deux ans environ, M. le docteur R. Gersuny, chirurgien du « Rudolfiner-Haus » de Vienne, conçut l'idée de pratiquer des injections sous-cutanées ou interstitielles de vaseline pour remédier à certaines difformités acquises ou à des troubles fonctionnels de cause purement mécanique (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 433). Depuis lors, cette méthode a trouvé des applications multiples. Toutefois, comme il est des cas où la « prothèse dure » que l'on obtient par l'injection de paraffine fusible au-dessus de 35° est loin de convenir, notre confrère a été amené à expérimenter une « prothèse molle », au moyen d'injections d'un mélange composé d'une partie de vaseline et de quatre parties (en volume) d'huile d'olive. Ce mélange, qui doit être chaque fois fraîchement préparé et stérilisé par l'ébullition, est semi-fluide à la température ordinaire et jouirait d'une diffusibilité beaucoup plus grande que celle de la paraffine simple, ce qui lui permettrait de s'insinuer dans tous les coins et recoins de la région traitée.

Cette sorte de prothèse molle serait particulièrement indiquée pour relever des cicatrices déprimées au niveau du cou, la consistance de la masse injectée étant à peu près celle du tissu sous-cutané qu'il s'agit de remplacer.

L'injection du mélange de vaseline et d'huile d'olive a également donné, entre les mains de M. Gersuny, un excellent résultat dans un cas d'hémiatrophie faciale très prononcée où, après avoir comblé par une prothèse dure la fosse canine et les creux sus et sous-zygomatique, il restait encore à remédier à la difformité de la région buccale, dont les téguments paraissaient en contact immédiat avec la muqueuse des joues.

Notre confrère injecta aussi avec succès de petites quantités du mélange en question sous des lambeaux cutanés transplantés suivant le procédé de Thiersch, soit parce que les lambeaux greffés tranchaient par leur couleur jaunâtre sur la peau environnante, soit parce qu'il s'agissait d'effacer la différence de niveau entre les greffes et le reste de la région (comme, par exemple, dans les cas de greffe pour plaie frontale après rhinoplastie).

Enfin, d'après l'expérience de M. Gersuny, le même procédé serait susceptible de remédier aux difformités dues à l'existence de cicatrices consécutives à des pustules varioliques.

L'exercice de la bicyclette comme moyen de traitement de la tarsalgie des adolescents.

L'immobilisation prolongée du pied, qu'on préconise habituellement contre la tarsalgie, est loin d'être exempte d'inconvénients et expose notamment le patient à l'ankylose des articulations tarsiennes, sans compter qu'elle échoue assez souvent : à la suite d'une fatigue ou d'une marche prolongée, le malade voit son affection réapparaître, le poids du corps intervenant pour déformer à nouveau la voûte du pied et ramener la douleur. Afin de remédier à ces difficultés, M. le docteur Gordon (des Ponts-de-Cé), appelé à donner ses soins à une jeune fille de douze ans et demi, qui présentait tous les signes caractéristiques de la tarsalgie, a eu l'idée de conseiller l'exercice de la bicyclette, en ayant soin de faire munir les chaussures de morceaux de liège convexes et en recommandant de presser sur la pédale, non pas avec le métatarse, mais avec la plante du pied. Notre confrère fut bientôt à même de constater que la patiente pouvait se livrer à de longues promenades à bicyclette, sans qu'il en résultât la moindre déformation du pied et sans qu'elle ressentît ni sensation désagréable ni fatigue, et cela alors que le mal était à son apogée et que la jeune fille éprouvait, sitôt qu'elle mettait le pied à terre, une vive douleur, le poids du corps élargissant le tarse par relâchement des ligaments et supprimant la voûte plantaire. Deux mois de cet exercice ont suffi pour obtenir une guérison complète, et actuellement la marche ne détermine plus ni déformation du pied, ni douleur.

D'une façon générale, M. Gordon estime que le cyclisme constitue un procédé de traitement rationnel de la tarsalgie, puisque dans l'exercice de la bicyclette les membres inférieurs n'ont pas à supporter le poids du corps et que la pression de la voûte plantaire sur la pédale, ainsi que les mouvements continus qui se passent dans l'articulation tibio-tarsienne, ne peuvent exercer qu'une heureuse influence sur la marche de l'affection. Il importe, en outre, de tenir compte qu'à l'encontre du repos prolongé, qui risque de compromettre la santé générale, le mode de traitement dont il s'agit est tout à fait conforme aux exigences de l'hygiène.

Traitement des ulcères de jambe par des lavages au formol et des applications d'acide borique en poudre.

Un médecin américain, M. le docteur C. Chenoweth (de Decatur), recommande, pour le traitement des ulcères de jambe, le procédé suivant : on commence par plonger le membre malade dans de l'eau chaude pendant une demi-heure; on le lave ensuite à l'eau tiède et au savon; puis, après l'avoir asséché, on lotionne toute la région avec une solution faible d'aldéhyde formique, on assèche de nouveau soigneusement la jambe et on saupoudre la plaie d'acide borique pulvérisé. Toute l'extrémité est enfin recouverte de bandelettes agglutinatives de 12 millimètres de largeur, qu'on applique très serrées en partant des orteils, et par-dessus lesquelles on dispose un bandage ouaté. Ce pansement est laissé en place tant qu'il n'est pas traversé par les produits de sécrétion, c'est-à-dire pendant cinq à sept jours; on procède alors au nettoyage de l'ulcère de la même façon que la première fois. Le second pansement peut habituellement n'être renouvelé qu'au bout de deux semaines environ.

Dans la plupart des cas d'ulcère de moyenne dimension, ce procédé de traitement amènerait la guérison en l'espace d'un mois et demi. S'agit-il de plaies variqueuses très étendues, notre confrère commence par maintenir le patient au lit durant une quinzaine de jours, en appliquant des pansements humides boriqués. Lorsque, sous l'influence du repos et des compresses boriquées, l'ulcère a suffisamment diminué, on a recours au procédé susmentionné, qui, entre autres avantages, permettrait au malade de vaquer à la plupart de ses occupations.

L'ulcère une fois cicatrisé, on engagera le patient à porter un bas élastique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des variations pathologiques du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien.

On sait que la soustraction de liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire a été proposée et réalisée par M. Quincke en 1891, dans un but thérapeutique, pour combattre les accidents liés à l'hypersécrétion de ce liquide et à l'hypertension intracrânienne qui en était la conséquence (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 175).

Depuis ce moment, la ponction de Quincke a continué à être pratiquée, surtout en Allemagne, mais on n'a pas tardé à l'utiliser pour le diagnostic, plus encore que pour la thérapeutique. Les dernières recherches dont elle a été l'objet ont considérablement augmenté sa valeur à cet égard, et les résultats déjà acquis la mettent au rang des procédés d'investigation clinique dignes de prendre place définitivement dans la pratique médicale.

Bien que les effets thérapeutiques de la ponction de Quincke ne soient nullement négligeables, on ne saurait douter qu'ils ne le cèdent en importance à ses résultats diagnostiques. A ce point de vue on a étudié et utilisé successivement : la densité, la couleur, la pression, la composition chimique du liquide céphalo-rachidien (surtout sa teneur en fibrine ou en albumine), de même que son contenu cellulaire et sa flore microbienne; un peu plus tard, sa toxicité, et enfin la perméabilité de la séreuse, endo ou exogène, aux substances en circulation dans le sang : pigments biliaires, toxiques de l'urémie, ou substances étrangères telles que l'iodure de potassium, le salicylate de soude ou le bleu de méthylène.

I

Quoique tous ces moyens d'investigation aient fourni chacun un certain nombre de données utiles, celles-ci n'étaient ni assez concordantes ni assez péremptoires pour entraîner l'adhésion du plus grand nombre des cliniciens; aussi la pratique de la ponction lombaire était-elle restée limitée à un cercle très restreint.

Les choses en étaient là lorsque MM. Widal, Sicard et Ravaut (1), dans quelques communications successives à la Société de biologie, attirèrent l'attention sur les résultats que pouvaient fournir au diagnostic la détermination du degré cryoscopique du liquide céphalo-rachidien et l'étude plus attentive et plus minutieuse des cellules obtenues par la centrifugation.

Au moment de leurs premières communications, il semble que ces auteurs aient accordé la première place à la cryoscopie sur la cytologie, mais ils ne devaient pas tarder à changer de manière de voir; ils délaissèrent bientôt la cryoscopie, et l'on peut bien considérer comme un abandon peu déguisé cette conclusion de M. Sicard, dans son excellent opuscule récent : « Cette étude cryoscopique fournit dans son ensemble des résultats intéressants, mais plus scientifiques que pratiques » (2).

Par contre, la cytologie donna à ces auteurs des résultats d'un haut intérêt; avant eux, on avait assurément étudié les cellules en suspension dans le liquide retiré par la ponction, mais, faute d'une technique assez délicate pour en retrouver les moindres quantités, on n'avait su en obtenir des renseignements utiles que dans des cas assez rares. M. Widal et ses élèves ont eu le mérite de faire de leur recherche systématique une méthode simple et rapide, d'une application véritablement facile.

(1) Widal, Sicard et Ravaut. Cytodiagnostic de la méningite tuberculeuse. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 13 oct. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 349.) — Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien, et son application à l'étude des méningites. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 20 oct. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 372.)

(2) J.-A. Sicard. Le liquide céphalo-rachidien. Paris, 1902, p. 111.

Presque immédiatement après les premières communications de MM. Widal, Sicard et Ravaut, j'ai proposé moi-même (1) un autre moyen d'investigation, basé sur les variations de l'action hémolytique du liquide céphalo-rachidien. Peu de temps après, MM. Weil et Péhu (2) ont apporté quelques observations confirmant ma manière de voir, mais, à ma connaissance, cette confirmation est restée isolée.

J'ai poursuivi depuis cette époque mes recherches sur ce point, et je possède actuellement 120 observations, dans lesquelles le liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, a été étudié au point de vue hémolytique.

Bien entendu, j'ai dû procéder par tâtonnements successifs : la méthode n'a pas été pratiquée de la même manière dès le début et, de ce fait, toutes les observations recueillies ne sont pas exactement comparables. Quelques-unes ne sont pas utilisables parce que la recherche n'a pas été faite assez complètement ou avec assez de précision; quelques autres, parce que le diagnostic est resté par trop incertain. Toutefois, leur étude d'ensemble, de même que l'examen plus attentif d'un certain nombre d'entre elles, permet de tirer des conclusions sur l'utilité et sur la valeur clinique de cette méthode d'investigation.

Je suis d'autant plus à même de comparer ses résultats à ceux de la méthode cytologique, que j'ai presque toujours employé simultanément ces deux moyens de recherche chez les mêmes malades. Dans diverses affections, les résultats des deux méthodes sont le plus souvent concordants, et leur emploi simultané n'a d'autre valeur que celle d'une confirmation réciproque; par contre, dans d'autres, leurs résultats sont discordants, et l'interprétation de cette discordance ne laisse pas que de fournir à son tour quelques renseignements nouveaux sur la phase ou sur le pronostic de la maladie observée.

Dans un certain nombre de faits, les deux modes de recherche peuvent se suppléer, avec leurs qualités et leurs défauts respectifs, lorsque telle ou telle circonstance empêche d'avoir recours à l'un d'entre eux avec une sécurité suffisante; par exemple, la cytologie ne fournit que des résultats très douteux quand les cellules, sans être absentes, sont trop rares pour permettre une affirmation positive; ou encore — et surtout — quand elles se perdent dans un culot de centrifugation très hémorrhagique. En pareil cas, même si le sang n'est mélangé qu'en quantité peu abondante au liquide céphalo-rachidien, il est fort difficile, pour ne pas dire tout à fait impossible, de faire la part de ce qui revient aux cellules du liquide et de ce qui revient aux leucocytes du sang lui-même, alors surtout que la centrifugation exerce inégalement ses effets sur les divers éléments figurés du culot, sur les globules rouges, sur les leucocytes, voire même sur les diverses variétés de ces derniers.

Je ne veux nullement prétendre que l'exploration hémolytique soit supérieure à la cytologie par la méthode de Widal; je ne pense même pas qu'elle puisse permettre de se passer d'elle, mais je crois qu'il faut lui faire une place à côté d'elle, parce qu'elle est capable de fournir des renseignements toujours intéressants, souvent importants et parfois décisifs.

Quelques centimètres cubes suffisent pour étudier l'action hémolytique du liquide céphalo-rachidien, et ce n'est pas là un avantage négligeable, car la ponction lombaire ne peut être considérée comme inoffensive qu'à la condition qu'on s'astreigne à certaines règles et à diverses précautions, dont la première et la plus importante est de limiter la quantité du liquide extrait. On n'ignore pas qu'il y a eu plusieurs cas de mort à la suite de la ponction lombaire, presque exclusivement d'ailleurs dans des faits de tumeurs cérébelleuses, ou dans ceux où l'on avait eu recours à l'aspiration du liquide, au lieu de s'en tenir à son écoulement spontané et gradué.

(1) L. Bard. Procédé clinique de détermination de l'isotonicité du liquide céphalo-rachidien. (*Bull. méd.*, 1901, p. 1.) — Méthode de détermination et résultats cliniques de l'appréciation de la tonicité du liquide céphalo-rachidien par son action sur les globules rouges du porteur. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 16 fév. 1901, p. 167, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 60.)

(2) E. Weill et M. Péhu. Diagnostic des méningites infantiles par la réaction du liquide céphalo-rachidien sur le sang du porteur (procédé de M. Bard). (*Province méd.*, 9 mars 1901).

Je puis confirmer, en ce qui me concerne, l'innocuité presque absolue d'une ponction faite avec les ménagements voulus (1); si l'effet thérapeutique est le plus souvent indifférent, il est fréquemment utile, et quelquefois — dans la méningite séreuse notamment — véritablement curatif. Il résulte de là qu'on est pleinement autorisé à utiliser les éléments importants d'information que cette ponction apporte au diagnostic.

II

L'idée d'utiliser en clinique l'action hémolysante du liquide céphalo-rachidien pathologique m'a été inspirée par la première communication de MM. Widal, Sicard et Ravaut, sur l'abaissement du degré cryoscopique du liquide céphalo-rachidien dans les méningites; abaissement qui, d'après eux, avait pour effet de faire tomber le point de congélation de ce liquide au-dessous de celui du sérum sanguin normal, où tout au moins au-dessous de celui du sérum sanguin du sujet lui-même, dans les cas où celui-ci pouvait être plus élevé que normalement. Les observations ultérieures devaient montrer que cet abaissement, quoique réel, n'était ni aussi constant ni aussi accusé que ces auteurs l'avaient d'abord pensé; nous avons déjà vu qu'ils paraissent avoir renoncé assez vite à l'utiliser en clinique.

Quoi qu'il en soit, j'eus alors l'idée de demander à l'hémolyse, c'est-à-dire au procédé de détermination de l'isotonicité des solutions salines par la méthode d'Hamburger, ce que M. Widal avait demandé à la détermination du point de congélation. Je pensais y trouver les multiples avantages d'un procédé plus à la portée de tous les praticiens, exigeant moins de liquide céphalo-rachidien et moins de sang, plus rapide enfin, car il permettait de fixer les rapports de tonicité du liquide et du sérum sanguin du porteur en une seule opération, avec quelques gouttes du premier et une seule goutte du second.

Je ne tardai pas à reconnaître que les cas d'hypotonie du liquide céphalo-rachidien, par rapport au sérum sanguin, suffisante pour provoquer une hémolyse directe, étaient très exceptionnels, et que, pour pouvoir utiliser réellement le procédé, il fallait tenir compte des abaissements plus faibles de cette tonicité et établir la méthode en conséquence, ce qu'il était encore facile de réaliser avec quelques centimètres cubes du liquide et quelques gouttes de sang.

En second lieu, je pus aussi bientôt me convaincre que la tonicité du liquide céphalo-rachidien n'était pas le seul élément qui réglât son pouvoir hémolytique; qu'il fallait compter encore avec la production ou la pénétration d'hémolysines dans son intérieur, et peut-être même, dans une certaine mesure, avec les variations de résistance des hématies, dues aux influences pathologiques.

(1) Depuis trois ans, il a été pratiqué dans mon service de clinique plus de 200 ponctions lombaires, et, bien qu'elles aient été exécutées presque toutes dans la station assise, qui rend la ponction plus facile, mais qui, dit-on, expose davantage aux accidents, une seule fois — dans un cas de méningite cancéreuse chez un enfant — on a observé des suites graves, imputables en quelque mesure à la ponction, mais s'étant produites dans des circonstances assez complexes pour que celle-ci ne puisse pas être seule incriminée.

Dès lors, la méthode hémolytique ne pouvait plus être considérée comme un équivalent de la méthode cryoscopique, comme un procédé plus simple de la mettre en œuvre, mais bien comme une méthode indépendante, plus sensible, mais aussi plus complexe que cette dernière, fournissant des résultats différents, autonomes, devant être interprétés et discutés séparément et pour eux-mêmes.

Après d'inévitables tâtonnements et des modifications successives, je suis arrivé à procéder systématiquement de la manière suivante :

Après avoir préparé 6 à 8 tubes de verre à centrifugation sur un petit support, on introduit dans chacun d'eux 10 gouttes de liquide céphalo-rachidien; laissant ensuite un d'eux sans addition d'eau, on prépare dans les autres des dilutions successivement croissantes par l'addition de 2, 4, 6, 8, 10, 12 et 14 gouttes d'eau distillée. En employant le même compte-gouttes on est sûr d'obtenir des proportions constantes.

Si la quantité de liquide dont on dispose est par trop faible, on peut renoncer aux deux solutions supérieures, ou espacer davantage les intervalles: au besoin on pourrait aussi opérer sur 5 gouttes seulement de liquide céphalo-rachidien, additionnées de 1, 2, 3.,... gouttes d eau distillée, sans qu'il y eût à cette manière de faire d'inconvénients sérieux.

Il importe que le liquide céphalo-rachidien employé ne contienne aucun globule sanguin en suspension; d'où la nécessité de le centrifuger au préalable s'il est hémorrhagique, originellement ou par mélange au cours de la ponction.

Après avoir agité tous les tubes pour assurer le mélange exact du liquide et de l'eau ajoutée, on fait tomber dans chacun d'eux 1 goutte de sang du malade, directement du bout du doigt ou à l'aide d'une pipette, mais sans laisser se produire de dessiccation, susceptible d'altérer les globules, et en évitant autant que possible de faire tomber le sang sur les parois du tube. On agite de nouveau pour assurer le mélange et, au bout de quelques minutes, avant que le sang ait pu se coaguler dans les tubes, on les soumet à la centrifugation jusqu'à ce que la partie supérieure soit parfaitement limpide.

Il ne reste plus alors qu'à observer la coloration du liquide au-dessus du culot de centrifugation; sa simple couleur à l'œil nu suffit presque toujours à renseigner sur l'absence ou l'existence d'hémolyse; au besoin on a recours à la réaction par le mélange de teinture de gaïac et d'essence de térébenthine.

On note dans quel tube commence à se produire le laquage du sang, et quelle en est l'intensité. Il va de soi que lorsque le liquide présente originellement, après sa centrifugation initiale, avant toute addition de sang, une teinte quelconque, il y a lieu d'en déterminer d'abord la nature et d'en tenir compte dans les examens ultérieurs.

Mes recherches, comme je l'ai dit plus haut, avaient été inspirées au début par le désir de comparer directement la tonicité du liquide à celle du sérum sanguin du porteur, et c'est pourquoi j'avais primitivement toujours recours au sang du sujet lui-même. Dans quelques cas cependant j'ai examiné comparativement l'action du liquide sur le sang du porteur et sur du sang étranger, emprunté à un individu normal, et je dois dire que les différences sont le plus souvent nulles et presque constamment négligeables. Il est évident toutefois qu'il n'en sera pas toujours ainsi, et, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, on comprendra qu'il sera préférable, dans certains cas, d'avoir recours à du sang de sujet sain, notamment lorsqu'on pourrait craindre un abaissement anormal de la résistance des hématies du malade lui-même.

Pour rendre le procédé facile à employer, sans instrumentation spéciale, il aurait été utile de pouvoir se passer de centrifugation; j'ai réussi parfois à obtenir des résultats satisfaisants en examinant les tubes après quelques heures de simple dépôt, mais il n'en est pas régulièrement ainsi : la formation d'un réticulum fibrineux trop dense dans certains cas, la sédimentation trop lente et trop imparfaite dans d'autres, la température extérieure trop élevée, sont tout autant de causes qui rendent la centrifugation toujours utile et le plus souvent indispensable.

Ainsi réglée, la recherche du degré d'action hémolytique du liquide céphalo-rachidien est aussi simple et aussi facile que rapide; je ne méconnais pas cependant que ces qualités s'obtiennent en une certaine mesure au prix de quelques causes d'erreur et aux dépens d'une précision rigoureuse. C'est ainsi, par exemple, qu'il serait préférable d'employer un volume égal de chaque solution, au lieu d'un volume égal de liquide initial; préférable aussi d'ajouter toujours à chaque tube la même quantité de sang, peut-être même aussi d'opérer sur les hématies isolées par le lavage préalable dans le sérum physiologique, plutôt que sur le sang total. Toutes ces précautions auraient le grave inconvénient de rendre la méthode très longue et plus ou moins inutilisable en dehors d'un laboratoire bien outillé; elles sont d'ailleurs négligeables, parce que les causes d'erreur importantes sont faciles à éviter avec quelque habitude, et parce que le défaut de précision porte sur un ordre de grandeurs inférieur à celui qui correspond aux variations individuelles du phénomène étudié.

Dès les premières observations, j'ai pu constater que la dissolution des hématies varie de caractère et d'intensité suivant les cas. Le plus souvent, les premiers tubes restent limpides et incolores; puis, en allant des dilutions faibles aux dilutions fortes, un d'eux présente une légère teinte rosée, hémoglobinique, donnant la réaction bleue au gaïac et les raies spectroscopiques de l'hémoglobine; le suivant offre une coloration franchement rose, analogue à celle d'un sirop de grenadine étendu d'eau, et le troisième une teinte rouge foncé, semblable à celle d'un sirop de groseille. Dans quelques cas, le premier tube coloré est déjà franchement rose, et dès le suivant la teinte est rouge; en pareille occurrence, si l'on fait une nouvelle dilution, intermédiaire à celles du dernier tube incolore et du premier tube coloré, on retrouve la légère teinte hémoglobinique qui marque le seuil de l'action hémolysante. Par abréviation, je désigne le degré du pouvoir hémolytique par le chiffre indiquant le nombre de gouttes d'eau distillée de la dilution active; il en résulte que le pouvoir initial est d'autant plus élevé que le chiffre est plus bas.

Je n'ai jamais fait de recherches sur le liquide céphalo-rachidien physiologique, toutes mes ponctions ayant été pratiquées dans des cas pathologiques, susceptibles *a priori* d'avoir influencé les propriétés du liquide céphalo-rachidien. J'estime cependant que la comparaison des cas observés permet de fixer au voisinage de 12 gouttes d'eau distillée, pour 10 gouttes de liquide, le seuil de l'action hémolytique à l'état normal. Toute hémolyse commençant audessous de 10 gouttes, ou s'exerçant déjà fortement à 10 gouttes d'eau, doit être considérée comme pathologique.

Quand cette limite subit un déplacement, elle est le plus souvent abaissée, mais elle peut être aussi anormalement élevée jusqu'à 16 ou 18 gouttes, peut-être même davantage; je ne saurais être très affirmatif sur ce point, ayant beaucoup plus étudié l'abaissement que l'élévation de cette limite, et dans nombre de cas l'hémolyse, négative à 10 gouttes, n'ayant pas été cherchée au-dessus.

Dans quelques faits, on constate une hémolyse faible, révélée par une teinte hémoglobinique légère dans plusieurs tubes successifs, presque uniformément ou faiblement progressive, avant d'arriver à ceux où se prononce nettement l'escalier décrit plus haut. Cette action peut commencer dès le liquide pur ou dès les dilutions faibles (de 2 à 6 gouttes d'eau distillée).

Dans quelques cas, enfin, heureusement fort rares, on observe la série hémoglobinique uniforme que je viens de signaler, mais intermittente, c'est-à-dire interrompue par un tube resté incolore. Je pense qu'il s'agit simplement alors d'une cause accidentelle : erreur dans la numération des gouttes, défaut de mélange intime de l'eau distillée et du liquide avant l'addition de sang, dessiccation de ce dernier sur les parois du tube, ou toute autre faute de technique qu'il est souvent possible de retrouver.

J'ai été conduit à admettre que l'hémolyse qui s'accuse par une progression rapide dans deux ou trois tubes consécutifs est dominée par le degré d'isotonicité du liquide céphalo-rachidien, tandis que celle qui s'étale uniformément sur plusieurs tubes consécutifs est surtout le fait de lysines pathologiques. Tantôt celles-ci agissent dans le liquide pur, tantôt elles exigent une faible dilution pour pouvoir exercer leur action; mais cette dernière se renforce à peine aux dilutions ultérieures, jusqu'à ce que celles-ci soient assez fortes pour que l'abaissement de l'isotonicité entre en scène à son tour. Par contre, dans quelques cas, la présence d'antilysines paraît agir en sens inverse et retarder le seuil de l'action isotonique elle-même.

J'avoue que je n'ai pas poussé assez loin mes recherches sur ce point spécial pour pouvoir préciser exactement les circonstances dans lesquelles on a à compter avec les lysines ou les antilysines; mais leur existence me paraît ressortir avec une netteté suffisante de la comparaison, faite dans quelques cas, entre l'action hémolysante du liquide céphalo-rachidien originel et celle du même liquide après chauffage d'une heure à 55°, chauffage réalisé en maintenant les tubes hermétiquement bouchés dans un bain-marie d'huile de pétrole à l'étuve électrique.

Dans les cas du second type, ceux où l'hémolyse est précoce mais longtemps stationnaire, le chauffage fait presque toujours disparaître cette phase, ce qui ne peut s'expliquer que par la présence dans le liquide de lysines détruites par le chauffage. L'action du chauffage sur le seuil de l'hémolyse progressive du premier type est moins constante; une seule fois, sur 11 cas étudiés à ce point de vue, ce seuil a été avancé, par le fait sans doute de la destruction d'antilysines; mais, dans tous les autres, il a reculé de une, deux et même trois dilutions, sans qu'il fût possible de faire avec certitude la part de la destruction des lysines et celle de la concentration du liquide par l'évaporation due au chauffage, car s'il est possible, par une fermeture hermétique de caoutchouc ou en tube scellé, d'empêcher la sortie de vapeur d'eau, on ne peut éviter la formation de gouttes d'eau distillée dans les parties supérieures du tube et, par suite, on n'est pas sûr de reconstituer exactement la concentration primitive par l'agitation de ce dernier.

Dans la grande majorité de mes observations, je me suis d'ailleurs contenté de la méthode simple, sans chauffage du liquide céphalo-rachidien, et elle a suffi pour obtenir quelques premiers résultats qui ne sont pas dépourvus d'intérêt ni même d'importance.

III

Tout d'abord, et c'est là un point de la plus haute valeur, j'ai pu constater que le pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien subit des modifications variables, et de sens contraire, au cours des diverses affections qui sont susceptibles de l'altérer. Presque toujours celles-ci commencent par élever le pouvoir hémolytique, mais cette élévation même met en jeu des forces défensives et, à mesure que l'influence nocive s'éloigne, ou que l'affection marche vers la guérison, le pouvoir hémolytique s'abaisse progressivement, non seulement jusqu'à revenir

à son degré normal, mais souvent même jusqu'à le dépasser en sens inverse.

Ce n'est là qu'un cas particulier de ces processus de compensation que la maladie nous montre en œuvre de tant de façons différentes; il est comparable de tous points à celui que révèlent, dans d'autres domaines, les réactions bactéricides ou agglutinantes, nées de la lutte de l'organisme contre l'infection.

Il résulte de cette première donnée qu'on ne saurait toujours attribuer une valeur absolue, pour le diagnostic d'une affection déterminée, à la simple constatation du degré normal ou anormal de ce pouvoir hémolytique. Cette constatation ne doit être qu'un des éléments du problème complexe qui se pose au clinicien; ce degré dépend en effet non seulement de la nature de la maladie, mais aussi de sa phase et de son évolution. Pour que la valeur de cet élément symptomatique puisse être exactement précisée, il importe de ne s'en servir qu'après avoir appris à connaître d'abord le degré et les lois de ses variations dans l'affection considérée; il y a lieu d'en faire une interprétation raisonnée pour chaque cas particulier, en tenant compte de la période de la maladie et des rapports de ce symptôme avec les autres phénomènes concomitants. Si l'on méconnaît cette loi fondamentale, on ne comprend rien aux résultats observés et on s'expose aux erreurs les plus graves.

Cette donnée ressort de l'étude critique attentive d'un grand nombre de faits; pour la démontrer plus formellement et en apprécier plus exactement les lois, il eût été utile de multiplier les cas où plusieurs ponctions ont pu être faites successivement chez le même malade. Ces cas — malheureusement assez rares, pour de multiples raisons faciles à comprendre — sont au nombre de 11 dans mes observations; leurs résultats paraissent, au premier abord, complètement discordants; ils deviennent, au contraire, nets et instructifs si on les interprète à l'aide de la règle formulée plus haut.

Dans 3 faits de méningite tuberculeuse mortelle, il a été pratiqué deux ponctions, à trois jours d'intervalle l'une de l'autre. Dans un d'eux, l'hémolyse était intense dans la dilution à 10 gouttes, également aux deux ponctions; dans un autre, de 8 gouttes à la première ponction le seuil était tombé à 6 à la seconde; par contre, dans le troisième cas, de 10 à la première ponction, il n'existait plus à 12 à la seconde; mais il s'agissait d'une méningite presque exclusivement spinale, hémorrhagique, à liquide ambré, et c'est à cette propriété qu'il faut rapporter la production de la résistance à l'hémolyse.

Chez un malade atteint de méningite cérébro-spinale suivie de guérison, trois ponctions ayant été faites à huit jours d'intervalle l'une de l'autre, l'hémolyse s'est produite respectivement à 0 dans la première, à 8 dans la seconde et enfin elle n'existait pas encore à 12 dans la troisième.

Dans 2 cas d'abcès cérébral, l'un occipital d'origine traumatique, l'autre sous-pieméricn d'origine otique, ce dernier suivi de guérison après trépanation, l'hémolyse a passé, d'une ponction à l'autre, de 6 à 8 dans le second, et de 8 au-dessus de 10 dans le premier.

Même évolution décroissante dans une hémorrhagie cérébrale, dans une tumeur cérébrale avec hémiplégie récente, due probablement à une hémorrhagie secondaire, dans une méningite spinale traumatique.

Par contre, d'une part, état stationnaire à la normale dans une syringomyélie, avec phénomènes de paralysie bulbaire restés sans influence sur le liquide céphalo-rachidien; d'autre part, après constatation d'un abaissement du seuil de l'hémolyse, indiquant une élévation du pouvoir hémolytique, chez un urémique délirant, abaissement encore plus accusé par la survenance d'une hémorrhagie cérébrale, d'ailleurs promptement mortelle.

Il serait impossible, sans entrer dans de trop longs développements, d'indiquer le détail des 120 faits observés. Je me contenterai d'indiquer les principales données intéressantes qui ressortent encore des documents recueillis.

Sur 18 cas de méningite tuberculeuse étudiés, 17 fois le pouvoir hémolytique était élevé au-dessus de la normale : 14 fois l'hémolyse s'est produite avec moins de 10 gouttes, 3 fois avec 10 gouttes seulement, et dans un de ces cas elle fut négative à 12 lors d'une ponction ultérieure; une seule fois l'hémolyse n'existait pas encore à 10 gouttes et n'a pas été recherchée au-dessus.

Sur 4 méningites cérébro-spinales septiques, une primitive, suivie de guérison, et 3 d'origine pneumonique, dont 2 suivies de mort, l'hémolyse s'est montrée au-dessous de 10 gouttes dans les 4 cas; dans un de ces faits, déjà signalé plus haut et où la guérison est survenue, trois ponctions ont eu lieu, et l'hémolyse est allée en décroissant de l'une à l'autre.

Vingt-cinq sujets atteints d'hémiplégies récentes, comprenant une dizaine d'hémorrhagies et une quinzaine de ramollissements, ont été examinés. Si l'on ne tient compte que des cas suivis de mort et où l'autopsie a pu être faite, on trouve :

4 hémorrhagies cérébrales avec une hémolyse élevée, à divers degrés, mais toujours au-dessous de 10 gouttes;

3 ramollissements, dont deux avec hémolyse au-dessus de 10; un seul avec hémolyse à 8, mais il s'agissait d'un urémique délirant, et cette élévation du pouvoir hémolytique doit certainement être rapportée à l'urémie et non au ramollissement, comme le montre l'étude des cas de délire urémique sans ramollissement concomitant.

Chez les malades qui ont survécu, ou qui sont morts sans avoir été autopsiés, la même règle s'est vérifiée, pour autant que l'on peut se baser sur des diagnostics de simple probabilité.

Dans 15 faits de délires graves, infectieux ou toxiques, sans méningite anatomique, la plupart mortels et suivis d'autopsie, l'hémolyse s'est toujours trouvée anormalement élevée, mais à des degrés variables (de 4 à 10 gouttes). Ces 15 cas comprennent 2 *delirium tremens* alcooliques, un délire cardiaque, 3 délires pneumoniques, 3 urémiques, 3 tuberculeux et 3 septicémiques.

Dans toutes ces observations, la recherche des éléments figurés dans le culot de centrifugation avait été complètement négative.

Même effet dans un cas de coma dû à une intoxication par le gaz d'éclairage; mais ici l'action était différente ou du moins complexe, car on trouvait des lymphocytes assez nombreux dans le culot de centrifugation, et l'autopsie a révélé de multiples suffusions sanguines miliaires dans la substance blanche.

Dans 5 cas de tumeurs cérébrales malignes, vérifiées à l'autopsie, l'hémolyse a varié de 4 à 8 gouttes dans 3 cas; dans un, elle était douteuse à 10, non cherchée au-dessus; enfin, une seule fois elle s'est montrée voisine de la normale.

Chez un sixième patient, pour lequel il paraissait s'agir d'une tumeur corticale ancienne, de nature bénigne au point de vue anatomique, pendant une période de crises d'épilepsie jacksonienne fréquentes, au moins quotidiennes, l'hémolyse s'est produite dès 8 gouttes et était très intense à 12.

Par contre, dans 2 faits de tubercules cérébelleux, l'un simplement probable, l'autre vérifié à l'autopsie, l'hémolyse était faible à 10 gouttes, c'est-à-dire à peine élevée, chez le premier, et n'existait pas chez le second aux dilutions plus considérables.

Dans 4 cas de paralysie générale ou de tabes, isolés ou associés, mais nettement confirmés, l'hémolyse a varié de 6 à 8 gouttes; dans 3 autres observations de tabes *incipiens* ou fruste, elle était nettement plus accusée que normalement, mais ne se produisait pas avant 10 gouttes.

Dans 2 faits de pachyméningite chronique, dont l'un avec autopsie, elle commençait dès 0, mais ne devenait intense qu'après 8.

Dans une dizaine d'observations de troubles intellectuels d'ordre vésanique, elle ne présentait aucune élévation anormale.

Dans un cas de sclérose en plaques, vérifiée à l'autopsie, elle débutait à 2 gouttes, pour devenir nette à 6 et intense à 10.

Dans une observation de paraplégie douloureuse des cancéreux, elle était intense à 10 gouttes.

Sur 4 pottiques, 2 fois elle était à peine légèrement élevée, apparaissant à 10 gouttes mais faiblement; une fois elle ne se montrait pas encore à 12; une seule fois elle fut trouvée nettement élevée, commençant dès 0, mais il s'agissait d'une paraplégie spasmodique très intense, très irritative, sans gibbosité, coïncidant avec une granulie migratrice et avec une pleurésie aiguë; l'ensemble du tableau clinique me faisait admettre chez ce malade l'existence de granulations méningées plutôt que celle de la forme ordinaire de pachyméningite externe (1).

IV

Dans presque toutes mes observations, j'ai pratiqué simultanément la recherche de l'hémolyse et l'étude cytologique par la méthode et suivant les indications de MM. Widal, Sicard et Ravaut. Je dois dire que, d'une manière très générale, les résultats que j'ai obtenus confirment de tous points ceux de ces auteurs, tels qu'ils sont indiqués dans le livre de M. Sicard. Comme eux, j'ai trouvé des cellules dans presque tous les cas de méningite aiguë et dans la grande majorité des cas de processus méningitiques chroniques, spécialement — comme le fait a été signalé par M. Babinski — dans ceux d'origine syphilitique, y compris la paralysie générale et le tabes.

Dans les méningites tuberculeuses, les lymphocytes étaient seuls ou très prédominants dans le plus grand nombre des cas, avec quelques exceptions cependant.

Dans tous les faits de méningites septiques aiguës, les cellules étaient polynucléaires à la période d'état; dans le cas, suivi de guérison, qui a donné lieu à trois ponctions, les lymphocytes ont remplacé les polynucléaires aux dernières ponctions. Chez un malade atteint de méningite subaiguë terminée par guérison, de pathogénie incertaine, les lymphocytes étaient seuls en cause.

Dans le mal de Pott et dans les tumeurs cérébrales, il n'y avait pas de cellules appréciables, sauf dans un des faits de tumeur, où le diagnostic probable avait été celui de pachyméningite de la base à prédominance cérébelleuse, et où l'autopsie fit découvrir une tumeur fibroïde de la dure-mère, située à la base du cerveau, se prolongeant jusqu'au cervelet, comprimant l'encéphale sans l'envahir. L'exception s'explique suffisamment par les résultats de l'autopsie : elle confirme la règle de l'absence de cellules dans les tumeurs intra-encéphaliques.

Dans les hémiplégies, d'après M. Sicard, « le cytodiagnostic négatif est la règle générale, surtout dans les hémiplégies anciennes. Au cours des hémiplégies récentes, lymphocytose souvent discrète, mais presque toujours plus marquée dans le cas de ramollissement cérébral ». L'auteur signale cependant la lymphocytose dans les hémorrhagies et dans les hémiplégies d'origine syphilitique.

D'après mes observations, portant toutes, il est vrai, sur des hémiplégies récentes, il y a lieu de distinguer entre les embolies et les thromboses; le résultat négatif est la règle dans les ramollissements emboliques, mais la lymphocytose est aussi fréquente dans les thromboses que dans les hémorrhagies, surtout

(1) Voir L. BARD. Des formes cliniques du mal de Pott. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 24 fév. 1901, p. 184.)

quand les premières présentent une marche envahissante, ou quand elles sont d'origine syphilitique, peut-être parce qu'elles peuvent comporter alors une participation des méninges.

Dans mon unique observation de sclérose en plaques, il y avait des leucocytes dégénérés.

Dans une hydrocéphalie chronique, dans une syringomyélie, dans des polynévrites, dans une neurasthénie traumatique, la cytologie était négative. De même dans des démences séniles, dans des états vésaniques et dans des pseudoparalysies générales par ramollissements cérébraux multiples. De même encore dans tous les cas de délires infectieux ou toxiques, sans lésions anatomiques des méninges.

On voit, par les détails qui précèdent, que les résultats fournis par la cytologie et par l'hémolyse ne sont nullement identiques et superposables. Parallèles dans les méningites de toute nature, aiguës et chroniques, ils deviennent divergents dans les troubles fonctionnels aigus de l'écorce cérébrale et des méninges, qu'ils soient dus aux intoxications internes, comme l'urémie, ou externes, comme l'alcoolisme, ou aux troubles vasomoteurs ou sécrétoires en rapport avec certaines crises convulsives.

L'indication même de ces parallélismes et de ces divergences montre que les deux méthodes ne sauraient complètement se remplacer et qu'elles ne peuvent que partiellement se suppléer; les renseignements qu'elles fournissent au diagnostic sont différents, et un examen complet du liquide céphalo-rachidien doit les comprendre toutes les deux.

Dans le diagnostic des méningites aiguës, l'hémolyse a une valeur très inférieure à la cytologie, d'une part parce qu'elle ne fournit que peu de chose au diagnostic différentiel des espèces de méningites — puisque, plus accusée et plus constante dans les méningites septiques, elle existe cependant aussi dans les méningites tuberculeuses —, d'autre part, et surtout, parce qu'elle se retrouve également, quoique avec une intensité différente, dans les méningites vraies anatomiques, dans les inflammations légères, qui sont sans doute à la base de certains délires fébriles, et même dans les accidents de méningisme des grandes intoxications. Il y a là une similitude qui est d'un grand intérêt pour la pathologie générale de ces accidents, pour leur étude symptomatique même, mais qui diminue la valeur de l'hémolyse pour le diagnostic différentiel de ces diverses affections.

Par contre, en cas de ponctions successives, dans les méningites, l'hémolyse permet peut-être mieux que la cytologie de suivre les phases de l'évolution de la maladie. De plus, elle est seule à même de séparer les méningismes purement fonctionnels des accidents du même ordre, infectieux ou toxiques, car les cellules font défaut dans les deux groupes.

Dans les processus méningés chroniques, les données sont en général parallèles; l'hémolyse est cependant un adjuvant utile de la cytologie; elle est même quelquefois plus précise, comme dans les faits relativement assez fréquents où, par accident de préparation ou par toute autre cause, les lymphocytes étant très peu abondants, on hésite à se prononcer sur l'existence ou la non-existence d'une lymphocytose pathologique.

L'hémolyse est encore plus nécessaire quand le culot de centrifugation est un peu volumineux et nettement hémorrhagique, par le mélange du sang au cours de la piqûre. Dans ce cas, comme je l'ai déjà dit plus haut, il est le plus souvent impossible d'apprécier sur les préparations microscopiques le nombre et les caractères des leucocytes mêlés aux hématies.

Enfin la recherche de l'action hémolysante est particulièrement utile dans les cas où la piqûre donne issue à un liquide franchement hémorrhagique. En pareille occurrence, il n'est, en effet, pas aussi facile qu'on le croirait au premier abord de reconnaître si le sang provient originellement de la cavité arachnoïdienne, ou s'il s'est accidentellement mélangé au liquide au cours de la piqûre. Les premiers observateurs qui ont rencontré des liquides hémorrhagiques ne paraissent pas s'être assez rendu compte de cette difficulté d'appréciation.

La constatation d'un liquide nettement hémorrhagique a une importance réelle pour le diagnostic des lésions cérébrales comme pour celui des fractures de la base, bien qu'on le retrouve aussi dans de simples contusions cérébrales, et même, mais alors à l'état très atténué, dans certains cas de méningite; encore faut-il, pour conserver à cette constatation sa valeur entière, éviter toute confusion avec les hémorrhagies accidentelles.

Or, plusieurs cas peuvent se présenter: tantôt le liquide est nettement hémorrhagique, tantôt il présente une coloration ambrée spéciale, qui avait déjà été signalée dans des cas isolés de méningite, mais que j'ai été le premier, je crois, à étudier et à attribuer au reliquat d'épanchements hémorrhagiques (1).

Dans la première éventualité, lorsqu'on soumet le liquide à la centrifugation, tantôt il reprend son aspect incolore habituel, tantôt il apparaît de teinte rosée hémoglobinique ou de couleur ambrée; dans ce dernier cas, l'observation rentre dans le second groupe de faits.

Quand le liquide est incolore après centrifugation, on peut hésiter entre une hémorrhagie accidentelle au cours de la ponction ou une hémorrhagie primitivement arachnoïdienne; divers caractères ont été indiqués, par MM. Tuffier et Milian (2) notamment, pour établir cette distinction; mais, bien que d'une importance réelle, ils sont loin d'avoir une valeur absolue; la recherche du pouvoir hémolytique fournit alors des renseignements très précieux, car les hémorrhagies du névraxe, quelle que soit leur cause, ont précisément pour effet d'exalter rapidement ce pouvoir, tandis que les autres lésions à symptômes similaires, l'embolie spécialement, n'exercent aucune influence de cette nature.

Lorsque le liquide est ambré, d'emblée ou après centrifugation, on peut conclure, selon mes observations personnelles, à l'existence, soit d'une hémorrhagie antérieure, soit d'une méningite à tendance hémorrhagique; mais je dois dire que cette opinion, qui a été acceptée par M. Sicard (3), ne l'est pas par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question. Par suite, là encore l'élévation du pouvoir hémolytique vient apporter une contribution utile au diagnostic clinique; elle est appelée à rendre de réels services dans le diagnostic différentiel, souvent délicat, des cas où le liquide céphalo-rachidien présente une coloration pathologique anormale.

Je possède déjà 15 observations dans lesquelles le liquide offrait une coloration ambrée, mais leur étude, quelque intéressante qu'elle pût être, nous entraînerait trop loin; elle ne se rattache d'ailleurs qu'indirectement au sujet de cet article, et elle trouvera sa place, par la suite, dans un travail consacré aux colorations pathologiques du liquide céphalo-rachidien.

V

Malgré le nombre déjà élevé des cas observés, il serait imprudent peut-être, et certainement prématuré, de formuler des conclusions définitives sur la valeur et le degré de certitude des renseignements que la recherche des variations du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien peut fournir à la clinique pratique; les détails dans lesquels je suis entré suffisent, cependant, à démontrer qu'indépendamment des contributions qu'elle peut apporter à la pathologie générale ou à l'étude pathologique de certains délires et de certaines convulsions, l'hémolyse doit entrer en ligne de compte pour le diagnostic différentiel de nombre d'affections du système nerveux central.

Ils prouvent aussi que l'élévation du pouvoir hémolytique n'est pas par elle-même un symptôme d'emblée pathognomonique, qu'elle a besoin d'être discutée et appréciée dans chaque cas particulier, sort qu'elle partage, d'ailleurs, avec tous les symptômes et tous les signes cliniques, même les plus sûrs et le plus consacrés par le temps.

La méthode que je préconise, tout en ayant besoin d'une étude plus approfondie, notamment pour faire la part des modifications de l'isotonicité et celle de la production et de l'action des lysines et des antilysines, me paraît mériter dès à présent d'entrer dans la pratique, concurremment avec l'examen cytologique, quand on a recours à la ponction lombaire dans un but de diagnostic; elle est plus spécialement utile pour le diagnostic des causes souvent si obscures des hémiplégies, ainsi que pour séparer les troubles purement fonctionnels du système nerveux central d'avec ceux qui reconnaissent une origine infectieuse ou toxique.

Dr L. Bard,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

(1) L. Bard. Du liquide céphalo-rachidien hémorrhagique. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 6 juillet 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 228.)

(2) Milian. Le liquide céphalo-rachidien hémorrhagique. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 7 août 1902, p. 733.)

(3) Sicard. Chromo-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorrhagies du névraxe. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, 30 nov. 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 396.)

BULLETIN

La « socialisation » de la médecine et ses funestes conséquences pour la profession médicale.

Personne n'ignore que, d'une manière générale, l'enseignement donné dans les Facultés de médecine ne comprend pas la déontologie, c'est-à-dire la science des devoirs du médecin. On a bien, par-ci par-là, fait quelques tentatives pour éduquer sur ce point les étudiants en fin d'études, mais cette initiative privée s'est réalisée dans un cadre très restreint, sans un programme bien déterminé et adéquat à tous les rôles et à toutes les conditions que le médecin est appelé actuellement à remplir dans l'organisation sociale de l'Etat où il pratique. C'est au moment où le jeune docteur va ou commence à se trouver aux prises avec la clientèle qu'il a le plus besoin de connaître ce que les lois exigent de lui et ce qu'il peut attendre de la législation existante. Mais il ne serait certes pas irrationnel que, dès le début même des études médicales, le candidat en médecine fût quelque peu renseigné sur la situation toute particulière de la carrière qu'il se propose d'embrasser.

On lui apprendrait sommairement que partout les Parlements, sous le couvert de la préservation sociale, une des multiples manifestations de la conservation personnelle, ont entrepris depuis quelque temps et poursuivent sans relâche la « socialisation » de la médecine aux dépens du Corps médical;

On lui dirait que partout aussi, pour compléter l'œuvre législative relative à la protection de la santé publique, à l'hygiène et à la police sanitaire, à l'assistance médicale gratuite, à l'assurance contre la maladie et l'invalidité, etc., les gouvernements prennent des mesures administratives qui vont presque toujours à l'encontre des intérêts matériels ou autres de notre profession;

On lui montrerait, par des exemples frappants et nombreux, que la « socialisation » de la médecine, qui semble devoir être une des caractéristiques de l'époque actuelle, met de plus en plus l'homme de l'art sous la dépendance des autorités de tous ordres, et tend forcément à la création de médecins fonctionnaires;

On lui ferait entrevoir que le nombre des médecins est partout trop élevé proportionnelle-

ment à la population, et que, par suite, la lutte pour la vie est ardente et très âpre, sans lui cacher que tous les siècles passés n'ont pu atténuer la fameuse *invidia medicorum;*

On lui dévoilerait, enfin, que le mal dont souffre la profession provient en partie des médecins eux-mêmes, et surtout de certains personnages ou hauts fonctionnaires médicaux, qui préconisent à qui mieux mieux des moyens d'organisation sociale capables de réduire les praticiens à une portion de plus en plus congrue.

Ainsi renseigné, le jeune homme pourrait alors décider en connaissance de cause s'il possède ou croit posséder les qualités morales nécessaires pour exercer la médecine et s'il consent à courir les risques d'un gain fort restreint et d'une responsabilité pour ainsi dire illimitée.

Rien n'empêcherait plus tard, à sa sortie de la Faculté ou à son entrée dans la carrière, de lui fournir des notions plus étendues et plus précises sur les rapports de l'exercice de la médecine avec la législation du pays; mais il saurait déjà que la loi ne le traite pas comme tous les autres citoyens et qu'elle exige de lui des sacrifices considérables.

Nous n'exagérons rien, et, si l'on veut se rendre compte de la situation du médecin dans la société moderne, qu'on jette un coup d'œil sur la législation médicale du pays où la « socialisation », le fonctionnarisme et la dépendance sont, croyons-nous, le plus avancés. Pour cela, pas n'est besoin de connaître cette législation dans tous ses détails; il suffit d'en voir l'ensemble sous la forme d'une espèce de schéma dressé avec le concours des autorités médicales, sinon par elles-mêmes, pour juger combien sont nombreux les devoirs sociaux du médecin.

Nul n'ignore qu'en Prusse — et il faut le reconnaître franchement — l'Etat fait beaucoup pour l'instruction des médecins, parce qu'en revanche il leur demande beaucoup. L'initiative privée apporte aussi son concours très précieux à l'œuvre officielle qu'elle s'efforce de parachever; c'est ainsi qu'il y a dix-huit mois, il s'est fondé à Berlin un Comité central ayant pour but d'organiser, dans toutes les villes du royaume, des cours et des conférences pour le perfectionnement scientifique et pratique des médecins de la Prusse (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. CII). Aujourd'hui ce même Comité, qui, bien que d'origine privée, n'est pas sans avoir des relations avec les autorités, vient, sur l'instigation du ministre des cultes, de l'instruction publique et des affaires médicales, d'organiser pour les mois de février et mars prochains une série de douze conférences gratuites sur le « droit médical » (*ärztliche Rechtskunde*), dont nous avons le programme entre les mains.

En parcourant simplement les sujets qui seront traités dans ces conférences, on a immédiatement sous les yeux un ensemble assez complet de ce que les lois de la Prusse exigent de l'homme de l'art, c'est-à-dire du médecin diplômé, et cela dans un pays où l'exercice de la médecine est libre et le charlatanisme très florissant. Voici ce programme, dans lequel les matières enseignées sont divisées en quatre sections : la condition juridique du médecin, la responsabilité médicale, la pratique médicale dans ses divers rapports sociaux, l'organisation des affaires médicales.

L'exposition du premier point comprend quatre conférences :

1° La législation relative à l'exercice de la médecine;

2° Les devoirs professionnels publics du médecin;

3° Le médecin au point de vue du droit civil;

4° Les bases juridiques de la pratique médicale au point de vue économique.

Les deux conférences ressortissant au second chapitre sont :

5° La responsabilité dans les communications faites par le médecin (surtout au point de vue des conseils donnés);

6° La responsabilité dans les actes professionnels.

Cinq conférences sont consacrées à exposer le troisième point :

7° Le médecin et la médecine des indigents et des aliénés;

8° Le rôle du médecin dans les assurances privées;

9° et 10° Le rôle du médecin dans l'appréciation de la capacité au travail (y compris les principes de la législation sur l'assurance);

11° Le médecin et la législation sur les pharmacies.

En dernier lieu,

12° L'organisation officielle des affaires médicales.

Comme chacun peut en juger, ce programme est assez complet et avec quelques numéros en plus ou en moins, suivant le cas, il est susceptible d'être adapté à tous les autres pays européens, car tous souffrent peu ou prou des maux qu'engendre pour nous la « socialisation » de la médecine. Du reste, ce qu'on entend en Prusse, et ailleurs aussi, par « droit médical » ne semble guère comporter que des devoirs, les droits accordés aux praticiens se réduisant le plus souvent à la seule faculté de pouvoir assigner devant les tribunaux les clients récalcitrants dans le paiement des honoraires. Aussi ne faut-il pas s'étonner si, dans beaucoup de pays, les médecins s'alarment de l'état de choses actuel. On se rappelle sans doute le cri de détresse jeté naguère par les médecins d'Autriche lorsqu'ils ont annoncé la convocation pour le printemps prochain d'un « Congrès de médecine sociale ». Presque en même temps nous avons vu les médecins suisses, dans la première réunion de leur Chambre médicale, protester contre certaines dispositions de la loi de 1901 sur l'assurance des militaires contre la maladie et les accidents, dispositions qui sont tout à fait défavorables au Corps médical; de plus, ils éprouvent quelques craintes en présence de l'avant-projet de Code pénal qui contient une série d'articles visant la responsabilité médicale dans différentes conditions. Enfin, c'est de la Hollande que nous vient le dernier symptôme du mal : l'Association néerlandaise pour l'avancement de la médecine, dont font partie presque tous les médecins du pays et qui jusqu'ici n'était guère qu'une Société scientifique, a tenu, le 18 décembre dernier, une assemblée générale dans laquelle il a été décidé qu'il y avait lieu de modifier les statuts de l'Association de telle sorte que celle-ci pût s'occuper de la défense des intérêts sociaux des médecins, et de créer une commission d'intérêts professionnels. Nous ne parlerons pas de l'Italie où depuis longtemps déjà les médecins luttent pour l'amélioration de la situation des *medici condotti*, qui sont indignement exploités par les administrations communales. Nous ne parlerons pas non plus de la France, où l'on se borne généralement à opposer la force d'inertie aux injonctions des pouvoirs publics; mais le mal existe là tout comme ailleurs, car il est général.

Contre cette introduction incessante de mesures législatives ou administratives, presque toujours défavorables aux intérêts matériels du Corps médical, il faudra bien tôt ou tard se résoudre à tenter quelque chose. Le difficile est d'indiquer des moyens efficaces de combat. Pour notre part, et cet aveu nous coûte beaucoup, nous déclarons sincèrement n'en point connaître.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 janvier 1903.

Diminution du taux des lécithines dans les laits chauffés.

MM. Bordas et **de Raczkovski**. — Ayant étudié précédemment l'action de l'écrémage sur la teneur du lait en lécithines (Voir *Semaine Médicale*, 1902, Annexes, p. CXLV), nous avons voulu déterminer l'influence du chauffage au même point de vue.

Un lait renfermant 0 gr. 252 milligr. de lécithines par litre n'en contenait plus, après chauffage à feu nu pendant trente minutes à 60°, que 0 gr. 216 milligr., soit une perte de 14 %; un chauffage d'une demi-heure à 80° ou à 95° diminue encore plus le taux des lécithines, qui tombe à 0 gr. 180 milligr. : le déchet atteint donc 28 %. Le séjour au bain-marie à 95°, durant le même laps de temps, n'abaisse la proportion des lécithines que de 12 %; au contraire, dans deux échantillons de lait stérilisés à l'autoclave à 105°-110° pendant trente minutes, nous avons trouvé 30 % de lécithines de moins qu'avant l'opération.

Ces recherches démontrent que, pour la pasteurisation du lait, il y a tout intérêt à utiliser de préférence le chauffage au bain-marie, encore que le lait ainsi traité perde 12 % de ses lécithines.

Contribution à l'étude des réflexes locomoteurs.

M. Philippson adresse une note relative à des expériences exécutées sur des chiens après section transversale totale de la moelle dorsale, expériences ayant permis à l'auteur de dissocier les divers éléments de la locomotion.

Il en résulte qu'au moment où le pied arrive en contact avec le sol, il se produit une flexion réflexe du métatarse, ayant pour effet d'appuyer la surface plantaire sur le sol; cet appui détermine, également par voie réflexe, une détente musculaire brusque qui projette l'animal en avant; le choc qui s'ensuit provoque la flexion de la patte arrivée à la limite de son extension, tandis que le tiraillement inguinal causé par cette même extension brusque entraîne l'extension du membre opposé jusque-là en flexion, membre dont l'extension est encore renforcée par la flexion de la première patte.

La locomotion se réduit donc à une succession de réflexes se provoquant l'un l'autre, et qui tous peuvent être isolément déterminés chez l'animal myélotomisé.

Rappel, trente heures après la mort, des battements du cœur humain séparé du corps.

M. A. Kuliako envoie une note dans laquelle il déclare avoir pu faire réapparaître les battements dans le cœur d'un enfant de trois mois, mort de pneumonie double; le cœur fut prélevé sur le cadavre vingt heures après la mort et soumis à une circulation artificielle avec le liquide de Locke (solution saline contenant les éléments minéraux du sang avec addition d'une faible quantité de dextrose), chaud et saturé d'oxygène. Après vingt minutes, de faibles contractions rythmiques se produisirent, d'abord dans les tissus, puis dans le ventricule droit; finalement le cœur entier donna des pulsations régulières qui persistèrent une heure.

L'auteur a répété cette expérience sur d'autres cœurs humains; il a réussi plusieurs fois à provoquer des pulsations dans les tissus et les oreillettes trente heures après la mort, malgré la formation de volumineux caillots dans le cœur.

Recherches sur la physiologie de la peau dans un cas d'autoplastie.

MM. Vaschide et **Vurpas** adressent une note contenant les résultats de recherches qu'ils ont faites sur une femme, chez laquelle on avait recouvert — après une brûlure profonde — la face dorsale de la main et la plus grande partie de la face postérieure de l'avant-bras avec un lambeau emprunté aux téguments de l'abdomen.

Ces recherches ont démontré que la peau autoplastiée avait gardé sa sensibilité propre, tout en s'adaptant aux régions sous-jacentes; les sensibilités tactile et douloureuse étaient plus faibles que du côté sain, mais cette femme localisait bien les impressions; le lambeau greffé avait conservé des réactions vasomotrices indépendantes, dans une grande mesure, de celles des régions environnantes; à son niveau, la température locale était abaissée par rapport à la région symétrique du côté opposé (33°4 contre 34°2).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 janvier 1903.

Sur quelques particularités cliniques des paralysies diphtériques.

M. Aubertin. — Les recherches cliniques que j'ai faites sur 65 cas de paralysies post-diphtériques, observées tant chez l'adulte que chez l'enfant, m'ont démontré que les troubles moteurs étaient en général peu intenses et que les troubles sensitifs faisaient presque absolument défaut. C'est ainsi qu'on rencontre rarement le « voile du palais pendant et flasque » décrit par différents auteurs; on constate seulement une légère parésie portant sur la totalité des muscles; le réflexe pharyngien est toujours conservé. La paralysie de l'accommodation frappe le muscle ciliaire seul et respecte l'iris; à une certaine période de la maladie, cependant, la contractilité pupillaire à la distance peut être abolie; par contre, le réflexe lumineux ne manque jamais.

Du côté des membres, les mouvements ne sont dans aucun cas complètement supprimés; il s'agit d'une parésie plastique, avec disparition constante des réflexes tendineux et intégrité des sphincters. Les troubles cardiaques accompagnés de vomissements sont fréquents, mais la paralysie bulbaire est très rare.

En somme, les paralysies diphtériques ont tantôt les caractères d'une névrite légère sans troubles sensitifs, tantôt ceux d'une poliomyélite antérieure très diffuse et très peu intense.

D'autre part, s'il est bien établi que les injections de sérum antidiphtérique n'augmentent pas la fréquence des paralysies, il semble également démontré qu'elles ne possèdent à leur égard aucune action curative.

M. Comby. — Nous sommes trop désarmés en présence des paralysies post-diphtériques pour ne pas essayer de les combattre par la sérothérapie, d'autant qu'il existe actuellement dans la littérature un certain nombre de faits plaidant en faveur de ce mode de traitement. Pour ce qui me concerne, j'ai réussi à faire disparaître très rapidement une paralysie du voile du palais au moyen de deux injections de 20 c.c. de sérum chacune, pratiquées à vingt-quatre heures d'intervalle. Aussi, loin de déconseiller cette pratique, je crois qu'il faut l'encourager, car, si elle n'est pas toujours efficace, son innocuité n'est du moins pas contestable.

M. Barbier. — Les paralysies post-diphtériques ne s'observent que chez les sujets qui sont encore intoxiqués; il est donc légitime, à ce point de vue, d'intervenir chez eux au moyen de la sérothérapie.

M. Aubertin dit que s'il a combattu l'emploi des injections de sérum contre les paralysies diphtériques, c'est parce qu'il y a eu recours dans 4 cas sans aucun résultat.

Lèpre systématisée nerveuse à manifestations tardives.

M. Bernard (médecin militaire) communique, en son nom et au nom de M. Bonnet, l'observation d'un zouave qui reçut au Tonkin, en 1885, une balle à la cuisse droite, dans le voisinage du nerf sciatique, sans toutefois que ce nerf eût été lésé d'une façon appréciable. Dix-sept ans plus tard apparurent, aux confins du territoire du sciatique, des douleurs paroxystiques, de l'œdème et un mal perforant. Peu de temps après, une névrite évolua au membre supérieur droit, aboutissant à une paralysie complète dans le domaine du cubital — dont le calibre était manifestement augmenté de volume —, moindre dans le territoire des autres nerfs. Enfin, une dermatose polycyclique avec thermo-analgésie se superposa à ces troubles sans en franchir les limites.

D'après l'orateur, la lèpre serait la cause unique de ces diverses localisations névritiques. Quant au traumatisme anciennement subi par le malade, il est probable qu'il n'a joué que le rôle de cause prédisposante en localisant au niveau du membre inférieur les premières manifestations infectieuses.

Fièvre typhoïde extrêmement prolongée et avec complications multiples.

M. L. Lévi relate un cas de fièvre typhoïde dont la période pyrétique dura cent cinq jours, et au cours de laquelle survinrent deux hémorrhagies intestinales, une phlébite, une congestion pulmonaire avec pleurésie séro-fibrineuse, une cholécystite, un point appendiculaire avec réaction abdominale et une cystite hémorrhagique.

Malgré la multiplicité de ces complications, la malade — une femme de quarante ans — guérit complètement.

M. Widal fait remarquer qu'à côté des cas de fièvre typhoïde prolongée par suite de rechutes successives, il en existe d'autres où la prolongation semble être le résultat de processus éberthiens subintrants. Malgré leur durée quelquefois considérable, ces fièvres typhoïdes se termineraient toujours par la guérison.

Sur une nouvelle méthode de recherche des bacilles tuberculeux.

M. Jousset dit avoir réussi, au moyen d'une nouvelle méthode de recherche basée sur l'examen du coagulum fibrineux, centrifugé après dissolution dans le suc gastrique artificiel fluoré, à déceler la présence des bacilles tuberculeux dans tous les liquides tuberculigènes de l'économie; grâce à cette méthode il a pu mettre en évidence 20 fois sur 20 le bacille de Koch dans des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, 6 fois sur 6 dans des épanchements péritonéaux et 2 fois dans le sang de patients atteints de granulie.

M. Labbé communique l'observation d'un malade qui présenta, au quatorzième jour d'une fièvre typhoïde, des symptômes de méningite atténuée d'origine otique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 janvier 1903.

Sur les connexions des pédoncules cérébelleux supérieurs chez l'homme.

MM. P. Marie et **Guillain.** — La constitution des fibres des pédoncules cérébelleux supérieurs chez l'homme n'est pas encore élucidée; certains anatomistes pensent que ces tractus nerveux prennent naissance dans le noyau rouge; d'autres, au contraire, en plus grand nombre, admettent leur origine cérébelleuse.

Quatre autopsies nous ont permis d'apporter une contribution à cette question. Dans 3 cas, nous avons constaté des lésions de ramollissement récent du noyau rouge. L'examen des dégénérations, fait avec la méthode de Marchi, nous a montré des corps granuleux dans le pédoncule cérébelleux supérieur opposé; on peut suivre cette dégénération depuis la commissure de Wernicke jusqu'au hile du noyau dentelé.

Chez le quatrième malade, nous avons observé une destruction ancienne d'un noyau rouge par un angiome; l'examen avec la méthode de Weigert a permis de reconnaître une atrophie presque complète d'un pédoncule cérébelleux supérieur; dans ce cas les cellules du noyau dentelé n'étaient pas altérées.

De ces faits, nous croyons pouvoir conclure que, chez l'homme, un grand nombre des fibres constitutives des pédoncules cérébelleux supérieurs proviennent du noyau rouge et se rendent au noyau dentelé du cervelet du côté opposé.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis oculaire.

MM. Opin et **Le Sourd.** — Nous avons pratiqué, dans le service de M. de Lapersonne, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien chez 3 malades atteints de syphilis oculaire.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme, syphilitique depuis huit mois, qui présentait à l'examen ophtalmoscopique une double névrite optique en pleine évolution; la ponction lombaire révéla l'existence d'une lymphocytose abondante.

Chez le second patient, l'infection syphilitique remontait à dix-huit mois et avait déterminé une double iritis subaiguë à peine marquée; mais on constatait en outre, du côté gauche, un trouble du corps vitré, voilant la pupille, et ne permettant pas de se prononcer avec certitude sur l'existence d'une névrite optique. On trouva également chez cet homme une lymphocytose assez abondante. Ni l'un ni l'autre de ces malades ne présentait de troubles du côté du système nerveux.

Par contre, l'examen cytologique est resté négatif chez un syphilitique ancien, n'offrant plus à l'ophtalmoscope que des lésions régressives de chorio-rétinite.

Les altérations du segment postérieur de l'œil, et en particulier les névrites optiques, peuvent donc provoquer une réaction méningée; et cela s'explique facilement, puisque le nerf optique n'est qu'une émanation de l'encéphale et que les gaines qui l'entourent délimitent des espaces en continuation directe avec la grande cavité sous-arachnoïdienne. On comprend dès lors le pronostic si grave de ces névrites, fréquemment suivies à brève échéance de syphilis cérébrale.

Relations des glandes génitales mâles avec le squelette.

MM. Launois et **P. Roy.** — Nous avons eu récemment l'occasion d'observer l'allongement disproportionné des membres inférieurs et la persistance des cartilages de conjugaison chez un anorchide de vingt-sept ans, qui mesurait 1 m. 86 de taille. Rapprochant ce fait, d'une part, de l'allongement du train postérieur chez les animaux ayant subi la castration; d'autre part, de l'allongement des membres inférieurs chez les eunuques, les skoptzys, les géants infantiles, etc., nous croyons être en droit d'affirmer que le développement plus ou moins complet des glandes génitales influe directement sur la croissance du squelette, en particulier sur celle des membres inférieurs, et que, dans le cas d'arrêt de développement génital, la croissance exagérée et disproportionnée des membres se fait par le moyen d'un retard anormal dans l'ossification des cartilages juxta-épiphysaires.

La leucocytose dans l'urémie expérimentale.

MM. Dopter et **Gouraud.** — L'hyperleucocytose est considérée actuellement comme un processus de défense contre les infections et les intoxications. Il était naturel de penser que devant l'imprégnation toxique constituée par l'urémie, l'organisme pouvait ne pas rester indifférent, et que le système leucocytaire en particulier devait réagir. Pour élucider cette question, nous avons eu l'idée de pratiquer à des lapins l'extirpation d'un rein d'abord, puis ensuite de l'autre. Nous avons constaté que l'ablation d'un seul rein est suivie d'une leucocytose très marquée; le chiffre des globules blancs ne retombe à la normale qu'au bout de cinq jours en moyenne; l'ablation du deuxième rein, deux semaines après la première néphrectomie, est accompagnée elle aussi d'une leucocytose accusée, moindre cependant que la précédente, et qui persiste en général jusqu'à la mort. La néphrectomie bilatérale d'emblée entraîne encore cette même hyperleucocytose, que l'on constate également après les injections d'urine. La laparotomie par elle-même, avec issue du rein hors de la cavité péritonéale, comme s'il devait être extirpé, provoque bien une poussée leucocytaire, mais très minime, passagère et qui n'est en rien comparable à celle que détermine l'opération complète.

Devant l'accumulation des poisons urémiques, l'organisme ne reste donc pas passif; il réagit, et le système leucocytaire joue son rôle de défense habituel, comme il le ferait en face d'une infection ou d'une intoxication exogène.

Recherche du bacille tuberculeux dans le sang par « homogénisation » du caillot.

MM. F. Bezançon, Griffon et **Philibert.** — Pour déceler le bacille de Koch dans le sang de la circulation générale, l'examen direct, après coloration par la méthode de Ziehl, est le procédé de choix, à condition que l'on multiplie les chances de rencontrer le bacille en ayant recours à la centrifugation. Mais la centrifugation ne trouve ici son application que si l'on a préalablement *homogénisé* le liquide par dissolution du caillot. C'est, en effet, dans le caillot que se trouvent emprisonnés les bacilles.

Pour liquéfier le caillot, nous proposons un procédé qui découle de celui qu'a utilisé Biedert pour l'homogénisation des crachats (broyage du caillot dans son sérum additionné de quel-

ques gouttes de lessive de soude, dilution dans l'eau distillée, puis ébullition).

Nous avons pu de la sorte déceler le bacille tuberculeux par examen microscopique du sang, d'une part dans la tuberculose expérimentale, d'autre part dans la tuberculose humaine.

Nous avons tuberculisé deux lapins et un cobaye, puis recherché le bacille dans le sang du cœur. Le résultat a été positif dans les 3 cas.

Chez l'homme, la recherche du microbe dans le sang ne nous a jusqu'à présent donné de succès que chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire avec hémoptysie.

D'autre part, dans le seul cas de pleurésie sérofibrineuse qu'il nous a été donné d'étudier, nous avons trouvé le bacille dans le caillot de l'épanchement pleural.

MM. P. Marie et **Guillain** décrivent un procédé qu'ils ont imaginé pour déterminer l'étendue des zones de sclérose dans le névraxe : il consiste à photographier les coupes microscopiques avec un grossissement connu, puis à appliquer sur les épreuves positives un papier transparent divisé en millimètres carrés; on dessine alors le contour des régions dont on désire connaître la surface; celle-ci s'obtient en faisant la numération des millimètres carrés à l'intérieur de la ligne de contour.

M. Thiercelin envoie une note d'où il résulte qu'un grand nombre de microbes, aérobies et anaérobies, considérés comme des espèces différentes, dérivent de l'entérocoque, dont ils ne seraient que des formes d'involution.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 5 janvier 1903.

Lésions pulmonaires tardives consécutives à des corps étrangers des voies aériennes.

M. Weber relate l'observation d'un jeune homme chez lequel, au mois de mars 1902, un fragment d'os passa dans la trachée; les troubles immédiats furent violents, mais ils s'amendèrent bientôt, de sorte qu'on crut que le corps étranger avait été rejeté; toutefois, sept mois plus tard le patient dut se faire admettre à l'hôpital : il était alors dans un état très grave, avec fièvre, toux et expectoration fétide; l'examen physique révéla du tympanisme au niveau du poumon droit, de la respiration amphorique et des râles, ces symptômes étant surtout marqués dans la partie supérieure du poumon, en avant, vers la deuxième côte; une intervention chirurgicale ne permit pas de trouver l'abcès que l'on avait diagnostiqué, et le malade ne tarda pas à succomber. L'autopsie fit découvrir une esquille ayant les dimensions de l'ongle du pouce, fixée dans la bronche principale du poumon droit, et un foyer de gangrène pulmonaire dans le lobe supérieur du même côté, au voisinage du sommet.

Il est intéressant de remarquer que dans ce cas les accidents n'ont évolué que tardivement et, en outre, que les lésions, au lieu de siéger au niveau du corps étranger, avaient suivi, contrairement aux lois de la pesanteur, une marche ascendante.

M. Stadelmann déclare avoir observé un homme qui succomba à un empyème déterminé par un fragment osseux engagé dans une bronche depuis six ans.

M. A. Fränkel attire l'attention sur les services que peut rendre l'examen direct, au moyen du bronchoscope, pour le diagnostic et l'extraction des corps étrangers des bronches.

M. von Leyden relate 2 cas du même genre que ceux de MM. Weber et Stadelmann : dans l'un, on avait cru à de la tuberculose pulmonaire, et le diagnostic exact ne fut posé qu'à l'autopsie; dans l'autre, le corps étranger — un bouton de chemise — fut expulsé au bout de plusieurs années dans une quinte de toux, et le patient guérit.

M. Grawitz communique l'observation d'une jeune fille qui eut des accidents pulmonaires graves, puis un empyème à streptocoques, que l'on attribua à un séjour dans l'eau; là encore l'autopsie révéla, comme cause des accidents, un bouton de chemise — que la radiographie n'avait pas permis de déceler — avalé longtemps auparavant.

M. Borchardt cite le cas d'un enfant de deux ans, chez lequel on put extraire une plume à écrire ayant pénétré dans les voies aériennes depuis neuf mois et ayant entraîné la formation d'une caverne pulmonaire à droite; la pneumotomie après résection costale étendue n'ayant pas permis de trouver le corps étranger, on dut pratiquer une trachéotomie inférieure, grâce à laquelle on parvint à enlever la plume.

L'orateur croit que la présence habituelle de pus autour de ces corps étrangers doit mettre la bronchoscopie en défaut.

M. Rosenheim confirme au contraire les bons résultats que donne ce moyen d'investigation.

Sur l'élimination d'acides gras volatils par l'urine.

M. Fritz Rosenfeld fait une communication dans laquelle il expose les résultats de ses recherches sur l'élimination urinaire des acides gras volatils. Il a pu s'assurer que, dans les maladies fébriles, la proportion de ces acides est augmentée toutes les fois qu'il y a suppuration ou hémorrhagie (abcès amygdalien, empyème, hémorrhagie gastrique ou intestinale, etc., etc.), tandis qu'elle est diminuée dans les autres processus fébriles. Elle était également augmentée chez tous les cancéreux que l'orateur a examinés, sans doute à cause des complications (suppurations, etc.). Enfin, en ce qui concerne les affections stomacales, elle est augmentée dans les cas d'ulcère avec acidité normale ou hyperacidité; notablement diminuée dans les stases accompagnées d'anacidité ou d'hypoacidité et dues à une sténose non maligne du pylore ou à une gastrectasie; exagérée au contraire dans les stases également associées à de l'hypo ou de l'anacidité, mais d'origine cancéreuse.

M. Strauss déclare que, d'après ses propres recherches, la présence des acides gras volatils est liée à l'existence d'acide lactique dans le suc gastrique; ces acides font défaut quand le suc gastrique est normal.

Dr Villaret.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Baltimore, le 28 décembre 1902.

La fièvre typhoïde dans quelques grandes villes des Etats-Unis.

Il est de notion banale que la fréquence, aussi bien que la nature, des maladies varie suivant les pays. Les différences que l'on constate à cet égard entre les régions tempérées et les régions tropicales en sont un exemple frappant. Cependant, même entre des contrées placées dans des conditions géographiques et climatériques relativement peu dissemblables, du moins comparables, telles que la France et les Etats-Unis d'Amérique, on est surpris de la différence dans les caractères de certaines affections communes dans les deux pays. La fréquence et la gravité toute particulière de la pneumonie aux Etats-Unis sont à ce point de vue bien caractéristiques. La fièvre typhoïde fournit également un bon exemple de la justesse de cette observation; il est difficile de citer des chiffres exacts rendant compte de cette fréquence de la dothiénentérie dans l'Amérique du Nord. Mais pour en donner une idée, il me suffira de signaler un fait que j'ai eu l'occasion de remarquer au début de mon séjour à Boston et qui m'avait alors vivement frappé : le service de M. le docteur Horace D. Arnold, professeur au Tufts Medical College de cette ville et médecin du Boston City Hospital, comprenait *29 typhoïdiques* sur 49 malades, à l'époque où je le visitai. Ajouterai-je que dans les trois villes américaines dont j'ai étudié jusqu'ici la situation médicale — Boston, Philadelphie et Baltimore —, les conditions sont identiques ou pires, et Boston passe pour avoir une distribution d'eau de source à la hauteur des exigences de l'hygiène moderne ! Un confrère fort distingué de Baltimore, avec qui je causais récemment de cette question épidémiologique, m'exprimait son sentiment à cet égard, en disant que la consommation de l'eau dite de source était, à son avis, au moins trois fois plus dangereuse dans les villes américaines qu'à Paris, par exemple, et il souriait à l'idée de certains de ses compatriotes qui, pour rien au monde, n'absorberaient de l'eau de boisson à Paris, de crainte de contracter le germe de la fièvre typhoïde, alors que dans leur pays ils boivent, sans l'ombre d'une hésitation, une eau certainement beaucoup plus riche en microbes pathogènes.

Traitement de la névralgie faciale.

J'ai cru devoir insister sur ces faits parce que très souvent la fréquence particulière d'une affection dans un pays donné explique l'intérêt qu'attachent à l'étude de cette maladie les médecins de ce pays. Aussi, en voyant la névralgie faciale parmi les questions à l'ordre du jour à Philadelphie et à Baltimore, j'avais pensé d'abord que cette particularité s'expliquait par une plus grande fréquence de cette affection, fait qui n'aurait pas lieu d'étonner, la malaria, on le sait, y étant fort commune. Il n'en est rien cependant, et la névralgie faciale ne me paraît pas beaucoup plus fréquente ici qu'en Europe, en France notamment; quant à son origine, là encore comme en France, elle reste obscure dans neuf cas sur dix. Aussi est-ce seulement de la thérapeutique de cette affection que nous allons nous occuper.

Traitement médical par la strychnine à hautes doses, puis, en cas d'insuccès ou de récidive, traitement chirurgical consistant en la section de la racine sensitive du ganglion de Gasser, telle est, en peu de mots, la formule dans laquelle M. le docteur Charles K. Mills, professeur de clinique des maladies nerveuses à l'Université de Pensylvanie et chef du service des maladies nerveuses au Philadelphia Hospital, enferme la thérapeutique qu'il met en œuvre contre la névralgie faciale. Elle est le résultat de tentatives thérapeutiques poursuivies depuis plusieurs années. Voici comment ce traitement est dirigé :

Dans un cas moyen, on commence par donner deux fois par jour 0 gr. 002 milligr. d'azotate de strychnine. En augmentant tous les jours la quantité de médicament suivant une progression variable avec la susceptibilité individuelle du malade, on arrive, en moyenne en dix jours, à prescrire la dose de 0 gr. 015 milligr. *pro die*, sans craindre d'ailleurs d'aller jusqu'à 0 gr. 030 milligrammes si le malade n'éprouve aucun inconvénient. Plus la dose sera élevée, mieux cela vaudra, et il ne faut s'arrêter qu'à la quantité maxima que le patient peut prendre sans accident. Une fois le maximum atteint, on aura soin de ne pas arrêter brusquement le traitement, tant pour ne pas provoquer de phénomènes aigus d'intoxication strychnique que pour maintenir le malade, d'une façon prolongée, sous l'influence de l'action thérapeutique. On redescendra donc progressivement jusqu'à la dose initiale de 0 gr. 004 milligr. par jour; on aura ainsi parcouru un premier cycle du traitement. Il importe de faire suivre ce premier cycle de plusieurs autres : le patient, dans un cas moyen de tic douloureux, doit rester sous l'influence de la strychnine pendant une année environ, pour que l'action du médicament soit persistante et le mette à l'abri des récidives. On peut observer, au cours du traitement, une certaine mithridatisation à l'égard de la strychnine, par suite de l'administration prolongée de cet alcaloïde. Il est alors possible, dans les cycles ultérieurs, de dépasser les doses maxima employées antérieurement.

Quand ce traitement médical, qui correspond dans ses grandes lignes à celui dont M. le docteur Dana fait usage à New-York, ne fournit pas rapidement de bons résultats ou, après un succès apparent, est suivi d'une récidive, M. Mills a immédiatement recours à l'intervention chirurgicale. L'idée qui le guide dans cette pratique est que, dans les cas rebelles, la névralgie faciale ressortit à une lésion du ganglion de Gasser. Dès lors, on conçoit que l'opération préconisée par ce neurologiste consiste dans la section de la racine sensitive du ganglion de Gasser, section qui interrompt la conduction nerveuse entre le ganglion malade et le cerveau, centre de perception.

En ce qui concerne le choix du procédé opé-

ratoire, M. Mills donne la préférence à la méthode ostéoplastique, celle-ci permettant de former aisément les vastes volets nécessaires pour avoir un large accès et fournissant, d'autre part, des résultats bien supérieurs à ceux des autres moyens de trépanation, au point de vue de la restauration de la région.

Au contraire de M. Mills, M. le docteur Harvey W. Cushing, « associé » en chirurgie à la Johns Hopkins Medical School de Baltimore, commence, dans les cas de névralgie ne portant que sur une des branches du trijumeau, par utiliser les interventions périphériques; mais en cas de récidive, ou lorsque les trois branches du nerf de la cinquième paire sont prises d'emblée, il a recours à l'ablation du ganglion de Gasser, opération que je lui ai vu exécuter une fois avec un plein succès, malgré une hémorrhagie fort abondante; c'est en somme, par une intervention plus radicale, atteindre le but que vise M. Mills, à savoir la « rupture des communications » entre le cerveau et la périphérie.

Quant à la technique suivie par ce chirurgien, je dois signaler que M. Cushing qui, pour atteindre le ganglion, ne faisait tout d'abord qu'une résection temporaire du zygoma, préfère, à l'heure actuelle, enlever complètement le segment réséqué. En effet, l'atrophie des muscles masticateurs, consécutive à la destruction de la racine motrice du trijumeau — destruction inévitable dans les interventions sur le ganglion de Gasser — rend les mâchoires du côté opéré inaptes à concourir à la mastication, et détermine à la longue une saillie des plus disgracieuses de l'arcade zygomatique, quand on conserve celle-ci; au contraire, par suite de l'affaissement général de la région, l'asymétrie faciale résultant de l'ablation définitive du zygoma est beaucoup moins apparente.

Pour que le résultat soit persistant, M. Cushing insiste sur la nécessité d'une extirpation *totale* du ganglion. Afin d'assurer l'ablation *in toto*, il s'efforce de respecter le plus possible l'intégrité du ganglion au cours de l'opération. Un examen histologique de la pièce est ensuite fait : on sait que des chirurgiens ont pratiqué l'extirpation de masses ressemblant extérieurement de tous points à un ganglion de Gasser, mais où l'examen histologique n'a pas révélé la moindre cellule nerveuse.

Malgré la tendance actuelle à accorder la préférence aux lambeaux ostéoplastiques, M. Cushing n'a pas recours à ce procédé, parce que l'orifice de trépanation peut être ainsi relativement petit en raison de sa position basse. En outre, grâce à cette même situation, il n'est pas nécessaire de soulever beaucoup le cerveau, point important, car la compression cérébrale, en déterminant une exagération de la pression sanguine, augmente aussi l'abondance de l'hémorrhagie. C'est ce que montrent bien des expériences récentes de M. Cushing, dont nous allons maintenant indiquer les résultats.

Des indications fournies au cours des interventions chirurgicales par l'étude de la pression sanguine.

Quand on augmente la pression intracrânienne, on voit constamment la pression sanguine s'élever elle aussi, et rester toujours supérieure à la première. Dans un cas où M. Cushing avait progressivement porté la tension intracrânienne jusqu'à 276 millimètres de mercure, il vit la pression sanguine monter à 290 millimètres. Il considère cette augmentation comme une conséquence de l'anémie du bulbe, qui elle-même résulte de la haute pression régnant dans l'espace céphalo-rachidien. Il suit de là que toute compression exercée sur le cerveau au cours d'une opération intracrânienne élève la pression sanguine et rend ainsi l'hémorrhagie plus considérable. Ces faits permettent de bien se rendre compte de l'inconvénient qu'il y a, dans une intervention intracrânienne, à pratiquer la ligature temporaire des carotides, récemment préconisée à nouveau par M. Crile (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 339): il est évident que, par suite de l'anémie bulbaire qui en est la conséquence, il y a compression cérébrale et hémorrhagie abondante. Cette pratique de la ligature temporaire des deux carotides me paraît d'ailleurs fort sujette à caution : j'ai gardé le souvenir d'un cas remontant aux environs de 1893, où un médecin, fort expérimenté d'ailleurs, s'étant aperçu que la compression simultanée des deux carotides déterminait chez un de ses malades une attaque d'épilepsie jacksonienne, et intéressé par la constatation de ce fait, répéta l'expérience tant et si bien qu'un beau jour le patient faillit en mourir.

L'étude de la pression sanguine peut encore rendre des services dans d'autres circonstances. On sait, en effet, qu'un des traits caractéristiques de cet état particulier que l'on désigne sous le nom de shock chirurgical consiste dans une diminution de la pression sanguine. En enregistrant l'état de cette pression toutes les deux minutes pendant le cours d'une opération, ce qui est facile à l'aide de l'appareil de Riva-Rocci, on arrive aisément à construire une courbe qui traduit les variations de cette pression sanguine. M. Cushing pense que ce graphique remplace avantageusement celui de la fréquence du pouls, que certains chirurgiens font établir. Il a constaté, en effet, que la pression sanguine fournit des indications sur l'état du malade avant que le nombre des pulsations soit modifié. C'est surtout dans les opérations sur le cerveau et sur l'abdomen que cette méthode paraît utile, en permettant de se rendre compte, à chaque moment, de l'état de résistance du malade.

La radiographie des tumeurs intracrâniennes.

En terminant, je tiens à signaler l'application qui a été faite, en Amérique, des rayons de Röntgen au diagnostic des tumeurs intracrâniennes.

Tout récemment M. le docteur Church (de Chicago), aidé de M. Fuchs, parvint à obtenir une radiographie présentant une ombre portée qu'une opération prouva correspondre à une tumeur du cervelet. De son côté, M. Mills possède actuellement trois observations où il réussit, avec l'aide de M. le docteur G. E. Pfahler, à mettre en évidence par la radiographie le siège d'une tumeur intracrânienne. La première concerne un vaste fibrosarcome ayant envahi le lobe pariétal et s'étendant sur la partie moyenne de la circonvolution pariétale ascendante. Dans le second fait, il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire encapsulé qui avait près de 8 centimètres de diamètre. Ces deux malades succombèrent quelques heures après l'intervention. La troisième observation a trait à un homme opéré pour une gomme dont le siège correspondait à la région motrice droite; il est actuellement bien portant.

Le point dont dépend le succès, dans la radiographie d'une tumeur intracrânienne, est la durée de l'exposition de la plaque aux rayons de Röntgen. Une sous-exposition est aussi nuisible à la bonne définition de l'image qu'une surexposition. Dans les conditions où il opère, M. Pfahler se trouve bien de placer l'ampoule à 45 centimètres de la plaque radiographique et de faire passer le courant pendant trois minutes et demie. D'ailleurs, l'amincissement de la boîte crânienne, habituel dans les tumeurs cérébrales, doit dans une certaine mesure faciliter le succès de l'opération. Sur une épreuve obtenue dans les conditions voulues, on distingue le cuir chevelu, les deux tables osseuses avec le diploé, les sinus frontal et sphénoïdal, les cellules ethmoïdales et mastoïdiennes, la suture coronale, l'artère méningée moyenne, le contour de la base du crâne, ainsi qu'un certain nombre de sillons qui séparent les circonvolutions cérébrales.

La radiographie réussit dans un nombre appréciable de cas de tumeurs du cerveau, mais, pour des raisons encore indéterminées, pas dans tous. Les kystes et les foyers de ramollissement, au contraire des tumeurs solides ou vasculaires, paraissent donner lieu sur les épreuves radiographiques à des zones claires.

Dr Francis Munch (de Paris).

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La levure de bière contre l'amygdalite phlegmoneuse.

Il y a quelque temps, M. le docteur Durand (de Caluire) a fait connaître un cas d'angine phlegmoneuse, où, suivant l'exemple d'un confrère lyonnais, il s'était servi, pour combattre cette affection, de levure de bière. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-deux ans, qui était prise, chaque printemps, d'une amygdalite phlegmoneuse se terminant, au bout d'une huitaine de jours, par un abcès qu'on était obligé d'inciser. Or, la levure sèche, administrée à la dose quotidienne de quatre cuillerées à café, à partir du quatrième jour de la maladie — lorsque l'amygdale intéressée présentait déjà l'aspect caractéristique d'un abcès en formation (rougeur intense, tuméfaction, œdème de la luette, engorgement ganglionnaire) — ne tarda pas à amener un soulagement notable, et la patiente guérit après avoir simplement craché quelques gouttelettes de pus sanguinolent.

De son côté, et dès 1899, M. le docteur H. Toupet, médecin des hôpitaux de Paris, avait déjà employé le même mode de traitement, comme en témoigne une des observations inédites que M. le docteur A. Ferry vient de colliger dans sa thèse inaugurale.

Il semble résulter de ces observations — dont 2 ont été recueillies par M. Ferry, 2 par M. Toupet et une par M. le docteur Vernet — que l'emploi de la levure supprime dans l'espace d'une dizaine d'heures la douleur à la déglutition, en même temps qu'elle ferait aussi disparaître les élancements que les malades éprouvent dans les oreilles. Au bout d'un ou deux jours de traitement, le patient serait à même de reprendre ses occupations, tout en continuant à avoir l'amygdale un peu grosse et dure, mais non douloureuse. L'usage de la levure sèche à la dose quotidienne de deux ou trois cuillerées à café amènerait en cinq ou six jours la disparition de toute trace d'empâtement. Il est bon de s'assurer préalablement de l'activité de la levure au moyen de sa révivification dans de l'eau sucrée.

La médication dont il s'agit présenterait, en outre, le double avantage de prévenir les complications (œdème de la glotte, ulcération des vaisseaux, etc.) qu'on observe assez souvent au cours de l'amygdalite phlegmoneuse, et de rendre inutile toute intervention chirurgicale.

Emploi de l'étain précipité par galvanisation à titre de tænifuge.

Préconisé jadis comme anthelminthique, soit sous forme de limaille ou de poudre, soit allié au mercure, l'étain n'est guère utilisé de nos jours en thérapeutique. Or, d'après l'expérience de M. le docteur I. I. Dotchevsky, privatdocent de diagnostic médical à la Faculté de médecine de Tomsk, l'étain métallique précipité par galvanisation constituerait un excellent tænifuge; en se dissolvant très lentement dans le suc gastrique, il n'exercerait aucune action toxique, contrairement à ce qui se passe pour les sels d'étain. Par une série d'expériences instituées sur des animaux et sur lui-même, notre confrère a été à même de se convaincre de l'innocuité complète du métal en question et, fort de ces données expérimentales, il commença à l'employer contre le tænia à la dose de 0 gr. 60 centigr. (en cachets), répétée cinq ou six fois, à un quart d'heure d'intervalle. Deux heures après la dernière prise, il fait administrer trois cuillerées à bouche d'infusion de séné ou deux cuillerées à bouche d'huile de ricin.

Avant de recourir à la médication stannique, on doit purger le malade et le soumettre, pendant deux ou trois jours, à un régime alimentaire laissant peu de résidus.

Sur 38 patients traités de la sorte, 26 ont été guéris d'emblée; chez 7 autres, on fut obligé de répéter la cure pour obtenir l'expulsion du tænia; enfin, chez les 5 derniers, le traitement fut vainement essayé deux fois.

La dose totale d'étain pourrait, sans inconvénient, être portée à 5 grammes. En analysant les urines et les matières fécales des malades soumis à cette médication, M. Dotchevsky n'a retrouvé le métal que dans les fèces, ce qui prouve qu'administré comme nous venons de le dire, l'étain ne pénètre pas dans le système circulatoire. Quant à son action tænifuge, notre confrère serait porté à l'attribuer à des combinaisons toxiques qui se formeraient dans l'intestin et qui n'agiraient pas sur le malade, soit parce qu'elles seraient insolubles, soit parce qu'elles traverseraient le tube intestinal sans être résorbées par la muqueuse.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le faisceau pyramidal direct et le faisceau en croissant.

C'est un fait bien connu que la voie pyramidale, au niveau du bulbe, s'entrecroise. Cet entrecroisement, toutefois, n'est pas total. Parmi les fibres constitutives de la pyramide bulbaire descendant dans la moelle, on peut distinguer trois groupes principaux : 1° les *fibres pyramidales croisées;* 2° les *fibres pyramidales homolatérales;* 3° les *fibres pyramidales directes* du cordon antérieur, ou fibres formant le *faisceau de Türck.*

Nous voudrions aujourd'hui attirer l'attention sur certaines particularités dans la dégénération du faisceau pyramidal direct (1). Nous avons observé, en effet, un nombre très considérable de dégénérations médullaires consécutives aux lésions les plus différentes du mésencéphale et du télencéphale, et il nous a semblé que la dégénération du faisceau pyramidal direct se présentait sous deux aspects très spéciaux qui méritent d'être décrits en anatomie humaine.

Avant de rapporter nos propres constatations, il ne nous paraît pas inutile de rappeler brièvement les conceptions des auteurs sur ce sujet.

I

C'est Ludwig Türck (2) qui, dans plusieurs mémoires publiés entre 1850 et 1855, insista le premier sur la dégénération des fibres du cordon antérieur après une lésion de l'hémisphère. Türck donnait la relation de 29 observations dans lesquelles il avait constaté 19 fois la dégénération secondaire dans le seul cordon latéral opposé au foyer cérébral, et 10 fois une dégénération concomitante dans le cordon antérieur du même côté que la lésion cérébrale. Jamais il n'avait observé la dégénération isolée du cordon antérieur. Türck constata que la dégénération diminuait, dans la moelle, en descendant, et finissait par disparaître. Il faisait remarquer que la substance grise du corps strié, de la couche optique, du segment externe du noyau lenticulaire peut être détruite sans que la dégénération du cordon antérieur existe. Il pensait que les lésions des deux segments internes du noyau lenticulaire amènent la dégénération simultanée du cordon antérieur et du cordon latéral. Il concluait que peut-être seulement les lésions des deux segments internes du noyau lenticulaire entraînent une dégénération du cordon antérieur, que peut-être aussi quelques fibres allant au cordon antérieur passent par la capsule interne. Ces fibres du cordon antérieur paraissent venir, dit Türck, vraisemblablement de la partie moyenne du lobe supérieur de l'hémisphère. Nous insistons sur ce fait, bien oublié des anatomistes, que Türck ne nota que 10 fois sur 29 cas la dégénération du faisceau qui à très juste titre porte son nom. Mais Türck ne faisait pas de coupes microscopiques sériées et nous nous demandons si, dans ces 10 cas, il n'y avait pas d'autres lésions du névraxe que celles qu'il signale.

M. Bouchard (3), dans son travail classique sur les dégénérations secondaires, ne put constater la dégénération du cordon antérieur qu'*une seule fois* sur un nombre assez considérable d'autopsies. Il dit : « Cette altération du cordon antérieur me semble être peu fréquente. Elle s'accompagne, d'ailleurs, toujours d'une altération de même nature et plus intense dans la partie postérieure du cordon latéral du côté opposé. Pour qu'elle se produise, il faut que l'altération de la pyramide antérieure soit étendue et intéresse sa partie externe. » M. Bouchard distingue, dans sa description de l'architecture de la moelle, le faisceau encéphalique direct ou interne, ou faisceau de Türck, et le faisceau encéphalique croisé ou externe, ou faisceau pyramidal croisé.

Depuis cette époque, le faisceau pyramidal direct est figuré par tous les anatomistes et, à la suite de Flechsig, ils ont insisté sur ses variations de volume suivant les différents sujets. Le professeur Flechsig, en effet, a montré que la décussation des pyramides pouvait se faire sous des modalités multiples et que les rapports existant entre le faisceau pyramidal croisé et le faisceau pyramidal direct étaient loin d'être constants.

Si l'on considère les schémas du faisceau pyramidal direct que l'on trouve dans les traités d'anatomie nerveuse les plus récents, tels que ceux de M. Van Gehuchten, de M. Edinger, de M. Obersteiner, de M. Charpy, etc., on voit que le territoire du faisceau pyramidal direct occupe environ la moitié interne du cordon antérieur.

L'un de nous (1), il y a dix ans, insistait sur les variations de sa situation et de sa forme. « Tantôt, disait-il, le faisceau pyramidal direct s'étend tout le long du sillon antérieur, tantôt il déborde celui-ci par en haut, tantôt enfin il n'occupe qu'une région tout à fait restreinte et s'y montre pour ainsi dire comme enclavé. » M. Obersteiner (2), de même, faisait remarquer tout récemment que, souvent, le faisceau pyramidal direct prend la forme d'une hache en se prolongeant au niveau du bord antérieur de la moelle.

Dans le traité d'anatomie de MM. Poirier et Charpy (3), nous trouvons une description du faisceau pyramidal direct que nous croyons utile de reproduire, car elle synthétise très bien les opinions actuelles. « Le faisceau pyramidal direct, écrit M. Charpy, occupe dans le cordon antérieur la face interne du sillon médian sous forme d'un champ quadrangulaire ou elliptique, qui est limité sur sa face externe par le faisceau fondamental antérieur; en avant il est superficiel sous la pie-mère, en arrière il est intimement uni à la commissure blanche. Sa surface équivaut, en moyenne, au tiers de celle des voies pyramidales latérales. Le faisceau de Türck est remarquable par ses variations. Dans son volume moyen, il occupe la partie interne du cordon antérieur et une bande assez étroite à la périphérie de la moelle; il se termine au milieu de la région dorsale. Etroit, il se confine à la face interne du sillon médian et finit audessous du renflement cervical ou même au milieu de ce renflement. Si, au contraire, il est de grand volume, qu'il représente la moitié ou plus des voies pyramidales, il s'étale et déborde sur la face externe de la moelle, s'étendant jusqu'aux racines antérieures; il se détache alors en saillie comme le cordon postérieur; un sillon, dit intermédiaire antérieur, le limite en dehors à la région cervicale, et ses fibres se prolongent sur la plus grande partie de la moelle; au moins les a-t-on constatées jusqu'aux troisième et quatrième nerfs sacrés et même jusqu'au conus terminal (Dejerine). Ces variations s'étendent plus loin encore : il peut manquer complètement ou inversement absorber la presque totalité du faisceau pyramidal, le faisceau latéral n'étant plus que la dixième partie du faisceau total; fréquemment, enfin, il est asymétrique de droite à gauche. Comme le faisceau pyramidal croisé dont il n'est qu'une partie séparée dans la moelle, fusionnée dans le cerveau, *le faisceau antérieur provient des cellules nerveuses de l'écorce hémisphérique.* »

Cette citation, que nous avons reproduite avec intention, montre quelle est l'opinion de tous les anatomistes actuels. Le faisceau pyramidal direct, enseignent-ils, provenant des cellules nerveuses de l'écorce, occupe dans la moelle une situation assez variable; souvent il s'étale et déborde sur la face externe de la moelle.

II

Une telle conception du faisceau pyramidal direct, une telle description anatomique ne nous paraissent pas exactes. Sans nier les variations possibles dans l'entrecroisement des pyramides nous pensons, toutefois, que ces *variations sont assez rares et que les apparences différentes sous lesquelles se présente la dégénération du faisceau pyramidal direct répondent à des lésions primitives différentes.* Nous sommes arrivés à ces conclusions grâce à l'étude d'un très grand nombre de cas de dégénérations secondaires consécutives aux lésions corticales, capsulaires, pédonculaires, protubérantielles les plus variées. Cette étude, nous l'avons faite avec des coupes microscopiques sériées, et nous ne saurions trop insister de nouveau sur la nécessité absolue de débiter tout le névraxe quand on veut poursuivre le trajet des fibres dégénérées. Il ne suffit pas de regarder macroscopiquement une lésion cérébrale, par exemple, et d'examiner ensuite une coupe quelconque de la moelle; il est indispensable de posséder les coupes du pédoncule, de la protubérance, du bulbe, de façon à pouvoir être affirmatif sur le trajet des fibres lésées. C'est précisément parce que l'on a fait autrefois — et que l'on fait souvent aujourd'hui — abstraction de ces principes, que l'on arrive à des conclusions erronées en anatomie nerveuse.

Par l'examen de nos multiples préparations, nous avons été amenés à ces constatations que tout en tenant compte des variations du faisceau pyramidal direct on peut distinguer dans sa dégénération deux aspects principaux et différents : tantôt elle est très limitée, occupe un tout petit espace au niveau du sillon médian antérieur et n'est, avec la méthode de Weigert, visible que sur les coupes de la partie haute de la moelle; tantôt, au contraire, elle prend la forme d'un croissant, elle est beaucoup plus étendue en hauteur et en largeur. Dans le premier cas, nous avons le type d'une dégénération d'origine cérébrale; dans le second cas, la lésion primitive siège toujours soit au niveau du pédoncule et de la région sous-optique, soit au niveau de la protubérance. C'est ce que nous allons justifier avec quelques documents empruntés à notre collection.

III

Examinons d'abord comment se présente, chez l'homme, la dégénération du faisceau pyramidal direct dans les vastes lésions de l'hémisphère cérébral.

Nous avons fait l'autopsie d'un homme de cinquante-trois ans, devenu hémiplégique à l'âge de vingt et un ans à la suite d'une fièvre typhoïde. La zone rolandique entière et l'extrémité antérieure des circonvolutions temporales étaient ramollies. Sur les coupes du cerveau on constatait que l'insula, la capsule externe, l'avant-mur, tout le noyau lenticulaire, toute la

(1) Nous croyons, pour éviter toute confusion, qu'il y a intérêt à supprimer le nom de faisceau de Türck comme synonyme de faisceau pyramidal direct, car il existe, au niveau du pied du pédoncule, un autre faisceau décrit aussi sous le nom de faisceau de Türck.

(2) L. Türck. Ueber ein bisher nicht bekanntes Verhalten des Rückenmarks bei Hemiplegien. (*Zeitsch. der Aerzte zu Wien*, 1850, 6-8.) — Ueber secundäre Erkrankung einzelner Rückenmarksstränge und ihrer Fortsetzungen zum Gehirn. (*Sitzungsberichte der Akad. der Wissensch. Math.-naturw. Classe*, Vienne, 1851, VI et 1853, XI.) — Beobachtungen über das Leitungsvermögen des menschlichen Rückenmarks (*Sitzungsberichte der Akad. der Wissensch. Math.-naturw. Classe*, Vienne, 1855, XVI.)

(3) Bouchard. Des dégénérations secondaires de la moelle épinière. (*Arch. gén. de méd.*, 1866, I, p. 447.)

(1) P. Marie. Leçons sur les maladies de la moelle, p. 10. Paris, 1892.

(2) H. Obersteiner. Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. 4e éd., p. 298. Vienne, 1901.

(3) Poirier et Charpy. Traité d'anatomie humaine. 2e éd. T. III, p. 205. Paris, 1901.

capsule interne et la partie externe du thalamus étaient intéressés par le ramollissement (*fig. 1*).



Fig. 1.

Coupe horizontale de l'hémisphère cérébral gauche de A....., montrant un ancien foyer limité par les lettres *LL'*, détruisant complètement la capsule interne.

La lésion destructive corticale et centrale était donc très vaste. Des coupes microscopiques ont été faites à travers tout le névraxe et colorées avec la méthode de Weigert, de Pál, etc. Nous ne voulons pas insister sur les dégénérations constatées au niveau du pédoncule, de la protubérance et du bulbe (*fig. 2*), mais seulement sur

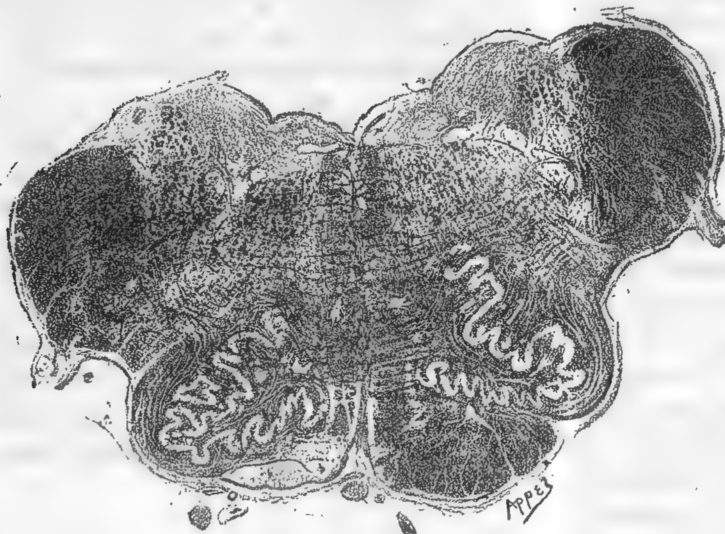


Fig. 2.

Coupe du bulbe de A..... montrant une dégénération complète de la pyramide gauche (qui par une erreur de reproduction est ici à droite; cette erreur se retrouve dans les coupes de moelle sous-jacentes).

la dégénération médullaire du faisceau pyramidal direct.

Sur les coupes de la moelle cervicale supérieure et inférieure (*fig. 3*), le faisceau pyramidal direct dégénéré se montre sous l'apparence d'une petite tache de sclérose linéaire occupant la partie toute postérieure et interne du cordon antérieur et bordant le sillon médian antérieur, dont elle est séparée, toutefois, par quelques fibres myéliniques saines. Cette tache de sclérose affecte même topographie sur les coupes colorées au picro-carmin. Au niveau de

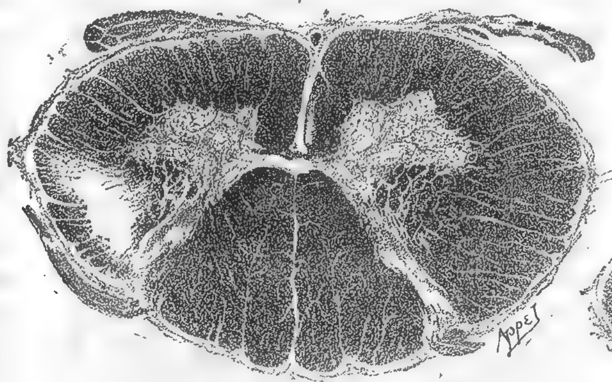


Fig. 3.

Coupe de la moelle cervicale de A.....; la dégénération du faisceau pyramidal croisé est des plus nettes, celle du faisceau pyramidal direct est minime et occupe la région postéro-interne du cordon antérieur.

la moelle dorsale, on retrouve encore la dégénération du faisceau pyramidal direct qui, toujours très minime, tend cependant à être un peu plus antérieure que dans la moelle cervicale (*fig. 4*). Le cordon antérieur gauche, dans son

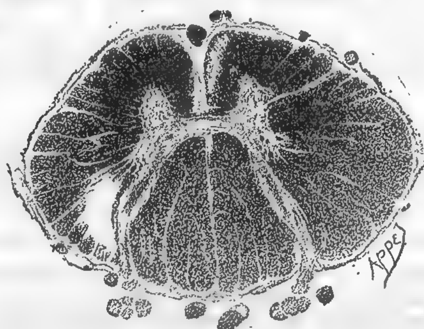


Fig. 4.

Coupe de la moelle dorsale de A.....; la dégénération du faisceau pyramidal direct est plus étendue que dans la région cervicale, mais elle se montre sous la forme d'une petite bande parallèle au sillon antérieur, et non sous la forme d'un croissant comme c'est le cas dans la moelle de T.....

ensemble, est légèrement atrophié, en comparaison du cordon antérieur droit. Sur les coupes de la moelle dorsale inférieure, la sclérose du faisceau pyramidal direct fait entièrement défaut, mais il y a encore une atrophie visible du cordon antérieur. Sur les coupes de la moelle lombaire aucune sclérose n'est visible dans le cordon antérieur, qui même n'est plus atrophié.

Voilà donc un premier cas où, malgré la destruction de toute la voie pyramidale au niveau de la corticalité et de la capsule interne, la dégénération du faisceau pyramidal direct affectait une topographie très limitée, comme le montrent les figures.

Chez un autre hémiplégique nous avons observé, à l'autopsie, un ramollissement énorme et ancien dans le domaine de la sylvienne. Le ramollissement était tellement profond qu'il avait détruit toute la face externe de l'hémisphère. La troisième frontale et la moitié antérieure de la seconde, les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, le gyrus supramarginalis avaient totalement disparu, ainsi que la première et la seconde temporale et une assez grande partie de la troisième temporale, le pli courbe et la plus grande partie du lobe occipital. A la face interne du cerveau, le lobule paracentral était complètement détruit. Sur les coupes de l'hémisphère on constatait que le noyau caudé et le noyau lenticulaire avaient entièrement disparu. La couche optique était conservée, mais très atrophiée. Toutes les fibres constitutives de la capsule interne étaient détruites. Il est bien intéressant de regarder comment avec des lésions si étendues se montre la dégénération du faisceau pyramidal direct. Sur les coupes de la moelle cervicale colorées avec la méthode de Weigert et de Pál (*fig. 5*)



Fig. 5.

Coupe de la moelle cervicale de P....., dans le cerveau duquel existe une destruction des circonvolutions motrices et de la capsule interne. Dans cette coupe de moelle la dégénération du faisceau pyramidal direct se montre sous forme d'une petite tache décolorée siégeant dans la portion postéro-interne du cordon antérieur.

cette dégénération, très peu accentuée, occupe la région postérieure et interne de ce cordon où elle forme une toute petite tache scléreuse. Sur les coupes de la moelle dorsale supérieure et inférieure (*fig. 6* et *7*), la zone de sclérose

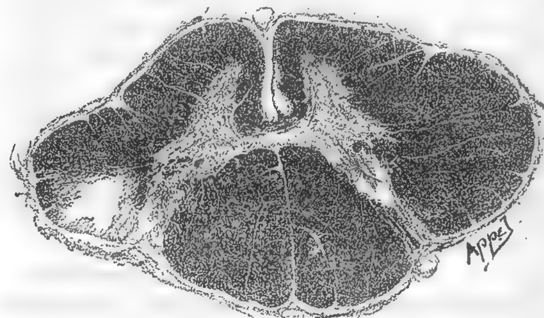


Fig. 6.

Coupe de la moelle dorsale supérieure de P.....; la dégénération du faisceau pyramidal direct se montre sous la forme d'une petite bande décolorée dans la portion postéro-interne du cordon antérieur.



Fig. 7.

Coupe de la moelle dorsale moyenne de P.....; la dégénération du faisceau pyramidal direct diminue d'intensité.

occupe toujours la même situation au niveau de la partie postérieure et interne du cordon antérieur; elle est de moins en moins accentuée à mesure que l'on examine des coupes plus inférieures. Au niveau de la moelle lombaire, on ne constate plus ni dégénération ni atrophie simple.

Nous pourrions citer, à côté de ces deux cas, plus de 25 autres faits où nous avons trouvé la même apparence dans la dégénération du faisceau pyramidal direct consécutive à des lésions cérébrales. Nous avons observé des lésions corticales, des lésions ganglionnaires et capsulaires, des lésions petites ou des lésions étendues du cerveau. Toutes amenaient une dégénération presque insignifiante dans le cordon antérieur, et même parfois avec la méthode de Weigert on ne pouvait distinguer qu'une très

légère atrophie du cordon antérieur sans trace aucune de sclérose; cette atrophie elle-même peut faire défaut.

En synthétisant tous nos examens, nous pouvons donner de cette dégénération du faisceau pyramidal direct — qui se présente d'une façon un peu dissemblable, suivant que l'on examine des coupes traitées par la méthode de Weigert ou par la méthode de Marchi — la description suivante :

Sur les coupes traitées par la méthode de Weigert il existe le plus souvent une très légère zone de sclérose qui, à la région cervicale, occupe la partie interne et postérieure du cordon antérieur près de la scissure médiane antérieure. En arrière elle atteint la commissure antérieure; en avant elle ne va jamais jusqu'au bord antérieur de la moelle, mais en reste séparée par la moitié au moins du cordon antérieur. La forme de la zone sclérosée est assez variable : tantôt elle est assez régulièrement quadrilatère, tantôt ovalaire, tantôt elliptique, tantôt elle représente une virgule dont la pointe serait dirigée en avant. La largeur de cette zone sclérosée est toujours très minime, elle ne dépasse pas 1 millimètre à 1 millimètre et demi. La sclérose diminue à mesure que l'on examine des coupes plus inférieures de la région cervicale. Quelquefois au niveau de la région dorsale supérieure elle a disparu. Cependant, il nous a semblé évident que, dans la région dorsale inférieure et quelquefois dans la région lombaire, on retrouvait souvent une très légère atrophie du cordon antérieur. Il est à remarquer, enfin, que, dans l'étendue de la zone de sclérose, il existe des fibres myéliniques saines et que fréquemment cette zone est séparée du sillon médian par une traînée de fibres à myéline n'ayant subi aucune altération.

Quand on examine des dégénérations assez récentes, qui ont pu être traitées par le procédé de Marchi, on voit aussi que les fibres altérées sont peu nombreuses; leur numération est facile; elles ne forment pas un faisceau dense comme les fibres pyramidales croisées. Les corps granuleux sont séparés les uns des autres par des fibres saines nombreuses. Tantôt ils ont la même topographie que la sclérose constatée avec la méthode de Weigert et de Pál, tantôt et plus souvent ils débordent plus ou moins cette zone; ils se trouvent alors répartis en petit nombre dans le quart interne du cordon antérieur.

Au-dessous du renflement cervical, les corps granuleux diminuent de nombre. Sur les coupes de la moelle dorsale moyenne, ils sont plus rares. Parfois on n'en rencontre même plus un seul. Le plus fréquemment, nous avons trouvé encore des corps granuleux sur les coupes de la moelle dorsale inférieure, lombaire et même sacrée. Ils sont réduits à quelques unités situées à la partie postérieure ou interne du cordon antérieur. Les *figures 8, 9, 10* et *11*, montrent la dégénération du faisceau pyramidal direct telle qu'elle se présentait dans un cas traité avec le procédé de Marchi, où la lésion primitive siégeait dans la capsule interne.



Fig. 8.

Coupe de la moelle cervicale moyenne de B.....; les corps granuleux dans le cordon antérieur montrent une dégénération du faisceau pyramidal direct déterminée par une lésion siégeant dans le cerveau, au niveau de la capsule interne.

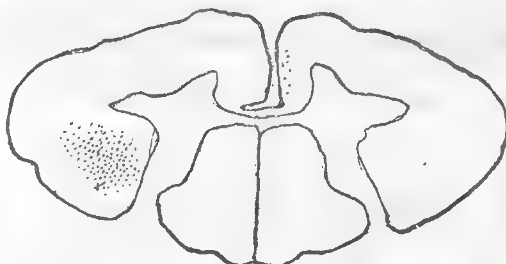


Fig. 9.

Coupe de la moelle cervicale inférieure de B.....

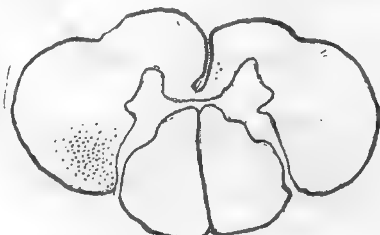


Fig. 10.

Coupe de la moelle dorsale supérieure de B.....

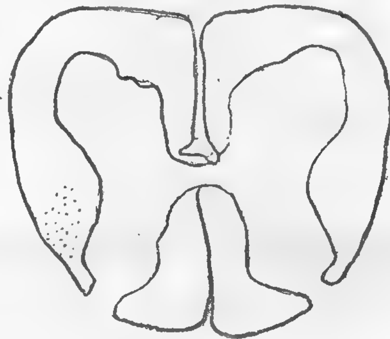


Fig. 11.

Coupe de la moelle lombaire de B.....; il n'existe plus de corps granuleux dans le cordon antérieur.

La terminaison du faisceau pyramidal direct a été d'ailleurs déjà discutée. M. Bouchard (1) disait que le faisceau pyramidal direct se termine à la partie moyenne de la moelle dorsale. Türck (2) avait vu dans deux cas des corps granuleux jusqu'au niveau de l'insertion des derniers nerfs intercostaux. La plupart des anatomistes font terminer le faisceau pyramidal direct dans la moelle dorsale supérieure. M. von Bechterev (3) pense que le faisceau en question disparaît le plus souvent dans la moitié supérieure de la moelle cervicale, quelquefois même, dit-il, au-dessus du renflement cervical. MM. Dejerine et Thomas (4) ont, dans un cas, observé la dégénération du faisceau de Türck jusqu'au niveau de l'origine de la sixième paire sacrée. M. Probst (5) l'a suivie jusque dans la moelle lombaire. Le cas de M. Tooth (6), où la dégénération du faisceau pyramidal direct fut observée au niveau du renflement lombaire, n'a pas de signification, puisque cet auteur a fait une telle constatation à la suite de lésions médullaires transverses : il peut, en effet, s'agir de la dégénération de fibres autres que les fibres pyramidales.

Pour nous, nous ne pouvons admettre dans son absolutisme l'opinion de presque tous les anatomistes qui font terminer le faisceau pyramidal direct au niveau de la moelle dorsale supérieure. Leur erreur cependant s'explique. Il est parfaitement exact que, lorsqu'on recherche la dégénération du faisceau de Türck avec la méthode de Weigert (et c'est cette méthode qui a presque toujours été employée), on ne trouve de zone de sclérose apparente que jusqu'au niveau de la région dorsale moyenne; mais, si l'on examine avec attention les coupes de la région dorsale inférieure, on voit dans la grande majorité des cas une légère atrophie sans sclérose du cordon antérieur. D'autre part, le procédé de Marchi nous a prouvé d'une façon évidente que les fibres pyramidales descendaient très bas, jusque dans la moelle lombo-sacrée.

(1) Bouchard. (*Loc. cit.*)

(2) Türck. (*Loc. cit.*)

(3) V. von Bechterev. Les voies de conduction du cerveau et de la moelle (trad. de l'allemand par C. Bonne), p. 156. Paris, 1900.

(4) Dejerine et Thomas. Sur les fibres pyramidales homolatérales et sur la terminaison inférieure du faisceau pyramidal. (*Arch. de physiol.*, 1896, p. 277-287.)

(5) M. Probst. Zur Kenntniss der Pyramidenbahn. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, 1899, VI, p. 91-113.)

(6) H. H. Tooth. Secondary degeneration of the spinal cord. (*Brit. Med. Journ.*, 6, 13, 20 et 27 avril 1889.)

IV

Nous venons de constater la dégénération du faisceau pyramidal direct, consécutive à des lésions du cerveau; nous avons vu combien cette dégénération était peu importante, et en quoi notre description s'écartait de celle des auteurs. Etudions, maintenant, la dégénération du faisceau pyramidal direct *à la suite des lésions primitives de la protubérance ou du pédoncule*. Comme pour les lésions cérébrales, nous ne citerons que quelques cas, afin de ne pas augmenter la longueur de ce travail.

Les *figures 12* à *21* représentent les lésions observées chez un malade atteint d'hémiplégie gauche. Nous ferons, ailleurs, une description complète de cette observation, tant au point de vue clinique qu'anatomique; aujourd'hui, retenons seulement ce fait qu'il s'agit d'un ramollissement siégeant dans une moitié de la protubérance (*fig. 12*). La lésion, variable quant à son étendue suivant les différentes hauteurs de la protubérance, s'étend, peut-on dire, depuis le bord antérieur de la protubérance jusqu'au niveau des fibres transversales profondes du pont. Elle détruit la plus grande partie de la voie pyramidale, ne respectant que les faisceaux les plus externes. Les dégénérations médullaires secondaires ont été examinées avec la méthode de Weigert et avec le procédé de Marchi qui, l'un et l'autre, ont donné des résultats positifs et analogues. Nous ne parlons, bien entendu, dans notre description, que du faisceau pyramidal direct.



Fig. 12.

Coupe de la protubérance de T:....; ancien foyer ayant détruit presque toute la voie pyramidale de l'hémipont gauche (qui par une erreur de reproduction est ici à droite; cette erreur se retrouve dans les coupes de moelle sous-jacentes colorées par la méthode de Weigert (*fig. 13* à *16*), tandis que dans les coupes de moelle colorées au Marchi (*fig. 17* à *21*) les lésions se trouvent bien du côté qu'elles occupaient réellement).

Au niveau de la moelle cervicale (*fig. 13*), on



Fig. 13.
Coupe de la moelle cervicale de T.....; la dégénération du faisceau pyramidal direct est beaucoup plus accentuée que dans les cas où la lésion primitive siège dans le cerveau.

constate dans le cordon antérieur une large zone de sclérose occupant toute la moitié interne de ce cordon, s'étendant en arrière jusqu'à la commissure blanche, se poursuivant en avant dans la zone marginale et occupant toute cette région marginale. *La zone de sclérose tend à prendre l'apparence d'un croissant.* Dans cette large bande sclérosée, on ne voit, à un fort grossissement, que quelques fibres myéliniques normales dont la plupart, d'ailleurs, ont une direction transversale. Sur les coupes de la moelle dorsale, même aspect général de la dégénération; cependant, cette dernière se prolonge encore plus en avant et en dehors; elle s'étale en avant (*fig. 14* et *15*). Au niveau de la

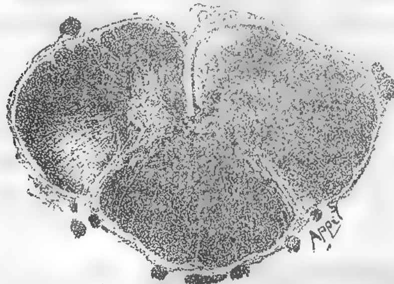


Fig. 14.
Coupe de la moelle dorsale de T.....; la dégénération du faisceau pyramidal direct prend l'aspect « en croissant ».

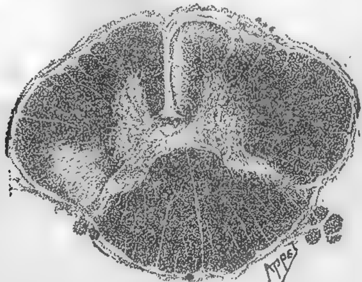


Fig. 15.
Coupe de la moelle dorsale inférieure de T.....; la dégénération « en croissant » du faisceau pyramidal direct est toujours très nette, mais va en diminuant.

moelle lombaire, on ne constate plus dans le cordon antérieur de sclérose, mais une légère atrophie (*fig. 16*). Sur les coupes de moelle

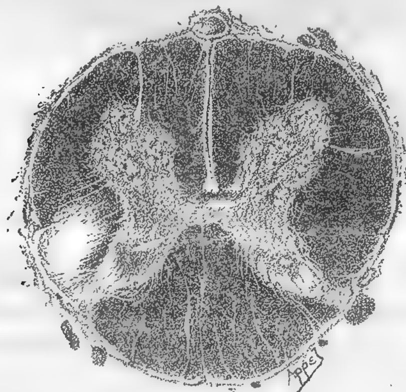


Fig. 16.
Coupe de la moelle lombaire de T.....; il n'exite plus dans le cordon antérieur droit de zone de sclérose, mais seulement un léger degré d'atrophie.

colorées avec le Marchi, on trouve des corps granuleux dans toute la zone que nous avons signalée; ils affectent donc une topographie identique (*fig. 17, 18, 19* et *20*). Il est à remar-

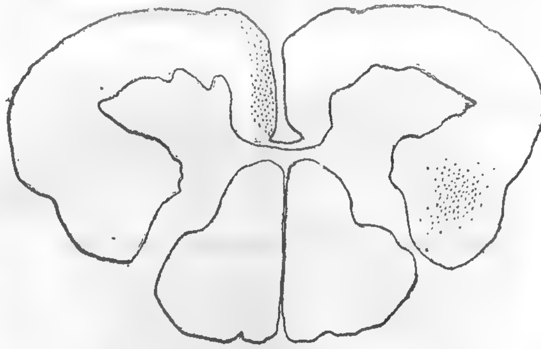


Fig. 17.
Coupe de la moelle cervicale de T.....; les corps granuleux indiquant la dégénération du faisceau pyramidal direct occupent toute la longueur du cordon antérieur et ont une tendance à se répandre en dehors en suivant le bord antérieur de la moelle.



Fig. 18.
Coupe de la moelle dorsale supérieure de T.....; les corps granuleux montrent la dégénération du faisceau « en croissant ».



Fig. 19.
Coupe de la moelle dorsale moyenne de T.....; dégénération du faisceau « en croissant ».

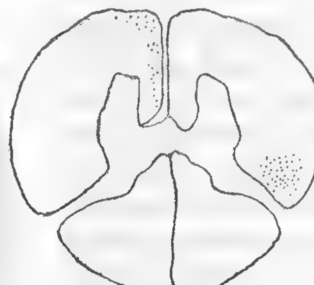


Fig. 20.
Coupe de la moelle dorsale inférieure de T.....; la dégénération du faisceau « en croissant » est encore visible mais très diminuée d'intensité.

quer que, au niveau de la moelle lombaire, on reconnaît toujours avec le Marchi une dégénération dans le cordon latéral, mais on ne voit plus de corps granuleux dans le cordon antérieur (*fig. 21*).



Fig. 21.
Coupe de la moelle lombaire de T.....; il n'existe plus de corps granuleux dans le cordon antérieur.

La *figure 22* représente un autre cas de lésion

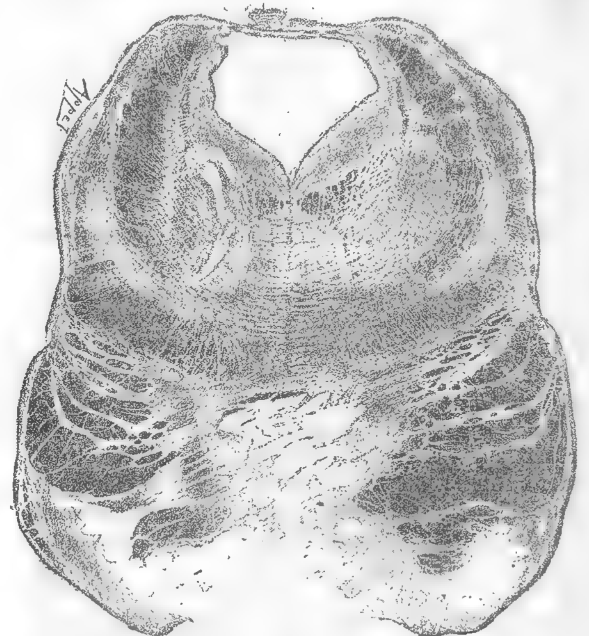


Fig. 22.
Coupe de la protubérance de L.....; ancien foyer ayant détruit la partie médiane de l'étage antérieur du pont en empiétant à droite et à gauche sur la voie pyramidale.

de la région protubérantielle moyenne, ayant détruit toute la partie médiane de l'étage antérieur du pont. Il ne reste plus trace du raphé. A droite et à gauche, la cavité empiète sur la voie pyramidale; elle détruit aussi le tissu nerveux au niveau du bord antérieur de la protubérance. Voici donc une lésion bilatérale et à peu près symétrique de la protubérance. Dans la moelle, nous constatons une dégénération bilatérale et symétrique du faisceau pyramidal direct, et, comme dans le cas précédent, cette dégénération est très allongée dans le sens antéro-postérieur. Elle a, au niveau de la moelle cervicale, la forme d'un croissant; plus bas, dans la moelle dorsale, elle est beaucoup plus étendue que dans les cas de dégénération consécutive à des lésions cérébrales (*fig. 23*).



Fig. 23.
Coupe de la moelle dorsale de L.....; dégénération « en croissant » dans les deux cordons antérieurs.

Dans une autre observation, nous avons rencontré aussi, à la suite d'une double lésion protubérantielle, une double dégénération de notre faisceau en croissant dans le cordon antérieur. Cette dégénération s'étalait au niveau de la région dorsale, comme dans le premier fait signalé plus haut.

Nous pourrions multiplier de tels exemples de dégénération du faisceau en croissant dans les lésions protubérantielles. Toutes sont semblables; aussi croyons-nous inutile d'insister.

Ce ne sont pas seulement les lésions de la protubérance qui déterminent la dégénération du cordon antérieur avec la topographie que nous avons signalée; ce sont aussi les lésions du pédoncule.

La *figure 24* montre un ramollissement du pédoncule siégeant au niveau du noyau rouge et atteignant aussi le locus niger et la voie pyramidale. Ce ramollissement ne s'étend pas jusqu'au niveau du sillon pédonculo-protubérantiel, mais en est séparé par une distance de 2 millimètres environ. Dans la moelle, avec le procédé

de Marchi, nous avons constaté, au niveau de la région cervicale, la dégénération très nette en forme de croissant dans le cordon antérieur

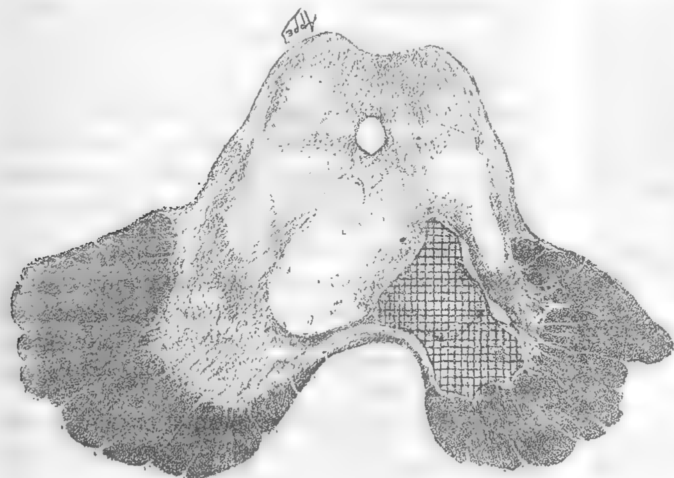


Fig. 24.
Coupe des pédoncules cérébraux de H.....; il existe un ramollissement récent du côté gauche dans la région du noyau rouge et du locus niger; ce ramollissement intéressait aussi, dans le pied du pédoncule, la voie pyramidale.

(*fig. 25*); cette dégénération se poursuit dans la région dorsale où même elle paraît s'étaler et s'étendre en largeur (*fig. 26* et *27*). On constate le faisceau en croissant dans la région lombaire (*fig. 28*) et l'on voit encore des corps granuleux sur les coupes de la région sacrée.

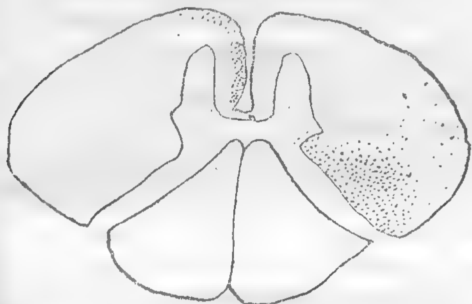


Fig. 25.
Coupe de la moelle cervicale supérieure de H.....; dégénération du faisceau « en croissant » dans le cordon antérieur indiqué par les corps granuleux. (Dans toutes les figures représentant les coupes traitées par le Marchi, nous nous sommes bornés à reproduire les corps granuleux siégeant dans les faisceaux pyramidaux direct et croisé et avons intentionnellement négligé ceux qui se trouvaient dans d'autres territoires.)

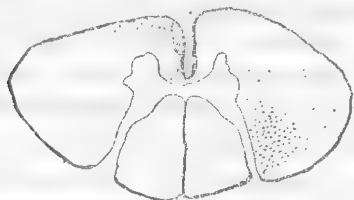


Fig. 26.
Coupe de la moelle dorsale supérieure de H.....; dégénération du faisceau « en croissant » dans le cordon antérieur indiquée par les corps granuleux.

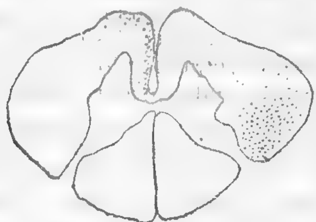


Fig. 27.
Coupe de la moelle dorsale inférieure de H.....; les corps granuleux qui marquent la dégénération du faisceau « en croissant » dans le cordon antérieur sont beaucoup moins abondants que dans les coupes situées plus haut.

En étudiant les dégénérations médullaires consécutives à un autre ramollissement du pédoncule, nous avons fait des constatations analogues quant au trajet et à la topographie des fibres dégénérées dans le cordon antérieur, et même le faisceau en croissant se prolongeait beaucoup plus en dehors.

De tous nos examens, nous pouvons conclure que, consécutivement aux lésions pédonculaires ou protubérantielles, il existe, dans le cordon

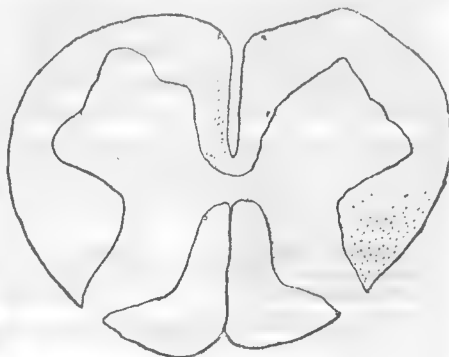


Fig. 28.
Coupe de la moelle lombaire de H.....; il existe encore quelques corps granuleux dans le cordon antérieur, mais ils ne sont plus disposés « en croissant ».

antérieur, une dégénération spéciale. Cette dégénération, infiniment plus étendue que dans les cas de lésions cérébrales, a dans la moelle cervico-dorsale l'apparence d'un croissant (1). En effet, la zone dégénérée occupe le tiers interne ou la moitié interne du cordon antérieur et elle se prolonge en avant, en suivant le bord antérieur de la moelle. Nous proposons d'appeler ce faisceau le *faisceau en croissant*. Au niveau de la région dorsale supérieure, le croissant est encore plus accentué, la zone dégénérée ayant une tendance à s'élargir. Au niveau de la région dorsale inférieure, généralement, on ne constate plus, avec la méthode de Weigert, la forme en croissant, car la partie dégénérée qui suit le bord antérieur de la moelle n'existe plus. La dégénération est cependant toujours beaucoup plus étendue que celle qu'on observe dans les cas de lésions corticales ou capsulaires. Toute dégénération décelable par la méthode de Weigert cesse à la région lombaire. Avec le Marchi on poursuit parfois les corps granuleux jusque dans les régions lombaire et sacrée.

V

L'étendue et l'intensité de la dégénération du faisceau en croissant nous ont paru proportionnelles à l'étendue et à l'intensité des lésions du mésencéphale, mais les petites lésions comme les grosses, les petites lacunes comme les vastes ramollissements, amènent la dégénération dont nous parlons. Y a-t-il dans la protubérance une région spéciale par où passent les fibres du faisceau en croissant? A cette question il est assez difficile de donner une réponse exacte. Cependant, il nous a semblé que les lacunes rétropyramidales, dans la protubérance, ne déterminaient pas cette dégénération, laquelle, au contraire, était produite par les lésions atteignant les faisceaux pyramidaux segmentés par les fibres transversales du pont. Parmi les fibres dont nous parlons, certaines paraissent donc déjà, dans la protubérance, être mélangées avec les fibres pyramidales d'origine corticale.

On a décrit chez les animaux des fibres descendant dans le cordon antérieur et provenant des tubercules quadrijumeaux, du faisceau longitudinal postérieur, du cervelet, du noyau de Deiters, etc., etc. Toutes ces descriptions ont été faites à la suite de recherches expérimentales chez le chien, le chat, le lapin, les oiseaux. Bien des auteurs décrivent et figurent en anatomie humaine ces faisceaux.

Nous ne saurions trop nous élever contre cette tendance à vouloir toujours appliquer à l'homme les conclusions de l'anatomie comparée. Pour le système nerveux, en particulier, rien n'est plus faux. Ne savons-nous pas, pour prendre un exemple qui touche au sujet que nous étudions, que le faisceau pyramidal direct manque chez la plupart des animaux? Le fait de décrire, dans le névraxe de l'homme, des faisceaux qui n'ont été constatés que chez les animaux, peut avoir des conséquences fâcheuses au point de vue anatomique pur.

Il nous paraît difficile de préciser avec une grande exactitude le lieu d'origine des fibres du faisceau en croissant. Il nous semble cependant qu'elles doivent provenir en partie de ces multiples cellules que l'on voit dans le pédoncule, dans la région sous-optique, et dans la protubérance au voisinage de la voie pyramidale. De ces amas cellulaires si variés, si nombreux, dont nous ne connaissons aucune des connexions, naissent sans doute des fibres dont les unes sont à trajet court, dont les autres sont à long trajet. Ce sont ces dernières qui viennent se mélanger à la voie pyramidale d'origine cérébrale et qui dégénèrent dans les lésions de l'étage antérieur de la protubérance, par exemple. Ainsi se trouvent constituées des *voies parapyramidales* dans le cordon antérieur, de même qu'il existe aussi des voies parapyramidales dans le cordon latéral, dont nous donnerons ultérieurement la description. Il est possible qu'aux fibres du faisceau en croissant, d'origine pédonculaire ou protubérantielle, se joignent dans la moelle d'autres fibres provenant d'autres régions du névraxe, car nous savons très bien que le mélange de fibres d'origines différentes est une loi dans l'architecture des centres nerveux de l'homme.

Il y a, en effet, des voies parapyramidales qui suivent leur trajet dans la région de la calotte du pédoncule et de la protubérance et descendent dans le cordon antéro-latéral. Aussi bien dans nos cas de lésions pédonculaires, nous observons des fibres en dégénération dans le faisceau longitudinal postérieur. Ces fibres viennent aussi dans la zone du faisceau en croissant.

VI

Nous avons parlé de l'*origine* du faisceau pyramidal direct cérébral et du faisceau en croissant; nous devons nous demander maintenant quelles sont les *connexions terminales* de ces faisceaux. Pour la plupart des anatomistes, le faisceau pyramidal direct n'est direct qu'en apparence : ils pensent que ses fibres subissent une décussation le long de la commissure antérieure pour se mettre en rapport avec la corne antérieure du côté opposé. Cette opinion est formulée par MM. Kölliker, Van Gehuchten, Ramon y Cajal. Tel n'est pas l'avis de M. von Lenhossék (1) qui, après examen avec la méthode de Golgi, a constaté que les fibres du faisceau pyramidal direct et leurs collatérales se rendent, chez l'homme, dans la corne antérieure du même côté. M. Long (2) n'admet pas la décussation des fibres du faisceau pyramidal direct dans la commissure antérieure de la moelle. Quant à M. Ziehen (3), il aurait observé des collatérales se rendant aux deux cornes antérieures, et M. Hoche (4) soutient la même opinion. Nous ne prendrons pas parti dans la question des connexions du faisceau pyramidal

(1) En comparant le faisceau en croissant tel que nous le décrivons et le représentons sur nos figures 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, avec le tractus désigné par MM. Dejerine et Thomas sous le nom de faisceau antéro-latéral descendant (Art. « Maladies de la moelle » *in* Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert. T. IX, p. 450. Paris, 1902), on constate qu'il existe entre ces deux faisceaux des différences notables.

(1) M. von Lenhossék. Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen; eine allgemeine Betrachtung der Structurprincipien des Nervensystems, nebst einer Darstellung des feineren Baues des Rückenmarks. 2e éd. Berlin, 1895.

(2) Long. Sur les fibres qui passent par la commissure antérieure de la moelle. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 28 décembre 1901, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 7.)

(3) Ziehen, *in* Handbuch der Anatomie des Menschen de von Bardeleben. T. IV, p. 271. Iéna, 1896.

(4) A. Hoche. Beiträge zur Anatomie der Pyramidenbahn und der oberen Schleife, nebst Bemerkungen über die abnormen Bündel in Pons und Medulla oblongata. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1898, XXX, 1.)

du cordon antérieur avec l'une ou l'autre corne de la moelle, car nous croyons qu'il n'est au point de vue de l'anatomie humaine aucun fait très probant pouvant servir à justifier telle ou telle de ces deux opinions. Dans les cas que nous avons examinés avec la méthode de Marchi, il nous a été toujours impossible de poursuivre les fibres en dégénérescence vers l'une ou l'autre des cornes de la moelle. Ce fait tient sans doute à ce que les collatérales du faisceau pyramidal ne possèdent pas de gaine de myéline et, partant, ne sont pas visibles avec les méthodes employées.

En conclusion, si l'on veut faire abstraction des hypothèses, la question des connexions terminales du faisceau pyramidal direct reste entière à résoudre.

VII

Le faisceau pyramidal direct aurait-il, au point de vue physiologique, un rôle spécial? La question a été posée et résolue par certains auteurs d'une façon un peu hypothétique peut-être.

Le faisceau pyramidal direct ne se rencontrant pas chez les animaux, d'après les auteurs, mais seulement chez l'homme, on l'a considéré comme une voie de perfectionnement pour les membres supérieurs. Cette opinion ne peut être soutenue devant la constatation que nous avons faite de la dégénération du faisceau pyramidal direct jusque dans la moelle lombaire.

On a admis aussi que le faisceau pyramidal croisé représenterait spécialement la voie des mouvements volontaires des extrémités, et le faisceau pyramidal direct la voie des mouvements volontaires des muscles du tronc.

C'est ainsi que M. Wertheimer (1), s'appuyant sur la notion de l'existence de collatérales du faisceau pyramidal direct se rendant aux deux cornes antérieures, écrit : « Ce qui s'accorde bien avec l'hypothèse que le faisceau de Türck serait destiné à l'innervation des muscles du tronc, c'est que, d'une part, le faisceau direct n'arrive qu'à la partie supérieure ou moyenne de la région dorsale. D'autre part, l'expérience a démontré que les connexions de l'écorce cérébrale avec les muscles du tronc sont en partie directes, en partie croisées. »

Nous avons voulu signaler les quelques hypothèses des physiologistes sur le rôle du faisceau pyramidal direct. Pour nous, il n'est nullement prouvé, par les faits cliniques, que le faisceau pyramidal direct soit destiné à l'innervation des muscles du tronc. D'ailleurs nous sommes bien peu portés à admettre la doctrine des localisations étroites dans les conducteurs nerveux destinés à relier le cerveau aux centres sous-jacents; nous n'insistons pas, ayant déjà eu l'occasion de nous exprimer ici même sur ce sujet (2).

VIII

Par les faits que nous avons rapportés, on voit que le *faisceau pyramidal direct d'origine cérébrale* est presque insignifiant par comparaison avec la dégénération d'origine mésencéphalique. Même après les destructions les plus vastes du cerveau, la dégénération du faisceau pyramidal direct ne se traduit que par un très mince tractus de sclérose au niveau de la région cervicale; ce tractus est situé à la partie interne et postérieure du cordon antérieur. Souvent, à la suite de lésions cérébrales, on ne voit aucune dégénération apparente du faisceau pyramidal direct, mais seulement une légère atrophie du cordon antérieur.

Quand on constate dans le cordon antérieur de la moelle *une dégénération très accentuée du faisceau en croissant*, on peut affirmer qu'il existe une lésion primitive au niveau du pédoncule ou de la protubérance. Cette lésion primitive amène la dégénération de fibres parapyramidales dans le cordon antérieur.

Deux variétés de dégénération très distinctes peuvent donc être observées dans le cordon antérieur : la *dégénération de type cérébral* et la *dégénération de type mésencéphalique*. Parfois enfin il existe des lésions cérébrales en concomitance avec de petites lacunes de la protubérance : on constate alors dans la moelle une dégénération mixte.

PIERRE MARIE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

GEORGES GUILLAIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(1) WERTHEIMER. Art. « Bulbe » *in* Dictionnaire de physiologie de Charles Richet.

(2) P. MARIE et G. GUILLAIN. Existe-t-il en clinique des localisations dans la capsule interne? (*Semaine Médicale*, 1902, p. 209-213.)

MÉDECINE PRATIQUE

Nouvelle méthode pour isoler le bacille de Koch des humeurs de l'organisme.

Sous le nom d'*inoscopie* (ις, ινος, fibrine), je désigne une nouvelle méthode bactérioscopique qui me paraît destinée à faciliter grandement l'isolement des bactéries contenues dans les humeurs de l'organisme, celui du bacille de Koch en particulier. J'ai communiqué récemment les résultats généraux que cette méthode m'a fournis depuis un an à la Société médicale des hôpitaux (1), mais la technique en est encore inédite (elle se trouve décrite dans un pli cacheté déposé à l'Académie de médecine le 17 novembre dernier), et j'ai tenu à en réserver la primeur aux lecteurs de la *Semaine Médicale*.

I

Je ne rappellerai que pour mémoire les difficultés que l'on éprouve à caractériser bactériologiquement la plupart des humeurs tuberculigènes de l'organisme, et le haut intérêt pratique que présenterait une méthode directe pouvant donner des indications à la fois rapides et certaines. Il ne s'agit pas, en effet, de ces crachats ni de ces pus tuberculeux où les bacilles fourmillent, mais de masses de liquide souvent très volumineuses, où les bacilles en tout petit nombre (nous le verrons tout à l'heure) apparaissent disséminés, *rari nantes.....*, si tant est même qu'ils apparaissent. Cette recherche est tellement difficile, que des techniciens de la valeur de M. Koch et de M. Ehrlich y ont renoncé, et que tous les traités de bactériologie sont unanimes à la déconseiller. De cette impossibilité sont nées toutes les méthodes indirectes d'ordre chimique, physique, biologique, que nous connaissons : cryoscopie, perméabilité pleurale, teneur en fibrine, en tuberculine, agglutination, culture, cytodiagnostic ont été tour à tour proposés. Or, le nombre même de ces moyens d'investigation témoigne de leur insuffisance individuelle. L'inoculation elle-même, qui reste actuellement encore le procédé de choix, n'est pas à l'abri de toute critique. Imparfaite à ses débuts, elle donnait, entre les mains de MM. Chauffard et Gombaud, de M. Netter, 30 % seulement de résultats positifs avec des liquides manifestement tuberculeux. Perfectionnée depuis par M. Le Damany, elle a fourni jusqu'à 90 % de succès. Il se peut que les cas négatifs restants correspondent à des épanchements de nature spéciale, non tuberculeux, mais il me semble qu'on doit surtout incriminer, pour les expliquer, l'insuffisance de la méthode elle-même, car le *nombre des pleurésies tuberculeuses est encore plus grand* que ne l'indiquent ces chiffres. En effet, l'inoculation peut échouer dans deux conditions : 1° le liquide contient des bacilles, mais en trop petite quantité; 2° les bacilles sont assez nombreux, mais leur virulence est affaiblie (épanchements anciens). Dans ces cas, les épanchements tuberculeux eux-mêmes ne sont plus tuberculigènes pour le cobaye, quelle que soit la sensibilité de ce réactif vivant. L'inoculation est donc quelquefois impuissante à dépister la tuberculose. D'autre part, les animaux inoculés peuvent mourir en cours d'expérience, soit accidentellement (épizooties), soit d'intoxication immédiatement après l'inoculation. Sans compter que les renseignements fournis par l'inoculation peuvent être faux, les cobayes ayant été préalablement contaminés. Il est enfin un troisième reproche, et non des moindres, que l'on peut adresser à la méthode biologique : c'est sa lenteur — puisqu'il faut attendre trois semaines, un mois ou davantage, la réponse à la question posée — qui en diminue, dans bien des cas, la valeur pratique.

C'est pour ces raisons que j'ai cru devoir revenir à la méthode directe, la première employée, la seule inattaquable.

II

Le bacille existe en suspension dans le liquide, libre ou phagocyté : le fait est indéniable puisque le liquide est tuberculigène. Dans le premier cas (bacille libre) — le plus fréquent —, quoi qu'on fasse, qu'on laisse le liquide sédimenter au repos ou qu'on le centrifuge, le bacille ne se déposera pas au fond du vase; je m'en suis assuré par des expériences multiples. Sa densité est pourtant notablement supérieure à celle de la plupart des humeurs pathologiques. La stabilité en apparence inexplicable de cette émulsion pathogène reconnaît deux causes : la division des germes en suspension et la coagulation de la sérosité.

Des raisons de physique moléculaire expliquent cette résistance paradoxale des particules finement divisées aux lois de la pesanteur; j'ai vérifié ces faits avec des liquides pleuraux rendus incoagulables par des alcalis ou des oxalates alcalins et longuement centrifugés. Il n'en va autrement que pour les liquides très riches en bacilles (pleurésies secondaires des phtisiques), où les germes sont réunis en gros amas inclus dans les cellules ou attachés à leur flanc. En pareil cas, la centrifugation est positive, mais c'est là l'exception. Dans les pleurésies aiguës primitives ce procédé n'aboutit plus.

Quant à la coagulation, c'est, je crois, le facteur principal des insuccès. Dès que la ponction est faite, presque au contact du trocart, la coagulation commence, invisible, il est vrai, mais suffisant déjà à agglutiner, à retenir fortement tous les éléments solides en suspension dans le liquide, cellules, bacilles, poussières.

Ainsi donc, à l'état naissant, le caillot englobe déjà dans ses mailles, avec toutes les particules solides, les bactéries endo, juxta ou péri-cellulaires, et le liquide restant, ainsi clarifié ou « collé » pour employer une expression industrielle, est mécaniquement purifié, théoriquement aseptique, optiquement pur. Depuis plusieurs années que je me suis mis à inoculer aux cobayes la fibrine retirée des exsudats pleurétiques, j'obtiens une proportion de succès aussi considérable que celle qu'a trouvée M. Le Damany, lequel inoculait à la fois caillot et sérum, c'est-à-dire le liquide total. Cette preuve indirecte de la virulence du caillot a d'ailleurs été faite depuis longtemps (Ehrlich, Fernet).

Le bacille se trouvant retenu dans les mailles du coagulum, la difficulté consiste à l'en extraire. Il est pourtant un moyen assez simple de la résoudre : c'est de dissoudre les filaments de fibrine, de faire fondre ces caillots à l'exclusion des bacilles et de chercher ceux-ci dans le résidu centrifugé. Telle est la base de la méthode inoscopique dont il me reste à exposer la technique et les résultats.

III

De nombreux agents chimiques peuvent être utilisés pour liquéfier les caillots; le meilleur

(1) A. JOUSSET. Sur une nouvelle méthode de recherche des bacilles tuberculeux. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 janvier 1903 et *Semaine Médicale*, 1903, p. 14.)

sera celui qui, digérant le plus rapidement et le plus aseptiquement possible le bloc fibrineux, limitera son action dissolvante à la seule fibrine en n'altérant point les bactéries. A l'exemple de Biedert qui, le premier, se servit de ce procédé pour liquéfier les crachats, pour les rendre *homogènes*, nous avons employé les alcalis fixes. Mais la potasse ou la soude diluées, même à 1 %, excellentes pour entraver la coagulation, dissolvent difficilement les caillots cohérents; il faut chauffer le mélange, ce qui produit une mousse gênante et, somme toute, donne un liquide assez visqueux, difficile à centrifuger, où les bacilles sont notablement altérés, l'alcali attaquant et saponifiant les cires et les acides gras de leur enveloppe, ce qui en modifie les contours et le volume, et en diminue la résistance à la décoloration. Il reste bien quelques bacilles inattaqués, ce sont probablement ceux qui sont phagocytés, protégés par les protoplasmas leucocytaires, mais la majorité d'entre eux, transformés, échappent à la recherche. J'ajouterai que, par cette technique, l'isolement de bactéries moins résistantes que les bacilles acidophiles devient absolument impossible.

Certains sels minéraux, le chlorure de sodium, le fluorure de sodium, dissolvent la fibrine fraîche. Toutefois, cette action est des plus lentes et le résidu laissé est assez considérable. En outre, le chlorure de sodium n'empêchant pas les pullulations microbiennes gênantes, il faut opérer aseptiquement, ce qui n'est pas toujours réalisable.

Après maint tâtonnement j'en suis venu à adopter le liquide suivant, sorte de suc gastrique antiseptique et peu pepsiné qui dissout complètement et rapidement la fibrine et les protoplasmas cellulaires, et laisse inaltérés les nucléines leucocytaires et les bacilles, tout en supprimant les pullulations bactériennes gênantes. Il était naturel de songer au suc gastrique, puisque nous savons que la digestion ne modifie nullement la morphologie et ne supprime même pas complètement la virulence du bacille de Koch. Voici la formule de ce liquide :

Pepsine en paillettes (titre 50 du Codex)	1 à 2 grammes.
Glycérine pure	ââ 10 c.c.
Acide chlorhydrique à 22° Baumé	
Fluorure de sodium	3 grammes.
Eau distillée	1000 —

Ce liquide se conserve longtemps; cependant, comme, à la longue, son pouvoir peptonisant s'affaiblit, il sera bon de n'en préparer que la quantité suffisante pour trois semaines à un mois.

IV

Avant d'employer ce dissolvant, il faut procéder à des manipulations qui diffèrent suivant que l'humeur à *inoscoper* est ou non spontanément coagulable.

Voyons d'abord ce qui concerne les humeurs spontanément coagulables et prenons par exemple le cas d'un liquide pleurétique ou péritonitique fortement fibrineux.

Je suppose que la ponction a été faite avec les précautions d'usage, avec des instruments très propres et stérilisés, et que le liquide a été recueilli dans des récipients sinon stérilisés, au moins nettoyés et décapés aux acides, à la potasse et rincés à l'eau courante. Le liquide placé dans un tel vase est laissé au repos pendant un temps qui varie de dix minutes à plusieurs heures, suivant la rapidité de formation du coagulum. On sépare par filtration sur une compresse bouillie dans de l'eau alcaline le ou les caillots et — précaution indispensable, car un reliquat de liquide séro-fibrineux retarderait la peptonisation — on lave ce caillot à l'eau distillée. A l'aide d'une spatule mousse en platine, préalablement flambée, on collecte les flocons fibrineux en raclant légèrement la compresse et on les fait tomber dans un flacon de 50 c.c. à large goulot, bouché à l'émeri; on y verse, suivant l'importance du caillot, de 10 à 30 c.c. de suc gastrique et on met à l'étuve à 38°. A la condition d'agiter fortement toutes les demi-heures environ, la digestion s'opère en deux à trois heures. On peut remplacer le séjour à l'étuve par un chauffage au bain-marie n'excédant pas 50°; la digestion est en ce cas très rapide.

Les quelques grammes de peptone formés sont partiellement ou en totalité répartis dans les tubes d'un centrifugeur. En peu de minutes, la centrifugation fournit un dépôt minime dont l'abondance varie avec les proportions de leucocytes contenus dans l'exsudat, mais qui pour les caillots les plus volumineux ne dépasse jamais 1/10e de c.c.; c'est dans ce dépôt que l'on trouvera les bacilles, dont la recherche sera ainsi singulièrement facilitée. Le prélèvement à l'anse de platine ramène généralement du fond du tube des filaments cellulosiques dus au raclage de la compresse. Il ne faut pas rejeter ce flocon, mais au contraire s'en servir pour effectuer les frottis. Il contient la plupart des microbes.

Je colore d'ordinaire par la méthode de Gabbet, c'est-à-dire à froid, et *en ne poussant pas trop la décoloration*, et j'examine méthodiquement toute la surface de la lame à l'aide d'une platine graduée. L'examen est quelquefois très long, mais il est rare que dans les conditions les plus défavorables on n'ait pas rencontré quelques bacilles après une demi-heure de recherches. Ceux-ci sont de forme extrêmement variable, généralement plus courts et plus gros que dans les crachats; ils sont parfois assemblés en paquets. Il en est de pénicillés, j'en ai vu de ramifiés, de cocciformes même, analogues à ceux que M. Metchnikoff a décrits dans les vieilles cultures (ces bacilles anormaux se trouvaient dans des pleurésies très anciennes). Ces éléments tranchent par leur couleur rouge sur le fond bleu des noyaux cellulaires. Quant au nombre des bacilles ainsi isolés, il diffère avec chaque variété d'épanchement, et il n'y a à cet égard aucune règle absolue; toutefois, il m'a semblé que dans les pleurésies secondaires des phtisiques, à caillot minime, le nombre en était plus considérable que dans les pleurésies primitives, franches, bien phlegmasiques; peut-être y aura-t-il un jour un bacillo-pronostic des pleurésies établi sur cette constatation. Ce nombre dépend aussi, bien entendu, de la quantité de liquide prélevée par la ponction.

Quelle est donc la quantité à employer? Au début de mes recherches, j'examinais les plus grandes masses de liquide possible et j'estime qu'en matière d'épanchements péritonéaux, il y a intérêt à utiliser la fibrine de 4, 5, 6 litres de liquide, ce qui est pratiquement facile. Par contre, dans la majorité des pleurésies, il suffit de disposer de quelques centaines de grammes de liquide; dans un cas, l'examen inoscopique portant sur 10 c.c. seulement fournis par une ponction exploratrice m'a donné un résultat positif. Mais le fait est exceptionnel; je crois qu'une centaine de grammes sont ordinairement nécessaires.

L'examen inoscopique du sang se fera par l'un des deux procédés suivants :

Ou bien on recueillera, à l'aide d'une seringue stérile et par ponctions veineuses, 30 ou 40 grammes de sang, plus encore s'il est possible, que l'on rejettera dans 150 ou 200 c.c. d'eau distillée stérilisée. Il se produit un laquage immédiat et, quelques heures après cette opération, on peut extraire du mélange de petits caillots peu consistants mais déjà très suffisamment lavés; on parachève ce lavage et on traite la fibrine comme précédemment.

Ou bien — procédé plus facile mais moins sûr — on recueille le sang après asepsie de la peau à l'aide de deux ou trois ventouses scarifiées; au bout de vingt minutes, les caillots formés peuvent servir; ils sont placés dans un nouet propre et lavés par expression sous un filet d'eau, jusqu'à obtention d'une fibrine à teinte blanc rosé, ce qui exige quelques minutes; puis on fait digérer.

Le pus des abcès froids, quelquefois coagulable, est traité de façon analogue; on pourra également le laver par dilution dans de grandes quantités d'eau.

V

Examinons maintenant ce qui a trait aux liquides incoagulables, tels que pus anciens, liquides ascitiques peu inflammatoires, urines, liquide céphalo-rachidien, etc. J'ai obtenu la coagulation de ces diverses humeurs à l'aide de l'artifice suivant : du sang de cheval est recueilli dans un volume égal d'eau contenant 10 % de chlorure de sodium; le mélange est centrifugé et le plasma salé surnageant décanté. On place en vase clos, à la glacière, cette provision qui, recueillie aseptiquement, peut se conserver une quinzaine de jours environ. Un essai préalable montrera que ce liquide n'est pas bacillifère. S'agit-il de coaguler un litre d'urine? Dans un grand bocal, on met cette urine qu'on additionne d'un, deux ou trois volumes d'eau ordinaire (suivant la teneur en chlorures de l'urine) et l'on y ajoute 30 ou 40 grammes de plasma salé. La coagulation ne tarde guère. On peut ensuite pratiquer l'inoscopie.

Je dois dire que ce tour de mains n'est pas à la portée de tout le monde; qu'en fait, dans la pratique, il faudra restreindre l'emploi de la méthode aux liquides coagulant spontanément. D'ailleurs, les épanchements péritonéaux dits incoagulables renferment toujours, lorsqu'on les examine attentivement, une légère pellicule fibrineuse qui tapisse le fond des récipients et accompagne le sédiment; or, petit ou gros, le coagulum a fait son œuvre de clarification, et des expériences m'ont démontré qu'un collage ultérieur ramenait fort peu d'éléments bacillaires; le premier caillot est toujours le meilleur. D'autre part, en ce qui concerne les urines, l'inoscopie, méthode ultrasensible, doit être appliquée avec prudence à cause de la présence toujours possible de bacilles acidophiles pseudotuberculeux (bacilles du smegma); mais elle peut être, comme je l'ai fait maintes fois, combinée à l'inoculation, c'est-à-dire qu'on coagule artificiellement un grand volume d'urine et qu'on inocule le caillot, ce qui remplace avantageusement la centrifugation, impraticable avec de grandes masses.

Reste le liquide céphalo-rachidien, dans lequel j'ai pu par le même procédé (coagulation et inoscopie) retrouver deux fois le bacille de Koch; mais cette technique présente ici beaucoup moins d'intérêt, le liquide cérébro-spinal, peu abondant, peu albumineux et spontanément incoagulable, étant facile à centrifuger par les moyens ordinaires.

VI

Depuis ma brève communication à la Société médicale des hôpitaux — communication dans laquelle je n'ai d'ailleurs pas cité tous les cas où j'avais eu jusqu'alors l'occasion de recourir à l'inoscopie —, j'ai pu pratiquer encore quelques examens qui me permettent de tirer des conclusions plus générales sur la valeur de cette méthode bactérioscopique. Voyons donc quels en sont les résultats principaux :

Quand on soumet à l'inoscopie un liquide de pleurésie tuberculeuse, on arrive à dépister aisément le bacille de Koch. Je possède actuellement 23 observations, dont 6 concernant des sujets reconnus tuberculeux (pleurésies secondaires) et 17 des individus antérieurement bien portants et n'offrant aucune lésion pulmonaire accessible à l'auscultation (pleurésies primitives); dans toutes, l'examen inoscopique, ayant porté sur 10 à 500 grammes de sérosité, fut positif.

Dans les ascites, c'est avec une assez grande

fréquence que l'on peut déceler le bacille de Koch; et je ne parle pas seulement ici d'épanchements manifestement dus à la tuberculose péritonéale, mais aussi d'ascites réputées cirrhotiques, ou liées à des hépatites hypertrophiques dites alcooliques. C'est ainsi que sur 12 épanchements péritonéaux indéterminés, pris au hasard et pour lesquels le diagnostic était hésitant, j'ai trouvé 8 fois le bacille tuberculeux; et parmi ces 8 faits, je puis en signaler 3 où le diagnostic de cirrhose alcoolique paraissait si bien fondé que, chez un de ces malades, on pratiqua l'opération de Talma; chez tous les trois l'autopsie révéla des lésions tuberculeuses. Aussi suis-je convaincu que nombre d'ascites que l'on rapporte à des cirrhoses alcooliques ressortissent en réalité à des tuberculoses péritonéo-hépatiques discrètes, latentes, méconnues; si l'intervention chirurgicale réussit dans ces cirrhoses hypertrophiques pseudo-éthyliques, alors qu'elle échoue le plus souvent dans la forme atrophique pure, c'est, à mon avis, qu'il y a eu méprise et qu'on a, sans s'en douter, opéré des péritonites tuberculeuses, qui auraient pu guérir par des procédés plus anodins, voire spontanément.

En ce qui concerne l'examen inoscopique du sang, il me paraît appelé à rendre les plus grands services, tant dans les formes aiguës que dans les tuberculoses chroniques. Qu'il me soit seulement permis d'indiquer que, grâce à lui, j'ai pu 2 fois poser le diagnostic de tuberculose aiguë, alors que tout, dans l'évolution clinique, faisait pencher la balance en faveur de la dothiénentérie; dans 3 cas de phtisie subaiguë, le sang contenait aussi des bacilles de Koch; de plus, chez quelques sujets atteints de tuberculoses chroniques diverses, apyrétiques, tout à fait insoupçonnées, l'examen fut également positif.

Je n'insisterai pas sur les résultats obtenus avec des pus d'abcès ossifluents, avec des liquides méningitiques clairs, avec un épanchement citrin d'hydarthrose ancienne. Mais je tiens à ajouter que par l'inoscopie j'ai pu déceler, dans 2 cas d'arthrite blennorrhagique, des gonocoques parfaitement reconnaissables, encore qu'un peu altérés.

En résumé, la technique que je préconise est basée sur un principe très général, puisqu'il m'avait déjà fourni le moyen d'isoler les granulations des épanchements chyliformes et lactescents (1). Elle est applicable à toutes les espèces pathogènes que leur morphologie ou leurs réactions colorantes suffisent à individualiser; mais c'est particulièrement pour la recherche du bacille de Koch qu'elle me paraît destinée à rendre des services : grâce à elle, il me semble à peu près démontré que le nombre des pleurésies tuberculeuses est immense, celui des ascites tuberculeuses plus grand qu'on ne le croit d'ordinaire, celui des septicémies tuberculeuses loin d'être négligeable. Il y a là, croyons-nous, toute une série d'études nouvelles à entreprendre.

Dr André Jousset,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital Beaujon.

(1) A. Jousset. Des humeurs opalescentes de l'organisme. (*Thèse de Paris*, 1901, p. 70.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1903.

Additions à la liste des maladies épidémiques à déclaration obligatoire et proposition d'une catégorie de maladies à déclaration facultative.

M. Josias, au nom de la commission instituée pour présenter un projet de réglementation relatif à l'application des articles 4 et 5 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique (Voir *Semaine Médicale*, Annexes, 1902, p. XXII-XXIV), donne lecture d'un rapport que nous résumons ainsi :

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France, qui, avec l'Académie de médecine, doit donner son avis au ministre de l'intérieur chargé par la loi de dresser la liste des maladies épidémiques dont la déclaration est obligatoire pour le médecin, a émis le vœu qu'il fût ajouté à la liste des affections dont la déclaration est obligatoire de par la loi du 30 novembre 1892 (Voir *Semaine Médicale*, 1894, Annexes, p. II), deux autres maladies, à savoir la rougeole et la méningite cérébro-spinale épidémique; en outre, estimant qu'il existe tout un groupe d'affections contagieuses dont la déclaration obligatoire paraît impraticable pour diverses raisons, il propose d'établir une liste de neuf maladies dont la déclaration serait facultative (1), et qui comprendrait la tuberculose pulmonaire, la coqueluche, la grippe, la pneumonie, l'érysipèle, les oreillons, la lèpre, les teignes et la conjonctivite purulente des adultes (trachome, ophtalmie granuleuse).

La commission de l'Académie a cru devoir suivre le Comité consultatif d'hygiène publique dans cette voie; toutefois, elle est d'avis de porter le nombre des maladies dont la déclaration est obligatoire à quinze, en ajoutant à la liste actuelle, outre la rougeole et la méningite cérébro-spinale, la pneumonie et la broncho-pneumonie; il ne resterait donc que huit affections à déclaration facultative, puisque la pneumonie, classée dans cette catégorie par le Comité consultatif d'hygiène publique, passerait dans le premier groupe. Il va sans dire que, pour les maladies dont la déclaration n'est pas obligatoire, le médecin ne se trouve pas dégagé par la loi de l'obligation du secret professionnel, et que dès lors il ne devra faire la déclaration qu'autant qu'il y aura été autorisé par la famille.

M. Laveran fait observer que, d'après la commission, il conviendrait de placer dans la catégorie des maladies dont la déclaration est obligatoire la pneumonie et la bronchopneumonie, tandis que la tuberculose pulmonaire serait rangée parmi les maladies à déclaration facultative : or, cette dernière affection étant beaucoup plus contagieuse et plus meurtrière que les deux premières, il y aurait lieu, d'après l'orateur, de l'ajouter à la liste des maladies à déclaration obligatoire et de ne faire figurer, au contraire, la pneumonie et la bronchopneumonie que parmi les maladies à déclaration facultative.

M. Laveran s'élève, en outre, contre le maintien de la dysenterie parmi les maladies de la première catégorie, c'est-à-dire dont la déclaration est obligatoire, car, en dehors de certains cas exceptionnels, la contagiosité de cette affection est très faible.

M. Brouardel répond que si la pneumonie et la broncho-pneumonie ont été rangées parmi les maladies à déclaration obligatoire, c'est parce que la commission a tenu à se conformer à un vœu émis antérieurement par l'Académie (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 113-114). Si la même mesure n'a pas été prise à l'égard de la tuberculose pulmonaire, c'est, en dehors des raisons souvent invoquées à la tribune de l'Académie, qu'il a paru à la commission qu'on ne pouvait pas exiger, sans grands inconvénients, d'un malade atteint — souvent sans le savoir — de tuberculose pulmonaire chronique, qu'il fût soumis tous les quinze jours, lui et son entourage, à des pratiques de désinfection, et cela pendant cinq ou dix années consécutives. D'ailleurs, nulle part en France, pas même à Paris, il n'existe actuellement, et il n'existera de longtemps, un service public outillé pour faire les désinfections que nécessiteraient les cas déclarés de tuberculose.

En ce qui concerne la dysenterie, l'orateur est d'avis qu'il y aurait des inconvénients à l'écarter des maladies à déclaration obligatoire, parce que, s'il est vrai que dans certains cas cette affection ne se propage pas et s'éteint sur place, il en est d'autres où elle revêt un caractère épidémique nécessitant des mesures énergiques de prophylaxie; l'impossibilité d'introduire dans la loi, qui doit être partout la même pour tous, une telle distinction, explique que la commission ait maintenu la dysenterie parmi les maladies à déclaration obligatoire.

(1) Nous croyons devoir faire remarquer que ni la loi du 30 novembre 1892 ni celle du 15 février 1902 ne prévoient de liste de *maladies à déclaration facultative*. Par conséquent, le ministre de l'intérieur n'a pas le droit d'introduire dans son arrêté une disposition de cette nature, non prescrite par le législateur. — N. D. L. R.

M. Chauvel estime qu'il y aurait lieu d'ajouter à la liste des maladies à déclaration facultative l'ophtalmie granuleuse, dont la contagiosité n'est pas moins grande que celle de la conjonctivite purulente des adultes et qui constitue, en outre, une affection très redoutable en raison de sa ténacité et de la résistance qu'elle oppose à la plupart des moyens de traitement.

M. Pinard demande que la déclaration de l'ophtalmie des nouveau-nés soit soumise à la même restriction que l'infection puerpérale, c'est-à-dire que le médecin ne soit tenu à cette déclaration que « lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ».

M. le Président met successivement aux voix chacune des maladies proposées dans les deux catégories, en les faisant précéder des amendements respectifs déposés au cours de la discussion.

La liste votée par l'Académie est ainsi dressée :

Maladies à déclaration obligatoire :

1° La fièvre typhoïde;
2° Le typhus exanthématique;
3° La variole et la varioloïde;
4° La scarlatine;
5° La rougeole;
6° La diphtérie;
7° La suette miliaire;
8° Le choléra et les maladies cholériformes;
9° La peste;
10° La fièvre jaune;
11° La dysenterie;
12° Les infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé;
13° L'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé;
14° La méningite cérébro-spinale épidémique.

Maladies à déclaration facultative :

1° La tuberculose pulmonaire;
2° La coqueluche;
3° La grippe;
4° La pneumonie et la bronchopneumonie;
5° L'érysipèle;
6° Les oreillons;
7° La lèpre;
8° Les teignes;
9° Les conjonctivites purulentes et l'ophtalmie granuleuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1903.

Traitement de l'appendicite.

M. Monod. — J'ai eu l'occasion de soigner récemment un homme atteint d'appendicite, que j'ai cru devoir laisser rentrer chez lui après refroidissement d'une crise aiguë; j'ai appris ultérieurement qu'il avait été pris de nouveaux accidents, auxquels il a succombé. C'est le seul fait malheureux que j'aie observé sur 35 cas traités par la méthode d'expectation.

M. Chaput. — Au cours d'interventions pour appendicite vraie ou simulée, j'ai rencontré 3 fois des perforations de l'intestin grêle, nettement typhoïdiques dans 2 cas, de nature indéterminée dans le troisième. La possibilité d'un tel accident est un argument de plus en faveur de l'opération précoce.

M. Lejars. — Depuis la fin de l'année 1899, j'ai opéré 112 cas d'appendicite, dont 69 à froid, sans mortalité, et 43 à chaud, avec 13 morts; je m'empresse d'ajouter que, parmi les 43 malades opérés à chaud, il y en avait au moins 8 offrant une péritonite généralisée et que l'état de plusieurs d'entre eux était absolument désespéré.

Actuellement nous ne possédons aucun moyen de reconnaître dès le début quelles sont les appendicites toxiques; peut-être les examens hématologiques nous rendront-ils service à ce point de vue.

En présence d'une appendicite au début, je commence par tenter le refroidissement, mais je suis tout prêt à y renoncer et à intervenir sans retard dès l'apparition du moindre signe inquiétant; pour cela il est évidemment indispensable de surveiller les malades de très près,

Contrairement à M. Jalaguier, j'opère toutes les péritonites diffuses, attendu que, si la plupart des patients succombent, il en est cependant quelques-uns qui guérissent, et cela doit suffire à rendre l'intervention nécessaire, quelle que soit la gravité du cas.

M. Terrier. — Dans ces trois dernières années, 117 appendicites ont été opérées dans mon service; sur 39 cas pour lesquels on est intervenu d'urgence, 27 fois on a trouvé une suppuration et pratiqué l'ablation de l'appendice; 3 fois on a ouvert un abcès sans réséquer l'appendice; tous ces malades ont guéri; de 8, au contraire, qui présentaient une péritonite diffuse, 4 ont succombé; dans la trente-neuvième observation, enfin, l'opération a été tentée avec succès deux heures après le début des accidents.

Sur 17 patients opérés à chaud, après vingt-quatre ou quarante-huit heures d'observation, nous avons eu 16 guérisons; sur 61 interventions à froid, nous comptons 60 guérisons et 1 décès, relatif à un cas opéré par un de mes élèves et traité à tort par la suture sans drainage.

Néoplasmes associés.

M. Monod. — J'ai observé récemment deux cas d'association de néoplasmes : le premier concerne une femme de trente-sept ans que j'opérai pour un kyste de l'ovaire. Au cours de l'intervention je constatai la présence de fibromes utérins concomitants et, en outre de l'ovariotomie, je pratiquai l'hystérectomie abdominale supra-vaginale. Les suites opératoires furent parfaites.

Chez la seconde malade, âgée de cinquante-deux ans, on avait diagnostiqué un fibrome de l'utérus. A l'ouverture de l'abdomen je m'aperçus qu'il s'agissait, en réalité, d'une tumeur des annexes gauches; la libération en fut très pénible et nécessita la résection de l'S iliaque sur une longueur de 15 centimètres. Je pratiquai aussi, comme dans le cas précédent, l'hystérectomie supra-vaginale. La malade guérit de l'opération. L'examen histologique démontra que la cavité utérine était envahie par un épithélioma, et que la masse extra-utérine était un sarcome.

Ces deux faits prouvent, comme je l'ai signalé autrefois (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 186), que l'ablation de l'utérus augmente peu la gravité d'une intervention dont le but principal est l'extirpation d'une tumeur des annexes; on doit donc faire l'hystérectomie toutes les fois que cette opération peut avoir quelque avantage pour la malade.

M. Guinard. — Les associations néoplasiques ne sont pas très rares, car je puis vous en citer 11 observations personnelles; une d'elles concerne une malade chez laquelle je rencontrai, au cours de l'intervention, un kyste de l'ovaire droit, un autre kyste de l'ovaire gauche, un fibrome utérin et un appendice de la grosseur du pouce; il y avait, en outre, un cancer annulaire de l'S iliaque, pour lequel je pratiquai une anastomose de l'anse sigmoïde avec la partie supérieure du rectum. Cette malade, à laquelle je fis dans la même séance cette série d'extirpations, est en bon état de santé.

Beaucoup de femmes ont d'ailleurs un fibrome volumineux de l'utérus sans en éprouver aucun inconvénient et l'on ne s'en aperçoit que lorsqu'elles viennent consulter pour une autre affection, une appendicite par exemple. A mon avis, afin d'éviter tout accident ultérieur, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie subtotale, quand, au cours d'une intervention, on rencontre une tumeur de ce genre.

Oblitération de l'urèthre par une valvule congénitale.

M. Bazy. — M. Bonnet (médecin militaire) nous a communiqué une observation au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'un cas d'oblitération de l'urèthre par une valvule congénitale, traité avec succès par l'uréthrotomie externe. Cette valvule siégeait au niveau de la région bulbaire, non loin de la portion membraneuse. Elle fut réséquée et le canal suturé au catgut; la réunion s'est faite sans incident et bientôt la miction s'effectuait d'une façon parfaite; le résultat fonctionnel se maintient excellent, plusieurs mois après l'intervention.

M. Malapert (de Poitiers) lit une observation de lipome de l'S iliaque, développé aux dépens d'une frange épiploïque et enlevé avec succès chez une femme de trente-huit ans; cette tumeur pesait plus de 6 kilos; on ne connaîtrait pas jusqu'ici de lipome ayant acquis un tel volume.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 janvier 1903.

Duodénite ulcéreuse urémique.

M. Barié. — J'ai observé récemment, avec M. Delaunay, un homme de cinquante-quatre ans, alcoolique et syphilitique, présentant tous les signes d'une néphrite chronique, qui fut atteint, à la suite d'une crise urémique à forme dyspnéique, de diarrhée, d'une hémorrhagie intestinale abondante et finalement d'accidents convulsifs suivis de coma, auxquels il succomba.

A l'autopsie on trouva des reins granuleux, un foie gras, un cœur volumineux avec des traces d'une péricardite brightique déjà constatée pendant la vie, enfin un épanchement sous-arachnoïdien assez abondant, mais non localisé en foyer. L'estomac était sain; par contre, l'intestin était rempli de sang noir, et le duodénum était le siège de quatre petites ulcérations ovalaires, taillées à l'emporte-pièce et entourées d'un piqueté hémorrhagique.

La duodénite ulcéreuse d'origine urémique est une affection rare dont une vingtaine de cas seulement ont été publiés jusqu'ici. Ces ulcérations duodénales peuvent détruire la muqueuse tout entière, entamer la tunique musculeuse et même la tunique séreuse, donnant alors lieu à une péritonite par perforation. Elles peuvent également envahir le pancréas, la vésicule biliaire, le canal cholédoque et les artères gastro et pancréatico-duodénales, déterminant ainsi d'abondantes hémorrhagies.

Cliniquement, la duodénite ulcéreuse se traduit tantôt par des signes de péritonite aiguë par perforation, tantôt par des douleurs épigastriques avec irradiations aux lombes, des vomissements, de la diarrhée, etc., mais son symptôme le plus fréquent est le melæna.

La pathogénie des ulcérations duodénales d'origine urémique est encore mal élucidée; le seul point qui soit bien établi, c'est qu'au cours de l'insuffisance rénale, il se crée des voies supplémentaires d'élimination des poisons urinaires; on peut donc admettre que l'intestin et particulièrement le duodénum constituent une de ces voies d'élimination, et que le processus ulcéreux dont ce dernier organe devient le siège est le résultat de l'action directe des poisons sur sa paroi.

M. Souques rappelle qu'on observe assez souvent, au cours de l'urémie, des hémorrhagies intestinales, sans qu'à l'autopsie des malades on puisse constater la moindre trace d'ulcération.

Cirrhose terminée par guérison, avec examen histologique du foie.

M. Apert communique l'observation d'un homme de quarante-quatre ans, buvant journellement, depuis plusieurs années, 4 litres de vin, qui entra à l'hôpital avec tous les signes d'une cirrhose hépatique (ascite considérable, circulation collatérale, subictère, etc.). Sous l'influence du régime lacté absolu, l'état de cet homme s'améliora bientôt; la guérison était complète après deux ponctions, car l'ascite ne se reproduisit plus. Six mois plus tard, le patient fut atteint d'un érysipèle et succomba.

L'examen du foie montra un épaississement considérable de la capsule de Glisson et une cirrhose ne différant pas, à l'œil nu, des cirrhoses mortelles; mais au microscope on nota, outre des figures de régénération hépatique (Kahn), une vascularisation considérable dans les bandes de sclérose périlobulaire et une dilatation presque angiomateuse des capillaires de certains lobules. Cette disposition explique comment, malgré la persistance du tissu scléreux, la circulation porto-cave avait pu se rétablir intégralement.

Pathogénie du tabes.

M. Guillain montre, au nom de M. Marie et au sien, un certain nombre de dessins et de préparations de la moelle qui prouvent que, chez les tabétiques, si les lésions affectent spécialement les cordons et les racines postérieurs, elles sont diffuses et n'offrent nullement le type radiculaire; et, en outre, qu'à ces lésions des cordons postérieurs sont superposées des altérations exclusivement localisées à la pie-mère postérieure. Rapprochant ces constatations anatomo-pathologiques de l'indépendance du système lymphatique des cordons antérieurs d'une part et des cordons postérieurs d'autre part, MM. Marie et Guillain tirent la conclusion que le tabes est une affection syphilitique du système lymphatique des cordons postérieurs de la moelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 janvier 1903.

Deux cas d'intoxication mortelle par l'oxyde de carbone, avec analyse des gaz du sang.

MM. Lacassagne, Martin et Nicloux. — Une femme de soixante-treize ans est trouvée morte au pied de son lit, le 27 novembre dernier; une sœur de charité, âgée de quarante-cinq ans, vient veiller le corps, le surlendemain 29, entre dix et onze heures du matin; on la trouve morte l'après-midi à trois heures. Les autopsies des deux cadavres sont pratiquées le jour suivant : on remarque sur celui de la religieuse tous les signes d'un empoisonnement par l'oxyde de carbone (taches roses disséminées sur la peau, décubitus rouge groseille, taches rosées sur toutes les muqueuses, sang liquide rouge, œdème carminé des poumons, intestin injecté et de coloration rose, relâchement des sphincters). Le cœur ne contient pas de caillot.

Sur le cadavre de la vieille femme, les muqueuses sont pâles et ne présentent pas de taches, la peau n'est le siège d'aucune éruption. Le décubitus est violacé, le sang de coloration foncée. Le cœur renferme deux énormes caillots agoniques. Il existe, en outre, un athérome très marqué de l'aorte, des valvules sigmoïdes et des coronaires, une sclérose des reins, etc.

L'analyse des gaz du sang démontra que celui du premier cadavre contenait 13 c.c. 8 % d'oxyde de carbone, et celui du second 17 c.c. 7 %; la capacité respiratoire (volume d'oxygène que peuvent absorber 100 c.c. de sang) était de 8 c.c. 8.

Un premier point ressort de ces constatations; c'est que la moitié du sang peut être oxycarbonée sans qu'apparaissent sur le cadavre les signes caractéristiques de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Le second point est le suivant : un organisme en état de parfaite santé succombe par l'oxyde de carbone; le sang, qui renferme 17.7 % de ce gaz, peut encore fixer 8.8 % d'oxygène; un tiers environ de l'hémoglobine (8.8 sur 26) est par conséquent demeuré disponible. Ce fait a une grande importance, car à cette période de l'intoxication ni le lapin, ni le chien n'auraient succombé.

De l'action de la bile, du sublimé et du formol sur les germes hydatiques.

M. Dévé. — Différents faits cliniques semblent indiquer que la notion classique de l'action parasiticide de la bile à l'égard des germes hydatiques est, sinon complètement inexacte, du moins trop absolue. C'est ainsi qu'on peut voir la greffe échinococcique se produire dans la cavité péritonéale malgré la présence prolongée d'un épanchement bilieux (cholépéritoine hydatique). Et de fait les expériences que nous avons instituées à ce sujet nous ont montré que les scolex résistaient au contact d'un liquide hydatique contenant de 20 à 50 % de bile, et qu'ils pouvaient poursuivre leur évolution kystique.

Pour ce qui est des antiseptiques, nous avions conclu de recherches antérieures que le sublimé à 1 ‰ et le formol à 5 ‰ paraissaient détruire la vitalité des germes échinococciques après un contact de deux à trois minutes. De nouvelles expériences nous ont montré que ce délai ne suffisait pas toujours, en ce qui concerne la solution formolée. Un contact de cinq minutes avec une solution de sublimé à 1 ‰, ou de formol à 1 % (après une injection tænicide) semble devoir assurer la destruction des germes spécifiques et mettre à l'abri de la récidive hydatique.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 janvier 1903.

Traitement de l'épithéliome cutané par les applications d'iode.

M. Salmon (de Paris) montre un malade atteint d'épithéliome cutané du nez qui paraît avoir guéri sous l'influence d'applications locales d'iode, prolongées pendant deux mois. Cette médication est justifiée par le fait que les éléments cellulaires de l'épithéliome contiennent du glycogène et sont très avides d'iode.

M. J. Darier. — Cet homme ne peut être considéré comme guéri, et certainement un traitement poursuivi pendant deux mois avec d'autres caustiques que l'iode aurait pu donner de meilleurs résultats. Il est d'ailleurs de notion ancienne que l'iode exerce une action défavorable sur l'épithélioma, dont il excite la prolifération des éléments cellulaires. Cette considération suffirait donc à faire proscrire ce mode de traitement.

L'administration d'iodure de potassium est également dangereuse chez les cancéreux. J'ai vu un malade atteint d'épithélioma de la lèvre succomber au bout de quatre mois, après avoir pris 12 grammes d'iodure de potassium par jour.

Les médicaments dérivant de l'iode me paraissent présenter les mêmes inconvénients.

M. Vérité. — J'ai constaté cependant une certaine amélioration, qui s'est prolongée pendant un an et demi, chez un malade atteint d'épithélioma, que je traitais par l'iodoforme. Il est vrai qu'au bout de ce temps la tumeur a repris sa marche envahissante.

Syphilides bucco-labiales lichénoïdes.

M. Gastou. — Voici un homme qui a eu un chancre infectant, puis une roséole, qu'il a traités pendant trois semaines seulement au moyen de pilules de proto-iodure de mercure. Depuis le mois de mai dernier il est atteint, dans la bouche et au niveau de la langue, de syphilides-leucoplasiques, qui prennent en certains points, notamment sur la muqueuse de la joue droite, l'aspect du lichen. Ces plaques blanchâtres, légèrement nacrées, peu épaisses, siègent au niveau de la commissure des lèvres, à l'espace intermaxillaire, sur la lèvre inférieure, les joues et la langue. Il est à remarquer que cet homme n'est pas fumeur, mais il boit souvent des apéritifs et surtout il avait une denture dans un état déplorable. J'ai d'abord fait soigner ses dents, ce qui a été suivi d'un amendement sensible des lésions de la muqueuse buccale. Mais l'amélioration a été plus marquée depuis qu'il a pris à nouveau des pilules de proto-iodure de mercure et qu'il a fait en même temps des gargarismes au chlorate de potasse.

L'examen histologique du tissu qui constitue les plaques leucoplasiques révèle des lésions qui tiennent à la fois de l'infiltration syphilitique et du lichen; toutefois, il est à remarquer qu'on n'y rencontre pas l'hyperkératose qui ne fait habituellement pas défaut dans la leucoplasie syphilitique.

M. A. Fournier. — La leucoplasie syphilitique est très rare chez les sujets qui ne sont pas fumeurs. J'en ai cependant observé un cas chez une femme qui n'avait jamais fumé; il y eut, dans la suite, une dégénérescence épithéliomateuse qui nécessita une opération.

L'amélioration de la leucoplasie syphilitique, à la suite du traitement mercuriel est, pour moi, un fait tout à fait exceptionnel, bien que M. Barthélemy en ait cité quelques exemples dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 409).

Végétation en nappe de la muqueuse palatine, de structure lymphoïde.

M. Du Castel. — L'homme que je vous présente est atteint depuis quelques mois d'une affection végétante qui s'étend à toute la muqueuse du voile du palais. C'est un sujet sans antécédents tuberculeux ni syphilitiques, ayant les apparences d'une bonne santé. Toute la voûte palatine est envahie par une infiltration granuleuse papillomateuse, végétante, formant une surface irrégulière entrecoupée de vallonnements et de saillies. Nulle part ne se voit d'ulcération d'apparence tuberculeuse. Le traitement antisyphilitique a été administré sans succès. L'examen histologique, pratiqué par M. Gastou, montre qu'il existe là une infiltration de tissu lymphoïde.

M. Gastou. — Les lésions sont constituées par un tissu lymphoïde proliférant avec réticulum contenant des quantités de *Plasmazellen* et de *Mastzellen*. L'épiderme est le siège de petits abcès microscopiques et d'une kératinisation marquée.

M. Brocq. — J'ai observé chez deux sujets des altérations qui ressemblaient à ce qu'on voit chez le malade de M. Du Castel, du moins au point de vue clinique. Dans le premier cas, il s'agissait d'une petite tumeur végétante de la langue, et l'examen histologique permit de faire le diagnostic d'épithélioma papillomateux. Dans le second, le tissu végétant avait envahi la langue et la voûte palatine, attaquant les dents et les os; une biopsie en démontra également la nature épithéliomateuse.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 7 janvier 1902.

Sur les formes atypiques de la fièvre typhoïde.

M. Ewald fait une communication dans laquelle il attire l'attention sur la bénignité particulière de la dothiénentérie depuis quelques années, ainsi que sur la rareté et le peu de gravité des complications de cette maladie, sans qu'il soit facile d'élucider si ces particularités sont attribuables à un traitement plus efficace, à des conditions hygiéniques meilleures ou simplement à un génie épidémique spécial.

L'évolution de la fièvre typhoïde paraît aussi s'être modifiée; la fièvre, par exemple, a assez fréquemment — contrairement à la notion classique — un début subit, parfois même avec frisson initial; souvent elle affecte, au lieu d'être continue, le type d'une fièvre hectique, comme dans la tuberculose miliaire; à l'éruption de taches rosées se substituent, dans quelques cas, des éléments pemphigoïdes, de l'herpès; enfin les rechutes peuvent, elles aussi, s'annoncer par une élévation brusque de la température.

Ces atypies créent des difficultés pour le diagnostic, et malheureusement ni la séro-réaction ni la recherche des bacilles d'Eberth dans les selles ne fournissent d'indications dès les premiers jours; quant à la diazoréaction, elle est loin d'être constante : l'orateur ne l'a rencontrée que 27 fois sur 56; elle est d'ordinaire parallèle à l'agglutination. La leucopénie, considérée comme caractéristique de la dothiénentérie, s'observe tout aussi bien dans la septicémie et la tuberculose miliaire.

M. Ewald cite plusieurs faits à l'appui de ces diverses considérations, notamment un cas où le tableau clinique rappelait celui de l'endocardite maligne, et où la séro-réaction ne fut positive qu'au cinquante-troisième jour; un autre de fièvre typhoïde sans lésions intestinales, mais avec présence du bacille d'Eberth dans le sang de la rate; un troisième où la diarrhée « purée de pois » fut remplacée par de la constipation, etc.

En ce qui concerne la thérapeutique, l'orateur est partisan de l'expectation; souvent il administre pour tout traitement de la limonade chlorhydrique; comme antipyrétiques, il s'en tient d'ordinaire à des prises de quinine (de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigr. plusieurs fois par jour).

M. Fürbringer confirme, d'après sa propre expérience, la justesse des diverses observations présentées par M. Ewald, concernant la rareté de la dothiénentérie à évolution classique.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 12 janvier 1903.

Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse chronique.

M. J. Boas communique l'observation d'une jeune fille de vingt-huit ans qu'il reçut dans son service, en 1900, pour une colite ulcéreuse datant de cinq années; les selles, contenant du sang, du pus et des cristaux de Charcot-Leyden, mais sans amibes ni bacilles tuberculeux, se reproduisaient 4 ou 5 fois par jour, et l'état physique de la patiente était fort compromis. Le traitement diététique et médicamenteux étant resté sans résultat, et le poids du corps diminuant toujours, M. Steiner pratiqua, le 21 avril de l'année suivante, une colostomie temporaire avec anus cæcal, ce qui permit de faire de grands lavages du côlon au moyen de solutions iodées. L'amélioration fut rapide, mais sept mois plus tard le liquide de lavage entraînait encore des traces de sang et de pus et quelques cristaux de Charcot-Leyden, si bien que ce n'est qu'en mars 1902 qu'on put oblitérer définitivement l'anus artificiel. La guérison se maintient.

L'orateur a fait opérer un cas analogue par M. Körte; le malade a retiré aussi un certain bénéfice de cette intervention, sans que toutefois la guérison complète ait été obtenue.

M. Körte déclare que, chez le sujet dont vient de parler M. Boas, l'amélioration est incontestable, mais que, chaque fois qu'on essaie d'oblitérer temporairement la fistule, le sang et le pus reparaissent dans les matières; aussi ne croit-il pas à l'action curative de l'opération dans les faits de ce genre.

M. Steiner attribue une haute importance aux grands lavages du côlon, après établissement d'un anus artificiel; ils doivent être pratiqués avec 5 ou 6 litres de liquide portés à la température du corps; l'orateur a d'abord employé pour ces irrigations l'eau phéniquée à 2.5 ‰, mais il préfère actuellement les solutions iodées faibles. En ce qui concerne l'occlusion définitive de la fistule, on ne doit l'effectuer que si une oblitération temporaire, prolongée durant trois semaines, n'a déterminé aucun symptôme d'inflammation du côté du côlon.

M. Ewald partage l'opinion peu optimiste de M. Körte; dans un cas qu'il a observé, on dut établir l'anus artificiel d'abord sur le côlon descendant, puis sur le côlon ascendant, et cela sans succès. Depuis six ans que ces interventions ont été pratiquées, le patient passe toujours par des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

M. Körte fait observer qu'il ne nie pas cependant que l'opération puisse être utile; c'est ainsi que le malade chez lequel il est intervenu a été débarrassé de ses douleurs et de sa fièvre et a repris du poids.

M. Boas rappelle qu'on a publié plusieurs cas de guérison définitive; il faut, à ce point de vue, distinguer soigneusement la colite ulcéreuse chronique d'avec la colite amibienne, celle-ci cédant d'ordinaire en peu de temps au traitement par l'ipéca.

M. Kraus confirme cette bénignité de la colite amibienne, qui peut être traitée avec succès par le calomel.

Les indications opératoires dans la cholélithiase et la cholécystite.

M. Körte fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé les bons effets de l'intervention chirurgicale dans la cholélithiase et la cholécystite — sans toutefois que la guérison soit sûrement définitive, car il faut compter avec la possibilité de récidives, vraies ou fausses (calcul passé inaperçu lors de l'opération, production d'adhérences) —, il pose les indications des interventions de ce genre.

Dans la cholélithiase ordinaire, c'est-à-dire à évolution chronique et sans manifestations inflammatoires graves, l'orateur n'opère que si les patients réclament l'intervention, ou si les douleurs sont très vives. Par contre, il est tout un groupe de faits où l'opération s'impose, parce que l'affection, par sa persistance et sa continuité, condamne les malades à une inaction presque complète et peut même mettre leurs jours en danger : il s'agit des cas où les crises sont subintrantes, où les patients accusent continuellement des douleurs sourdes, où la vésicule est sensible et résistante.

En ce qui concerne les suppurations vésiculaires, il faut savoir que la vésicule peut contenir du pus sans que la fièvre apparaisse; on peut ici distinguer l'empyème chronique, où l'opération est indiquée, et la cholécystite purulente aiguë, qui nécessite quelquefois une intervention d'urgence, quoiqu'il vaille mieux la laisser refroidir.

En terminant, M. Körte insiste sur la nécessité d'individualiser les indications, et de ne pas les généraliser.

Tuberculose miliaire consécutive à l'avortement.

M. Westenhöffer communique l'observation d'une jeune femme qui, depuis un avortement datant de quatre semaines, avait une fièvre élevée (de 39° à 40°); on crut à de la septicémie; la malade succomba quatre jours après son admission. L'autopsie démontra l'existence d'une tuberculose miliaire des séreuses et de tous les viscères, atteignant particulièrement l'endomètre, surtout les parois veineuses qui étaient farcies de tubercules caséifiés; le point de départ de cette affection paraissait être un vieux foyer caséeux de la trompe gauche; il existait aussi un petit foyer semblable au sommet du poumon du même côté.

L'orateur fait observer que, quand une femme a une température élevée persistant assez longtemps après un avortement, comme c'était ici le cas, on doit penser à de la pyémie et non à de la septicémie, distinction importante au point de vue du traitement, la première de ces complications étant seule justiciable d'une intervention chirurgicale.

M. A. Fränkel demande si le placenta et le fœtus étaient le siège de manifestations tuberculeuses.

M. Westenhöffer déclare qu'il n'a pas vu le fœtus et qu'il ne restait pas de débris placentaires dans l'utérus; d'ailleurs, il est d'avis que la granulie a dû se développer seulement après l'avortement.

M. Steinthal fait observer que c'est là un point important, car dans le cas où la tuberculose miliaire aurait évolué dès la grossesse, il est permis de se demander s'il n'aurait pas été légitime d'interrompre celle-ci.

Diabète et pancréatite aiguë.

M. Guthmann relate le cas d'une femme très émaciée qui succomba dans le coma diabétique, et chez laquelle l'autopsie révéla, outre une néphrite diabétique typique, une pancréatite aiguë, sans hémorrhagie, abcès ou nécrose du pancréas. L'orateur croit que cette affection était indépendante du diabète, car elle était de date récente, tandis que la glycosurie, d'après l'anamnèse, remontait à un an, ce dont témoignaient d'ailleurs l'amaigrissement extrême et les lésions des reins.

M. Ewald fait observer que cette indépendance des deux affections est d'autant plus admissible qu'il existe dans la littérature nombre de cas de pancréatite aiguë ayant évolué sans diabète.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 17 janvier 1903.

Tumeur maligne de la tête du pancréas.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Lotheissen** a présenté une femme chez laquelle il a pratiqué une gastro-entérostomie pour une tumeur du pancréas. Cette malade commença, il y a quelques mois, à maigrir et à ressentir des douleurs au niveau de la région épigastrique, douleurs qui s'accompagnèrent bientôt d'ictère et de vomissements après les repas. Le suc gastrique contenait de l'acide lactique libre sans traces d'acide chlorhydrique. On sentait, en outre, une résistance au niveau de la région stomacale. Une laparotomie ayant été pratiquée, on trouva, au niveau de la tête du pancréas, une tumeur qui comprimait le duodénum et le canal cholédoque, mais l'extrême faiblesse de la malade en empêcha l'ablation; on se borna à évacuer la vésicule biliaire par une ponction et à établir une gastro-entérostomie rétrocolique postérieure. L'ictère et les vomissements disparurent; par contre, il survint une nécrose graisseuse au voisinage de la plaie.

Il est probable que la tumeur du pancréas est de nature cancéreuse, car elle a encore augmenté de volume depuis l'intervention et détermine toujours de vives douleurs.

Pénétration des fils de suture dans la vessie au cours de la cure radicale de hernie par la méthode de Bassini.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. G. Kapsammer** a montré deux malades, qui, quelque temps après avoir été opérés de hernie par le procédé de Bassini, ont été pris de douleurs vésicales, accompagnées d'hématurie et de ténesme. En pratiquant la cystoscopie, on reconnut que ces accidents étaient dus à ce que la vessie avait été comprise dans les sutures : aussi suffit-il pour les faire disparaître d'enlever tous les fils sous le contrôle du cystoscope.

M. A. Nossal relate l'observation d'un homme qui, deux années après avoir subi l'opération de Bassini, fut atteint d'un calcul vésical adhérent à la muqueuse : calcul et adhérence étaient dus à la présence d'un fil de suture qui avait traversé la vessie. Le malade raconta, du reste, que, peu de temps après l'opération, il avait éprouvé des douleurs au niveau de la vessie, accompagnées d'hématuries.

Adipose douloureuse.

Dans la séance du 15 janvier de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. Arth. Weiss** a présenté un malade qui est porteur de nombreuses tumeurs adipeuses très douloureuses, dont le volume — lequel n'est d'ailleurs pas constant — varie de celui d'un pois à celui d'une noisette; elles siègent dans le tissu sous-cutané et ont la consistance de lipomes; elles sont survenues, il y a un an, à la suite d'une pyrexie. L'examen histologique d'un fragment d'une de ces tumeurs a montré qu'il s'agissait bien de lipomes, pourvus d'une abondante vascularisation.

M. H. Schlesinger dit que la vascularisation de ces tumeurs rend compte des variations de volume qu'il leur arrive de subir.

L'orateur déclare avoir vu devenir douloureuses, après un accouchement, des tumeurs lipomateuses qui étaient restées indolores pendant six ans; le voisinage d'un gros tronc nerveux, comme le sciatique, permet parfois de comprendre pourquoi les tumeurs de ce genre sont douloureuses.

De l'acétonurie.

M. Offer a exposé le résultat de quelques expériences qu'il a faites sur lui-même pour élucider la question de savoir dans quelles conditions, et aux dépens de quelles substances, se forme l'acétone dans l'économie. La conclusion qui se dégage de ces recherches, c'est que l'acétone apparaît dans l'urine toutes les fois que la nutrition est défectueuse. En effet, sous l'influence d'un régime exclusivement composé de graisses et d'albuminoïdes, mais fournissant un nombre suffisant de calories, il survint une acétonurie progressivement croissante qui diminua, au contraire, dès qu'on eût substitué à une partie des graisses une quantité équivalente d'hydrates de carbone.

M. Neusser déclare avoir constaté de l'acétonurie chez deux rabiques, bien que ce phénomène ne s'observe pas chez les animaux enragés.

M. H. Löbl a noté la présence d'acétone dans l'urine chez des malades atteints de tétanie ou d'états morbides analogues à la tétanie; dans ces cas, l'acétone était ultérieurement remplacée par de l'albumine.

M. A. Burger estime que les actions nerveuses jouent un rôle dans la production de l'acétonurie; c'est ainsi que chez les lapins on voit apparaître celle-ci après l'extirpation du plexus cœliaque. D'autre part, chez les femmes enceintes dont le fœtus a succombé, on trouve toujours de l'acétone dans l'urine; au contraire, l'acétonurie fait défaut lorsque le fœtus est vivant.

M. Wilh. Schlesinger a constaté la présence de l'acétone dans l'urine de malades dont le poids augmentait; l'acétonurie ne peut donc pas être attribué exclusivement à une mauvaise nutrition.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Des résultats définitifs de l'opération des hémorrhoïdes d'après la méthode de von Langenbeck, par M. L. TALKE.

L'ablation des hémorrhoïdes à l'aide du thermocautère, préconisée par von Langenbeck, a été détrônée par le procédé d'excision et de suture immédiate imaginé par M. Whithead et modifié depuis lors par plusieurs chirurgiens. Ce dernier mode de traitement présente des avantages incontestables, mais il ne saurait être employé que dans les cas non compliqués d'inflammation; pour les hémorrhoïdes enflammées, par contre, l'ablation au thermocautère reste encore, à l'heure qu'il est, la méthode de choix. Il n'est donc pas sans intérêt de connaître les résultats définitifs qu'a donnés ce procédé dans une assez grande série d'opérations.

L'auteur de ce travail a fait des recherches concernant les cas d'hémorrhoïdes opérés d'après le procédé de von Langenbeck à la clinique chirurgicale de Königsberg, de 1895 à 1901. Ces cas sont au nombre de 83, sur lesquels on compte 73 guérisons complètes (88 %), 7 améliorations notables et 3 insuccès. L'excision sanglante donnerait, d'après une statistique établie par M. Reinbach à la clinique de M. von Mikulicz, un taux de guérison sensiblement supérieur (98.5 %). Mais il convient de faire remarquer que la statistique de M. Reinbach porte exclusivement sur des cas simples, tandis que la statistique de M. Talke comprend aussi des cas compliqués, peu favorables en ce qui concerne le succès final.

Il résulte de ces faits que le procédé de cautérisation possède une valeur incontestable : l'auteur estime que, pouvant être appliqué à tous les cas, il ne mérite pas le discrédit dans lequel il est tombé au cours de ces dernières années. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIII, 1.) — F. DE Q.

De l'inflammation du diverticule de Meckel, par M. DENECKE.

Le nombre des cas d'inflammation du diverticule de Meckel publiés jusqu'à présent n'est que de 8; l'auteur en fait connaître une neuvième observation, recueillie dans le service de M. Sprengel, à Brunswick. Il s'agit d'un petit garçon de sept ans, chez lequel la maladie débuta par les symptômes d'une péritonite localisée principalement entre la fosse iliaque et l'ombilic. A l'opération, qui fut pratiquée le troisième jour, on constata que l'appendice était normal, et que l'inflammation était partie du diverticule de Meckel, lequel présentait le volume d'un œuf de poule et était perforé à sa base. On pratiqua l'ablation du diverticule et la suture de l'intestin, puis on tamponna la région atteinte de péritonite. Le petit malade succomba cependant vingt heures plus tard. L'examen des pièces anatomiques démontra que le diverticule offrait la forme d'une ampoule reliée à la cavité de l'intestin par un canal relativement étroit.

Le pus trouvé lors de l'opération renfermait comme seul et unique microorganisme un champignon présentant les caractères du parasite du muguet, et ce même champignon fut isolé de la paroi du diverticule, au niveau de la perforation. Des recherches plus complètes permirent de constater qu'il s'agissait bien du parasite du muguet dans sa forme typique. Cette observation démontrerait que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, ce microorganisme serait susceptible de produire de la suppuration. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 5-6.) — F. DE Q.

De la dégénérescence kystique des sinus de Herrmann, et de la genèse des fistules anales, par M. E. TAVEL.

L'auteur relate une observation de fistule anale, concernant une femme de vingt-huit ans. Cette fistule siégeait au niveau de la circonférence postérieure du rebord anal et aboutissait dans une cavité d'abcès au fond de laquelle on sentait le sacrum dénudé. On crut avoir affaire à une fistule de nature tuberculeuse et l'on pratiqua l'extirpation du coccyx pour découvrir le foyer osseux supposé. Bien que l'abcès, une fois mis à jour, n'eût pas les caractères d'une collection tuberculeuse, on enleva une partie de

la face antérieure du sacrum et on tamponna la plaie. La fistule reparut cependant au bout de quelques mois, et la malade fut soumise à une nouvelle intervention, au cours de laquelle on reconnut la présence de nombreux petits kystes, situés entre les fibres du sphincter interne de l'anus et tapissés d'une membrane présentant l'aspect d'une muqueuse. L'examen bactériologique démontra qu'il ne s'agissait pas de tuberculose, et, à l'examen histologique, M. Tavel constata que les kystes étaient tapissés par une muqueuse à épithélium stratifié, dont la couche superficielle offrait les caractères de cellules cylindriques étroites.

Les recherches anatomiques faites par l'auteur à l'occasion de ce fait lui permirent de s'assurer que la structure des kystes opérés par lui était identique à celle des sinus de la région anale, décrits par M. Herrmann. Ces sinus, représentant pour ainsi dire des diverticules de la muqueuse, seraient susceptibles de traverser même le sphincter interne, pour aboutir, avec leurs ramifications, dans le tissu conjonctif situé en dehors de ce sphincter.

M. Tavel est d'avis que l'existence de ces sinus, peu connus jusqu'ici des chirurgiens, expliquerait aisément les particularités cliniques et anatomiques d'un certain nombre de fistules anales que l'on attribue volontiers à la tuberculose, sans pouvoir fournir de preuves concluantes à l'appui de cette opinion. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXII, 5-6.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Glycosurie et lévulosurie alimentaires dans les maladies du foie, par M. L. FERRANNINI.

La valeur de l'épreuve de la glycosurie alimentaire, en sémiologie hépatique, est encore fort contestée, et les cliniciens allemands, en particulier, la nient presque entièrement. Parmi les causes des divergences de vues qui se sont élevées à cet égard, on a cité, comme une des plus importantes, l'emploi des divers sucres : glycose, lévulose, saccharose, qui sont différemment utilisés par l'organisme; il est notamment des cas où la lévulosurie alimentaire est très nette, la glycosurie faisant, au contraire, défaut.

Pour fixer ce point, M. Ferrannini a institué des recherches sur 16 sujets atteints d'affections hépatiques variées (cirrhoses, syphilis ou tumeurs du foie, hépatomégalie paludéenne, etc.), auxquels il faisait prendre, à quelques jours d'intervalle, d'abord 50 grammes de glycose, puis 50 grammes de lévulose dissous dans un demi-litre d'eau, cette solution devant être absorbée dans l'espace de deux heures. On faisait ensuite la recherche du sucre dans l'urine recueillie selon les règles habituelles.

Ce n'est que dans un cas, concernant un ictère par stase chez un syphilitique, que tout diabète alimentaire fit défaut, tant pour le glycose que pour le lévulose. Chez les 15 autres malades, on obtint de la lévulosurie, accompagnée 10 fois seulement de glycosurie; 3 des 5 patients qui offraient de la lévulosurie sans glycosurie étaient atteints d'hépato-splénomégalie paludéenne, les 2 autres étant des syphilitiques avec ictère par stase.

Dans nombre de cas (7 fois sur 10 pour la glycosurie, 4 fois sur 15 pour la lévulosurie), la présence de sucre dans les urines n'était pas décelable par les moyens ordinaires : elle fut seulement dépistée grâce à la méthode de Reale, qui consiste à soumettre aux réactions les plus sensibles (Trommer, Böttger, Nylander) le précipité — dissous dans une solution contenant 25 % de soude caustique et 20 % de tartrate sodico-potassique — obtenu par l'addition d'ammoniaque à l'urine préalablement déféquée avec soin sur de l'acétate neutre de plomb. (*Riforma med.*, 6 septembre 1902.) — F. F.

Présence de la lipase dans quelques liquides pathologiques, par M. A. ZERI.

Les récentes discussions qu'a suscitées la question de la lipase du sang (ferment dédoublant les graisses) dont la réalité, admise par M. Hanriot, a été niée par M. Arthus ainsi que par MM. Doyon et Morel, donnent un intérêt particulier aux recherches de M. Zeri.

Celui-ci a pu s'assurer que si, à 5 c.c. d'un liquide pathologique offrant les caractères d'un *exsudat*, on ajoute 10 c.c. d'une solution à 1 % de monobutyrine, ou éther monoglycérique de l'acide butyrique, puis qu'on neutralise parfaitement ce mélange et qu'on le place pendant trente minutes à l'étuve à 40°, on observe qu'au bout de ce temps le milieu est devenu notablement acide : il faut environ 2 c.c. de la solution de carbonate de soude à 2.12 ‰ pour le ramener à sa neutralité primitive. L'adjonction d'un peu de toluol, qui met à l'abri de tout phénomène de putréfaction, n'empêche pas la réaction de se produire; au contraire, le mélange demeure neutre si le liquide pathologique a été préalablement chauffé à 90°.

Il faut donc admettre qu'il s'agit d'une action fermentative, aboutissant à la décomposition de la graisse neutre (monobutyrine) en glycérine et acide butyrique, celui-ci manifestant sa présence par l'acidification du milieu.

Outre leur intérêt théorique, ces recherches auraient aussi une valeur pratique : l'auteur est amené à penser, en effet, que l'activité lipolytique est d'autant plus considérable que le liquide envisagé a davantage les caractères d'un exsudat; les *transsudats* au contraire ne renfermeraient point de lipase, ou à peu près point, et cette particularité pourrait dans certains cas servir à leur diagnostic différentiel.

Ajoutons que M. Zeri a vu le dédoublement de la monobutyrine se produire avec des liquides retirés du péritoine, de la plèvre ou de la vaginale; on ne saurait donc plus considérer, comme l'ont fait quelques auteurs, la présence du ferment lipolytique comme caractérisant uniquement le contenu des kystes pancréatiques. (*Policlinico*, 14 juin 1902.) — F. F.

Hémorrhagies dues à l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka et simulant des hémoptysies, par M. F. GATTESCHI.

La nécessité de ne pas conclure à l'hémoptysie avant d'avoir fait un examen minutieux de la cavité rhino-pharyngienne, en cas d'hémorrhagie buccale accompagnée de toux, résulte bien des 3 observations relatées par M. Gatteschi.

Dans la première, il s'agit d'une jeune fille d'une vingtaine d'années, de bonne constitution et sans antécédents morbides personnels ni héréditaires, qui avait depuis plus de deux mois des sortes d'hémoptysies se reproduisant plusieurs fois par jour, au milieu de quintes de toux, mais sans expectoration catarrhale. L'examen des organes respiratoires étant demeuré négatif, et la cause de ces hémorrhagies inquiétantes restant obscure, la malade fut présentée à l'auteur qui reconnut sur la paroi postérieure du pharynx des granulations et un état variqueux des vaisseaux; l'amygdale de Luschka était le siège de véritables végétations adénoïdes, dont l'attouchement déterminait la reproduction de l'hémorrhagie. On décida donc l'ablation de ces masses néoplasiques; la petite intervention entraîna une effusion de sang assez considérable, mais qu'il fut facile d'arrêter. Les suites opératoires furent tout à fait normales, et la guérison se maintient depuis quatorze mois.

Les deux autres cas, en tout comparables au précédent, concernent de jeunes hommes, respectivement âgés de dix-huit et de vingt-neuf ans, chez lesquels l'apparition d'hémorrhagies buccales — avec toux et expectoration catarrhale pour l'un d'eux — faisait craindre un début de tuberculose pulmonaire : chez l'un et l'autre, l'extirpation de l'amygdale de Luschka hypertrophiée suffit à amener une guérison définitive. (*Ann. di laringol., otol., rinol. e faringol.*, octobre 1902.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Injection d'air dans le tissu cellulaire présacré comme moyen de traitement de l'incontinence nocturne d'urine.

M. le docteur Bérard, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Lyon, a eu l'occasion d'observer une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'incontinence nocturne d'urine et chez laquelle un traitement bromuré méthodique, ainsi que la section du méat urinaire (semé de quelques petits polypes) et l'antisepsie soigneuse de la vulve, du vagin et de l'urèthre restèrent sans le moindre effet sur l'infirmité en question. Notre confrère eut alors recours aux injections épidurales de sérum artificiel, préconisées en pareil cas par MM. les docteurs Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et F. Cathelin (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 239 et 360). Ces injections ne firent que suspendre l'incontinence pendant quelques jours. En présence de cet insuccès, M. Bérard essaya, suivant les indications de M. le docteur Jaboulay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, d'agir sur les plexus sacré et hypogastrique, en dehors de la colonne vertébrale, en déterminant un véritable décollement du tissu cellulaire du bassin par une injection d'air stérilisé.

M. Bérard pratiqua l'injection sur le raphé recto-coccygien, en avant du sacrum, un doigt dans le rectum servant de guide pour éviter la pénétration de l'aiguille dans l'ampoule rectale. Notre confrère introduisit ainsi environ 150 c.c. d'air dans l'espace péri-rectal. La patiente accusa d'abord de la distension locale, puis des coliques. L'air ayant remonté au-devant du rachis, jusque dans les creux sus-claviculaires, la malade éprouva quelques troubles cardio-pulmonaires, mais au bout d'un quart d'heure tout malaise avait disparu. Depuis cette intervention, qui remonte actuellement à plus d'un mois, la patiente n'urine plus au lit.

Se basant sur ce fait, M. Bérard estime que les injections d'air atmosphérique, préconisées récemment par M. le docteur Cordier, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon, contre les névralgies et les névrites (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 116 et 423), seraient aussi susceptibles de rendre de bons services dans les cas d'incontinence nocturne d'urine, rebelles aux moyens thérapeutiques usuels, voire même aux injections épidurales. Toutefois, comme la méthode imaginée par M. Cordier n'est pas exempte d'inconvénients en raison de la diffusion trop lointaine de l'air injecté, M. Bérard se demande si l'on ne pourrait pas, pour obtenir le décollement du rectum et la distension des fibres nerveuses du plexus sacré, substituer à l'air le sérum artificiel, qui exercerait une action mieux localisée et plus durable.

Traitement de l'ulcère de jambe par des injections sous-cutanées de calomel.

Les bons effets que M. le docteur A. I. Pospélov, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Moscou, a obtenus dans le traitement de l'éléphantiasis par des injections sous-cutanées de calomel, ont engagé un autre confrère russe, M. le docteur G. I. Mechtchersky, à essayer le même moyen chez une femme de soixante et un ans, admise à la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Moscou pour un ulcère variqueux datant de sept ans, accompagné de pseudo-éléphantiasis et ayant résisté à tous les remèdes employés habituellement en pareille occurrence.

M. Mechtchersky fit, tous les huit jours, une injection hypodermique de 0 gr. 05 centigr. de protochlorure de mercure. En fait de traitement local, il se borna à appliquer sur l'ulcère des compresses imbibées d'une solution d'acide borique à 3 %, tout en ayant soin d'envelopper le membre malade d'un bandage compressif s'étendant de la racine des orteils jusqu'au genou. Cinq jours après la première injection de calomel, la surface de l'ulcère — qui était auparavant recouverte d'un enduit membraneux gris sale et très adhérent — se trouvait complètement détergée; on vit bientôt apparaître des granulations qui ne tardèrent pas à se couvrir d'épithélium et la cicatrisation progressa rapidement en allant du centre de la plaie vers sa périphérie. Au bout d'un mois il ne restait plus la moindre trace d'ulcère, et la cicatrice semblait assez ferme et solide pour qu'on pût procéder au massage de la jambe, destiné à assouplir les téguments sclérosés.

Ce fait mérite d'autant plus d'être retenu qu'il s'agissait ici d'un ulcère très invétéré et resté rebelle à la thérapeutique usuelle. On sait, d'ailleurs, que les injections de calomel influent d'une façon très favorable sur le développement des granulations épithéliales; c'est ainsi que M. Mechtchersky a été à même de constater que, dans les cas de lupus traités par le curettage, la cicatrisation se fait beaucoup plus rapidement lorsque les patients reçoivent en même temps des injections de protochlorure d'hydrargyre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathogénie péritonitique de la « colique hépatique » et des crises douloureures épigastriques.

Quand on cherche à superposer au tableau classique de la colique hépatique les faits observés en clinique, on est frappé de la discordance et de la variabilité qui existent entre ceux-ci et celui-là. Dans un cas, c'est le siège de la douleur spontanée ou provoquée qui ne répond pas au schéma classique; aussi voit-on Charcot, pour caractériser une forme douloureuse par trop différente, décrire la colique hépatique à forme gastralgique. Chez un autre malade, tout le tableau des symptômes est au complet : un seul y manque et ce n'est pas un des moindres, l'ictère; alors on explique son absence par la prétendue « colique cystique », toute hypothétique, ou par la petitesse du calcul. Dans un troisième fait, c'est la fièvre qui acquiert une intensité suffisante pour que, à côté de l'accès bilio-septique des infections angiocholitiques profondes, Charcot ait admis une « fièvre hépatalgique ».

Les grandes variantes de la colique hépatique ont donc été reconnues et classées; reste à savoir si l'interprétation qu'en donnent les auteurs est exacte. Mais il est tellement rare de rencontrer le tableau classique de l'affection que le diagnostic de forme fruste de colique hépatique est plus souvent formulé au lit du malade que celui de colique hépatique franche; on peut dire que la règle est ici l'exception.

Reprenons un à un ces trois éléments de la maladie : douleur, ictère et phénomènes généraux, et nous verrons que, à tout moment, ils ne se présentent pas conformément à la règle établie, et aussi que les explications données de ces contradictions ne peuvent tenir devant une analyse minutieuse des faits.

I

La *douleur* de la colique hépatique, outre son extension bien connue à l'épigastre (forme gastralgique), peut offrir une anomalie telle dans son siège, une irradiation si accusée vers la fosse iliaque droite, que le diagnostic hésite avec celui de colique appendiculaire. Les cas de ce genre sont nombreux où, s'il n'y a pas d'ictère, le diagnostic reste en suspens, à moins qu'on ne se rabatte sur la « forme haute » de l'appendicite. Nous signalions déjà ces faits en 1899 (1). S'il y a de l'ictère léger ou foncé, la balance penchera pour la colique hépatique, malgré l'irradiation douloureuse anormale. En d'autres termes, c'est souvent tout son flanc droit, hypocondre et fosse iliaque compris, que le patient enveloppe de sa main pour montrer le siège de sa douleur. Si on peut le palper, si la douleur n'est pas trop vive ni la contraction de défense trop énergique, on constate que ces « ictériques douloureux » ont une sensibilité aussi vive dans la région appendiculaire que dans la région vésiculaire. On en voit même indiquer comme siège principal de leur douleur la fosse iliaque droite, dont la palpation réveille une douleur à la région vésiculaire ou à l'épigastre; au moment où l'on déprime la fosse iliaque droite, le malade déclare que cela « retentit » ou cela « lui tire » à la partie supérieure de l'hypocondre ou de l'épigastre. Bref, dans ces cas à douleur anormale, nous devrions dire non classique, sans l'ictère le diagnostic ne se trancherait pas entre colique hépatique et colique appendiculaire; aussi, pour un même sujet examiné par plusieurs médecins, les diagnostics de colique hépatique et d'appendicite sont-ils portés tour à tour, suivant que pendant la crise douloureuse anormale observée le malade a été ou n'a pas été ictérique. Voire même que, si la douleur a prédominé en arrière, vers la région lombaire droite, on a pu penser à une colique néphrétique. Le chirurgien, lui, de par son éducation, et certains médecins, de par la tendance qu'ils ont à charger l'appendice de tous les méfaits du péritoine, entre le point de départ vésiculaire et le point de départ appendiculaire n'hésiteront pas; ils accuseront l'appendice, quelle que soit l'irradiation de la douleur, pour peu qu'il n'y ait pas d'ictère, mais que peu ou prou le point de McBurney soit douloureux.

Tout clinicien a vu des cas pareils dans sa pratique; il les a résolus ou les a vu résoudre tantôt dans le sens colique hépatique, tantôt dans le sens appendicite, selon son éducation personnelle et suivant le milieu où il observe. M. Adenot (1) a fait une bonne étude de cette cholécystite à forme d'appendicite. M. A. Dreyfuss (2) s'est occupé récemment des mêmes faits dans sa thèse inaugurale. Mais nous ne pensons pas, comme eux, que, pour que l'erreur soit commise, une anomalie ou de forme ou de position de la vésicule soit nécessaire.

D'autres fois, l'irradiation de la douleur est moins lointaine, plus sous-hépatique ou plus épigastrique; toute la région sous-costale droite et l'épigastre deviennent brusquement douloureux, tendus, d'une sensibilité qui fait fuir tout contact; l'ictère apparaît; on ne s'inquiète même pas de l'anomalie de cette douleur, qui ose ne pas être classique, et le médecin, soulagé par l'apparition de la jaunisse, diagnostiquera : colique hépatique. Or, nous aurons à le signaler, l'ictère peut manquer, parfois à toutes les poussées douloureuses, le plus souvent à quelques-unes, et alors se succèdent, à propos du même malade, les diagnostics de colique hépatique, de forme fruste de cette colique, de gastralgie, de cholécystite, d'ulcère gastrique, de gastrite alcoolique, de gastropathie d'origine appendiculaire, etc., selon les tendances de chacun et la prééminence que l'on croira devoir attribuer à tel ou tel symptôme.

En somme, la douleur, dans ses formes, dans ses irradiations, est tellement variable dans le syndrome « colique hépatique » que l'on peut dire que c'est souvent l'ictère qui conditionne par sa présence ou son absence le diagnostic porté.

Aussi peut-on glaner, dans les écrits des cliniciens qui se sont le plus occupés de la question, des appréciations comme la suivante qui est de M. Dufourt (3) : « L'ictère est le phénomène capital de la colique hépatique au point de vue du diagnostic; son apparition est quelquefois un véritable *soulagement* pour l'esprit du médecin qui vient d'assister à un accès douloureux abdominal dont le siège est souvent mal précisé par suite, soit de l'intensité de la douleur, soit de sa diffusion. »

Les points douloureux classiques dans la colique hépatique sont peut-être ceux que l'on observe le moins souvent; le plus constant, disent les auteurs, est le point vésiculaire, les autres ne sont que comme des irradiations.

D'aucuns, et M. Chauffard en particulier, sont obligés « de reconnaître qu'il n'y a pas toujours rapport direct entre l'intensité, la durée d'une crise hépatique et le volume des calculs expulsés. Ceux-ci, surtout quand il s'agit d'une première attaque, peuvent être de médiocres dimensions; *on a même pu constater que le passage d'une certaine quantité de sable ou de boue biliaire suffisait à provoquer le syndrome le plus aigu* ». Cela veut dire, à notre sens, qu'en médecine, lorsqu'on a adopté une théorie pathogénique — la migration du calcul et le spasme douloureux des voies biliaires, pour le cas particulier — on sait se contenter de peu, de sable ou de boue, plutôt que de soulever des questions nouvelles; on force la théorie à s'adapter à tous les faits. Retenons donc ce second point, ce second aveu : la douleur n'est pas proportionnée au volume du calcul.

Mais, peu à peu, les classiques doivent au moins accorder de nouvelles exceptions au schéma. Sous l'impression des constatations chirurgicales de M. Riedel et de M. Kehr, M. Chauffard déclare qu' « il est certain du reste que les crises douloureuses, dont souffrent les cholélithiasiques, peuvent relever de processus très différents... Chez les vieux lithiasiques interviennent des *lésions secondaires capables elles aussi de provoquer des processus douloureux*... », mais encore, du moins pour lui, dans les cas récents à début soudain, à période intercalaire franchement indolente, c'est bien la migration calculeuse qui semble en cause.

Nous enregistrerons encore cette sage concession que l'auteur qui a peut-être le plus étudié les maladies du foie fait touchant la pathogénie de la douleur : celle-ci ne relève pas toujours et exclusivement de la migration du calcul.

En outre, il nous paraît difficile de comparer la douleur pongitive, réveillée par la pression et offrant des irradiations en des points multiples, à celle que donnent les contractions spasmodiques connues des muscles lisses. Ceux-ci ont des contractions rythmiques lentes suivies de décontractions lentes; les canaux biliaires musclés jouissent, on le sait, de propriétés identiques. La colique intestinale, la tranchée utérine n'ont rien de comparable, par leur retour périodique, leur courte durée, avec la douleur et les points douloureux classiques de la prétendue colique hépatique.

Un des arguments fréquemment invoqués en faveur de la pathogénie de la douleur par la migration du calcul, est celui de l'heure d'apparition de la colique hépatique. On dit qu'elle éclate en général peu après le repas, sans doute parce qu'à ce moment la vésicule se contracte pour déverser dans l'intestin la bile qu'elle tient en réserve; le calcul s'engage alors dans le cystique, puis dans le cholédoque. D'abord, en est-il toujours ainsi pour l'heure d'apparition? Et, même dans l'affirmative, une autre explication serait tout aussi plausible : nous démontrerons par la suite que l'élément douloureux de la colique est fonction de péritonite; et le péristaltisme gastro-duodénal, qui commence vers la fin du repas, tiraillant les adhérences, faisant brusquement cesser le repos du tube digestif à la région sous-hépatique, constituera cette explication.

L'*ictère* est, de tous les éléments symptomatiques de la colique hépatique, le plus inconstant, ainsi que le démontrent et la statistique de M. Dufourt et celle de M. Wolff. Pour expliquer son absence, ou bien on dit que la concrétion n'a pas franchi le canal cystique, ou bien on invoque les faibles dimensions du calcul : celui-ci, trop petit pour obstruer le cholédoque, a du moins provoqué une *colique cystique* en franchissant ce canal, plus étroit. Les deux interprétations, que le calcul trop petit arrive ou n'arrive pas dans le cholédoque, reviennent à admettre une hypothèse jamais démontrée, à savoir que la migration à travers totalité ou partie du cystique est douloureuse. Or, aujourd'hui que les faits d'hydropisie de la vésicule sont connus dans leur intimité grâce aux interventions chirurgicales, ils viennent infirmer d'une façon péremptoire les deux explications à la fois, en montrant qu'un calcul s'engage dans le cystique et l'obstrue sans donner lieu au syndrome colique hépatique sans ictère, pourvu qu'il n'y ait que peu ou pas d'infection de la cavité du cholécyste. En effet, dans ces cas, les chirurgiens trouvent souvent un calcul engagé dans le cystique, la bile restant aseptique ou

(1) R. Tripier et J. Paviot. Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire. (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1899.)

(1) Adenot. La cholécystite à forme d'appendicite. (*Lyon méd.*, 17 et 24 fév. 1901.)

(2) A. Dreyfuss: Contribution à l'étude du diagnostic differentiel de l'appendicite et de la cholécystite. (*Thèse de Lyon*, 1902.)

(3) E. Dufourt. De l'ictère dans la colique hépatique. (*Lyon méd.*, 11 et 18 avril 1897.)

toutefois très peu infectée; la sécrétion de mucus s'accumule, distend le réservoir, donne une sensation douloureuse de distension, mais jamais rien d'analogue à la douleur de la colique; généralement, dans ce même cas, l'hypocondre est peu douloureux et la palpation ne provoque aucune sensation pénible. Or, on sait qu'il en est tout autrement quand il y a cholécystite suppurée avec ou sans rétention; les deux affections, hydropisie et empyème de la vésicule, peuvent avoir de commun la distension, mais elles diffèrent par l'absence dans l'une, et la présence dans l'autre, de la péritonite et de la douleur, son satellite constant. Quoi qu'il en soit, on est obligé de reconnaître que nombreux sont les cas d'engagement et d'arrêt, sans infection suffisamment accusée, d'un calcul dans le canal cystique, ne déterminant que l'hydropisie de la vésicule, sans qu'il y ait eu un instant syndrome douloureux analogue à celui de la colique hépatique. Nous trouvons immédiatement trois cas d'hydropisie de la vésicule sans colique hépatique antérieure, signalés par M. Segond (1), et appartenant respectivement à Taylor, à Terrillon et à Rendu; nous-mêmes en avons observé, et nous savons que cette absence de douleur comparable à une « colique » est la règle dans toute l'évolution de l'hydropisie de la vésicule.

Étant donnés ces faits, la pathogénie « colique cystique », pour expliquer l'absence d'ictère dans certaines coliques hépatiques, ne peut donc plus être invoquée. Si le petit calcul n'est pas douloureux pour le cystique, il le sera *a fortiori* encore moins pour un canal plus large comme le cholédoque. Les faibles dimensions du calcul ne peuvent donc pas non plus suffire à rendre compte de l'absence d'ictère, concomitamment avec ce que l'on regarde comme le spasme douloureux des canaux dans la colique hépatique. Il faut chercher autre chose pour expliquer non seulement la douleur dans la colique hépatique, mais encore la variabilité de son symptôme capital, l'ictère.

Bien plus, il semblerait que lorsqu'il y a de l'ictère, il ne devrait plus y avoir de doute pour l'explication de la colique; or, le syndrome douloureux « colique hépatique » a manqué souvent avec de l'ictère chronique dû à un calcul enclavé, trouvé au cours des interventions chirurgicales. Nous pourrions citer les cas relatés en 1896 à la Société de chirurgie de Paris, notamment par M. Michaux et par M. Quénu (2); il est spécifié dans ces observations que les malades n'avaient jamais eu de coliques hépatiques.

Mais si migration de calcul signifiait forcément colique hépatique, les médecins, en présence d'un ictère chronique, seraient capables de porter à coup sûr le diagnostic de lithiase du cholédoque; or, une telle équation est si souvent en défaut que la colique, de l'avis des médecins et surtout des chirurgiens, ne permet pas de trancher entre les diverses causes connues, cancer de la tête du pancréas, calcul enclavé, capables de déterminer une rétention biliaire chronique. C'est l'avis de tous les chirurgiens qui, après M. Quénu, à la Société de chirurgie de Paris, en 1895, discutent le diagnostic de la lithiase cholédocienne (3).

Pour les *phénomènes généraux* qui accompagnent la colique hépatique : fièvre, nausées et vomissements, lipothymies et syncope, voire même mort (Brouardel), on sait que les uns

(1) SEGOND. Article « Hydropisie de la vésicule », *in* Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VI, p. 1085. 2e éd. Paris, 1898.

(2) MICHAUX. Lithiase de la vésicule biliaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 6 mai 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 194.)
QUÉNU. De la cholédochotomie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 24 juin 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 258.)

(3) QUÉNU. Exploration du canal cholédoque par la laparotomie exploratrice; de la cholédochotomie sans suture. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 24 avril 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 183.) — Pour la discussion, voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 215 et 233.

sont imputés à l'infection, les autres à des actions réflexes, celles-ci mises en jeu par le traumatisme qu'exerce le calcul sur la muqueuse des voies biliaires.

Or, un des arguments les plus importants en faveur de la pathogénie de la colique par migration du calcul est incontestablement l'absence fréquente de fièvre. Et d'abord, cette absence est-elle bien réelle? Nous voyons M. Fürbringer (1) insister, dans son rapport au dixième Congrès allemand de médecine interne, sur un léger état fébrile presque constant, et M. Dufourt écrire : « Il est parfaitement exact, en effet, que dans la crise de lithiase biliaire on trouve une température atteignant 38°5 ou 39° beaucoup plus souvent que ne l'indiquent les classiques. »

Mais nous allons plus loin encore, et nous accordons que la fièvre peut manquer; reste à savoir la véritable signification de cette absence. Les classiques disent : cheminement douloureux d'un calcul à travers les voies biliaires extra-hépatiques, sans infection. Pour nous, on peut certainement voir des cas où il y a peu ou pas de fièvre, et, parmi ces derniers, on observe soit les cas les plus légers, soit les cas les plus graves, ceux-ci avec facies tiré, lipothymie, intolérance gastrique, grande sensibilité du creux épigastrique et de l'hypocondre droit; cela signifie péritonite avec température basse : on peut même en voir avec hypothermie.

Il n'est pas jusqu'au pouls faible, quelquefois ralenti, de ces malades, leur facies gris et tiré, leurs vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et quelquefois porracés, qui ne viennent montrer de toute évidence, si l'on n'était aveuglé par les pathogénies classiques — les réflexes, les spasmes et autres —, que l'on est en face de péritonitiques avec ou sans ictère.

II

Si nous avons ainsi fait une revision critique, trop rapide à notre avis, des divers éléments symptomatiques de la colique hépatique, c'est pour essayer de communiquer le doute que nous ont inspiré les interprétations jusqu'ici classiques que l'on en a données. On a voulu ramener la douleur à un type schématique qu'on ne rencontre presque jamais; on a fourni des explications hypothétiques et sûrement inexactes de l'absence si fréquente de l'ictère; enfin, la pathogénie des phénomènes généraux concomitants est sûrement erronée. Ne peut-on pas trouver une explication plus rationnelle embrassant tous les cas?

Les observations que nous avons recueillies nous permettent de déduire une loi que l'on pourrait formuler de la façon suivante : *les affections des viscères abdominaux ne donnent lieu à des crises douloureuses que lorsque le péritoine qui les entoure est intéressé par un processus inflammatoire aigu ou subaigu, et la douleur est d'autant plus vive que l'exsudat liquide est moins abondant.* Il en est du reste de même de toutes les séreuses, plèvres, péricarde, etc. Nous avons prouvé l'application de cette loi à la pathogénie de la colique appendiculaire; nous voulons en faire autant aujourd'hui pour la colique hépatique.

Nous démontrerons tout d'abord que *certaines douleurs manifestement dues à des poussées de péritonite, lorsqu'elles ont lieu au voisinage du foie, peuvent simuler des crises hépatiques.* L'un de nous observa pour la première fois ce fait chez un mineur considéré d'abord comme atteint d'« anémie des mineurs »; cet homme avait présenté des crises excessivement douloureuses, douleurs qui, par leur extension et leur siège, avaient à plusieurs reprises fait songer à quelque processus hépatique; or, à l'autopsie, c'était très manifestement la péritonite qui avait déterminé autour de l'estomac cancéreux des adhérences avec les divers organes du voisinage. Une autre fois, c'était chez un malade de la ville, pour lequel le diagnostic n'avait pu être établi d'une manière précise; après l'avoir examiné à plusieurs reprises dans l'espace de deux ans, il semblait qu'on eût affaire tantôt à une lésion organique de l'estomac, tantôt à des coliques hépatiques sans ictère, car à certains moments, lorsque les souffrances avaient disparu, le patient se trouvait très bien, mangeant suffisamment et digérant d'une façon satisfaisante, passant ses hivers dans le Midi et revenant à Lyon dans la belle saison. Cependant cet homme avait fini par se cachectiser et par avoir des hématémèses rendant le diagnostic plus probable; il finit par succomber, et l'examen de la cavité abdominale qui put être fait permit de constater un cancer en nappe occupant la plus grande partie de l'estomac, à l'exclusion du grand cul-de-sac, laissant le pylore tout à fait libre, ce qui expliquait parfaitement le passage facile des aliments; mais l'estomac était diminué de volume, ses parois étaient épaissies par l'envahissement cancéreux de toutes ses tuniques et il existait de la péritonite cancéreuse avec adhérences nombreuses de l'estomac soit aux autres parties du tube digestif, soit au foie et aux divers organes voisins, soit à la paroi abdominale. Et il n'y avait pas le moindre calcul dans la vésicule, ni dans les voies biliaires; de telle sorte que les souffrances survenues fréquemment sous forme de crises très douloureuses avec vomissements se rapportaient très manifestement aux poussées de péritonite, comme chez le premier sujet.

Donc, des phénomènes péritonitiques aussi grossiers que ceux du cancer peuvent constituer à eux seuls des crises analogues aux coliques hépatiques.

La périgastrite de voisinage liée à un ulcère prépylorique peut aussi développer le même tableau symptomatique douloureux. C'est ce qui arriva chez une malade traitée par l'un de nous. Agée de trente-quatre ans, elle était *soignée depuis deux ou trois ans pour des coliques hépatiques sans ictère;* chaque été, elle se rendait régulièrement à Vichy, d'où elle revenait à peu près dans le même état, ou dans un état pire, comme cette dernière année; en effet, on dut, en présence d'une très grande intolérance gastrique, d'un estomac dilaté et animé d'ondulations péristaltiques, se décider à une intervention. Une laparotomie pratiquée par M. le professeur Jaboulay permit de constater la présence d'un ancien ulcère voisin du pylore, en même temps qu'une péritonite chronique ayant occasionné des adhérences du pylore et du duodénum avec la face inférieure du foie et la vésicule biliaire, sans aucune trace de calcul dans les voies biliaires.

Dans ce fait encore, c'est bien manifestement l'ulcère qui doit être incriminé comme lésion primitive capable d'avoir donné lieu aux phénomènes de péritonite sous-hépatique qui ont simulé les coliques hépatiques.

Les exemples analogues pourraient être multipliés, si nous voulions en emprunter notamment aux comptes rendus de la Société de chirurgie. Ils nous ont confirmé de plus en plus dans le doute que nous avions touchant la pathogénie classique de la colique hépatique : migration du calcul et contraction spasmodique des conduits biliaires.

III

Les présomptions que ces faits cliniques avaient éveillées dans notre esprit depuis longtemps, aussi bien que l'origine péritonitique de la colique appendiculaire, pour nous démontrée, nous ont engagés à porter nos investigations particulièrement sur l'état du péritoine dans toutes les autopsies de notre service d'anatomie pathologique.

Quel ne fut pas notre étonnement de ren-

(1) FÜRBRINGER. De la lithiase biliaire. (*Semaine Médicale*, 1891, p. 138.)

contrer fréquemment, très fréquemment, dans plus des trois quarts des cas, des signes manifestes de péritonite sous-hépatique adhésive guérie chez les sujets autopsiés pris en bloc! On voit, en effet, tantôt des brides filamenteuses, tantôt des adhérences lamelleuses et souples allant de la face inférieure du foie ou — le plus souvent — de la vésicule, s'insérer sur divers organes sous-jacents. L'insertion inférieure est variable : une des plus communément constatées est l'insertion sur la première portion du duodénum et la partie moyenne du côlon transverse concomitamment. Chez nombre de sujets aussi, on voit l'éventail d'adhérences rayonnant de la vésicule jeter des lames sur le duodénum, le côlon transverse et la partie supérieure du côlon ascendant au-dessous de l'angle droit des côlons. Par suite, dans ce dernier cas, se trouve réalisée une disposition dont nous avons de nombreux exemples, celle d'un côlon contourné en S. Les brides peuvent s'étendre encore plus bas, jusqu'à l'appendice, que l'on voit alors ou bien adhérer au cæcum en se recourbant, ou bien même être attiré en haut jusqu'au niveau de la face inférieure du foie. D'autres fois nous avons noté que l'étape intermédiaire, celle du côlon ascendant, faisait défaut, et néanmoins l'appendice était perdu au milieu d'adhérences courtes, en toiles lamelleuses, qui le rattachaient soit à la paroi, soit à la fin de l'iléon, et en haut nous rencontrions, autour d'une vésicule à parois légèrement épaissies, quelques lamelles l'unissant au duodénum ou au côlon transverse.

Dans la majorité de ces faits, la vésicule offrait des signes d'inflammation ancienne; il fallait que les adhérences qui s'inséraient en haut sur elle fussent bien grêles, longues et rares pour que nous la trouvions complètement saine; et encore, dans le cas que nous visons, l'inflammation vésiculaire pouvait être très légère et très lointaine. Nous remarquions très souvent, en effet, soit une petite vésicule ratatinée à parois épaisses, blanc grisâtre, soit une vésicule offrant le calibre normal, mais moins souple, épaissie, n'ayant plus sa couleur ardoisée, et offrant une teinte blanchâtre. Quelquefois l'épaississement et la blancheur se limitaient à une faible surface de la paroi vésiculaire, et c'était de ce point que partait une adhérence. Quand la vésicule était petite et ratatinée, le plus ordinairement il y avait des calculs. Parfois on en rencontrait aussi avec une vésicule peu altérée; mais le plus souvent ils faisaient défaut, comme s'il y avait eu cholécystite sans calcul. En somme, au point de vue des calculs, aucune règle ne nous a paru pouvoir être dégagée.

C'est bien la vésicule biliaire qui semble constituer le plus généralement le foyer infectieux, origine de ces péritonites adhésives anciennes. En effet, nous avons observé aussi des cholécystites avec péricholécystites plus subaiguës, qui n'avaient pas été soupçonnées; elles nous ont fait saisir la phase qui, selon nous, précède celle des adhérences souples, anciennes, complètement au repos, que nous décrivions ci-dessus. Dans ces cas, on trouvait, accolées à la face inférieure d'une vésicule manifestement enflammée, la première portion du duodénum et l'anse transverse du gros intestin, confinant au bord du foie. De prime abord on ne voyait pas la vésicule, des adhérences recouvrant son fond; on finissait par la mettre en vue : elle était petite, à parois grisâtres et mollasses; une fois, avec de petits abcès pariétaux, elle contenait de la boue biliaire, des calculs friables dans un liquide louche. C'est la cholécystite avec la péritonite adhésive récente, de voisinage, bien connue, quelquefois opérée, soit quand il y a de l'ictère, soit quand le paquet d'adhérences fait croire à une grosse vésicule dilatée par le pus, et que les poussées se répètent. Ces mêmes dispositions peuvent du reste se présenter à l'état d'adhérences anciennes.

La vésicule n'est pas d'une façon exclusive l'origine de ces adhérences de la face inférieure du foie; il est peut-être des circonstances, très rares, où l'on pourrait rattacher à d'autres lésions de la cavité abdominale ces brides filamenteuses ou lamelleuses. C'est plutôt lorsque ces dernières partent de la face inférieure du foie, en dehors de la vésicule, et vont, comme les précédentes, ordinairement sur le côlon transverse ou le duodénum, exceptionnellement sur l'estomac, d'où elles n'irradient que s'il existe des lésions primitives de cet organe, ce qui est relativement rare. Il peut aussi y avoir des adhérences entre d'autres organes de la cavité ou avec la paroi. En pareille occurrence, il semble bien que la vésicule soit hors de cause, car, malgré le voisinage de lames adhésives anciennes, on reconnaît à ses parois leur teinte ardoisée verdâtre et leur souplesse, et son volume est normal.

Une disposition que nous avons souvent constatée, lorsque la vésicule est indemne, c'est que cette vésicule est comprise comme entre deux rideaux lamelleux, antéro-postérieurs, descendant de chaque côté d'elle, l'un sur le côlon transverse, l'autre sur le duodénum. On peut alors rapporter ces adhérences à une péritonite légère, partielle, ayant eu pour origine une lésion d'un autre organe. Sur l'estomac, par exemple, on retrouvera une cicatrice étoilée d'ulcération. Lorsque, du côté des annexes, on voit le péritoine pelvien et diverses parties du péritoine viscéral ou pariétal, parsemés de larges plaques blanc laiteux ou nacrées, traces manifestes d'ancienne péritonite, il nous a semblé que l'on devait être circonspect sur l'origine de ces lésions. Il faut bien examiner s'il n'y a pas, dans la partie supérieure de l'abdomen, des signes de lésion ancienne du côté d'un viscère, estomac et surtout vésicule biliaire; car alors nous n'hésiterions pas à incriminer ces derniers, tellement il nous paraît évident que, dans la cavité péritonéale, les infections et les exsudats inflammatoires ont une tendance manifeste à descendre, à se propager, de préférence, de haut en bas. Il arrive même que cette inflammation propagée au petit bassin occasionne l'oblitération du pavillon des trompes avec les conséquences qu'elle comporte.

Les constatations nécropsiques que nous relatons ici ont confirmé définitivement, pour nous du moins, l'idée que nous émettions au cours de notre mémoire sur la pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire. Nous y disions, en substance, que, lorsqu'on ne trouve pas une des causes générales de l'affection, « on devra toujours rechercher si l'appendicite n'est pas secondaire, c'est-à-dire par propagation de péritonite ». Nous citions à l'appui deux observations d'appendicite sans cause apparente, mais où l'on trouvait dans les antécédents des coliques hépatiques, et entre autres l'histoire d'un homme de trente-sept ans qui avait eu trois crises appendiculaires et quatre coliques hépatiques. Aujourd'hui nous n'hésitons plus et sommes persuadés que *la crise appendiculaire est souvent la propagation vers l'appendice des lésions péritonéales parties de la vésicule biliaire*, quelquefois parties d'un autre viscère, mais beaucoup plus rarement.

Nous pensons même que l'on doit déposséder l'appendice au profit de la vésicule, en raison de la fréquence des crises douloureuses qualifiées de coliques hépatiques ou d'une autre manière, et des lésions si fréquentes de cet organe, constatées aux autopsies. C'est-à-dire qu'au lieu de considérer comme secondaires à l'appendicite les autres lésions inflammatoires rencontrées en même temps dans l'abdomen, et même propagées au delà, nous pensons qu'on doit souvent les rapporter à la vésicule. En effet, nous voyons MM. Gilbert et Lereboullet (1) signaler la possibilité de complications pleurales au cours des infections biliaires bénignes ou graves, ictère catarrhal, crises de coliques hépatiques et angiocholite subaiguë. Nous-mêmes avons une très intéressante observation, suivie d'autopsie, de cholécystite avec péricholécystite adhésive soudant le duodénum et le côlon transverse à la vésicule, dans laquelle nous avons vu les feuillets du péricarde et de la plèvre gauche agglutinés par un exsudat récent, cause probable de la mort. Or, quand le péritoine ne s'inocule pas ailleurs que dans le voisinage de la vésicule, c'est bien à elle qu'on rapporte tous les méfaits constatés, si éloignés soient-ils; mais que les lésions péritonéales, par leur tendance naturelle, se propagent au voisinage de l'appendice, elles feront alors apparaître le syndrome « crise appendiculaire »; on verra, sous l'influence des travaux de M. Dieulafoy, l'appendicite prendre une place prépondérante, on décrira une pleurésie appendiculaire, à laquelle, d'ailleurs, MM. Gilbert et Lereboullet comparent comme pathogénie leur pleurésie biliaire. Pour nous, la vérité est que l'on a toujours trop négligé, en clinique, les infections légères ou subaiguës de la vésicule. On ne sait pas les voir ni les reconnaître; on ne les diagnostique que lorsque le syndrome péritonitique, l'ictère, la douleur, l'empâtement local sont évidents. Il faut admettre qu'*il y a des cholécystites légères, à poussées, qui peuvent donner lieu à de la péritonite de voisinage et à des infections plus ou moins lointaines dans le reste du péritoine — et notamment au niveau de l'appendice et des organes contenus dans le petit bassin —, beaucoup plus rarement, par contiguïté, dans les plèvres et le péricarde.*

Il nous semble, toujours d'après les résultats de nos autopsies, que, touchant les rapports du péritoine sus-ombilical et des plèvres, la propagation des inflammations adhésives peut être inverse. C'est-à-dire que dans quelques cas, nous avons vu des adhérences anciennes de la plèvre droite avec symphyse diaphragmatique et adhérences plus ou moins lâches de la convexité hépatique à la coupole du diaphragme; la face inférieure du foie, son bord, n'étaient pas non plus indemnes; des brides ou des lames en descendaient, allant prendre leur insertion inférieure sur le côlon transverse, plus rarement sur le duodénum qui est situé trop profondément.

Pour en finir avec les résultats de nos autopsies, disons un mot du rôle que nous avons vu jouer par le grand épiploon dans ces péritonites sous-hépatiques. Dans quatre cas, nous avons constaté qu'il venait fixer un des points de son bord libre à la face inférieure du foie, au devant du côlon transverse, décrivant un pli tel qu'on pouvait y introduire la main comme dans une écharpe. Mais en somme il se conduit là comme dans toute inflammation atteignant le péritoine viscéral ou pariétal.

IV

Sans nous arrêter à une discussion détaillée que nous ne pourrions pousser à fond ici, nous devons signaler que, sans aucun doute, certains anatomistes ont décrit, comme anomalies du petit épiploon se prolongeant jusque sur le fond de la vésicule, des lames minces et transparentes, résidu des péritonites légères que nous venons d'étudier. Il en est de même de cette disposition, d'ailleurs très variable, avoue-t-on, d'un petit épiploon prolongé jusque sur le bord tranchant du foie et se jetant en bas depuis le duodénum jusqu'à l'origine du côlon transverse, quelquefois sur l'angle droit du côlon et allant rejoindre le bord droit du grand épiploon; c'est cette partie insérée au côlon et au grand épiploon que l'on a considérée comme un ligament, le cystico-colique, auquel on a fait jouer un grand rôle dans les ptoses viscérales.

Légers, ces résidus de péritonites péricystiques passent inaperçus ou sont mal interprétés,

(1) Gilbert et Lereboullet. De la pleurésie biliaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de biol.*, 16 nov. 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 384.)

Très marqués, on ne s'y est jamais arrêté aux autopsies et on n'a jamais cherché à établir le lien qui pouvait exister entre eux et le passé pathologique des sujets. Mais à des degrés divers ces vestiges de péritonite sont tellement réquents que l'on est étonné qu'ils n'aient pas attiré plus tôt l'attention, car alors il aurait fallu les expliquer et ensuite chercher à quoi ils répondent en clinique. Leur constatation, moyennant quelques précautions, est cependant facile aux autopsies. En premier lieu il ne faut pas retirer un à un les organes de la cavité thoraco-abdominale, mais procéder à une inspection minutieuse des viscères encore en place, sitôt l'incision de la paroi faite, avant de rien modifier dans les rapports par des tiraillements ou des coups de ciseaux. Par de légers écartements des divers organes, on met alors en vue non seulement les fixations plus ou moins serrées de l'un à l'autre, mais aussi les brides et lames plus grêles.

Ainsi donc, nous avons démontré qu'en clinique le schéma de la colique hépatique est sans cesse en défaut, et qu'aux autopsies les brides et adhérences de *péritonite sous-hépatique adhésive* sont d'une fréquence jusqu'ici méconnue.

La vésicule biliaire nous a paru le plus souvent en cause pour expliquer cette péritonite. Ce n'est qu'à cette dernière qu'on peut rapporter les coliques hépatiques avec ou sans ictère, en raison d'une loi plus générale qui veut que l'affection d'un organe abdominal ne donne lieu à une crise douloureuse que lorsque le péritoine qui l'entoure s'enflamme.

Nous avons prouvé antérieurement que la crise douloureuse appendiculaire est due à de la péritonite locale; nous ajoutons que la propagation de la péritonite sous hépatique est susceptible d'atteindre le cæcum et l'appendice ainsi que d'autres organes abdominaux, en donnant lieu à des coliques ou crises à localisations diverses.

RAYMOND TRIPIER, Professeur à la Faculte de médecine de Lyon.

J. PAVIOT, Agrégé à la Faculté de médecine, medecin des hôpitaux de Lyon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1903.

Des essences reconnues dangereuses dont la fabrication et la vente doivent être proscrites ou réglementées.

M. Laborde lit, en réponse à une demande du ministre de l'intérieur, un rapport dans lequel il passe en revue, en s'appuyant sur les données de la clinique et sur les résultats de l'expérimentation physiologique, les essences *naturelles* et *artificielles*, entrant dans la composition des liqueurs livrées à la consommation publique et dont — à cause de leur toxicité — la fabrication, la circulation et la vente doivent, aux termes de l'article 13 de la loi du 29 décembre 1900, être interdites (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. VI).

La liste des essences présentant un caractère particulièrement toxique et devant être prohibées d'une manière absolue est dressée ainsi qu'il suit : essences naturelles et artificielles de grande et de petite absinthe, de génépi, d'hysope, de badiane, d'angusture, de reine des prés, de wintergreen et de gaultheria, de noyaux et d'amandes amères, de rue.

Les essences ne possédant qu'une toxicité relative, dont l'abus peut être dangereux, devraient être l'objet d'une réglementation spéciale; la liste comprendrait les essences naturelles et artificielles de menthe, sauge, mélisse, thym, origan, fenouil, anis, coriandre, cumin, baies de genièvre, muscade, laurier, aloès, girofle, balsamite, calamus, colombo, arnica, santal, cardamome, macis. A cette liste il faudrait ajouter les déchets extractifs et alcaloïdiques des quinquinas (quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine, quinone et quinium).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1903.

Traitement de l'appendicite.

M. Quénu. — Je crois que dans cette discussion on ne s'est pas suffisamment préoccupé de la forme toxémique de l'appendicite, sur laquelle M. Dieulafoy a particulièrement attiré l'attention. Je puis vous citer un cas de ce genre, dont j'ai fait un examen anatomo-pathologique très complet, et où je n'ai constaté ni perforation ni gangrène de l'appendice. Il s'agit d'un enfant auprès duquel je fus appelé vingt-neuf heures après le début des accidents; le diagnostic d'appendicite ne paraissait pas douteux, mais il y avait une disproportion considérable entre l'état général, qui me paraissait très grave, et la réaction locale, qui était peu accentuée. L'opération fut décidée et pratiquée le soir même. Néanmoins, la situation resta grave, les urines devinrent albumineuses, bientôt apparurent des vomissements hémorrhagiques et l'enfant succomba avec tous les symptômes de la toxémie appendiculaire. Il existait dans l'appendice, qui ne présentait aucune trace de perforation, deux ou trois calculs stercoraux au niveau desquels la muqueuse était manifestement altérée. J'ai étudié ensuite l'appendice sur une centaine de coupes microscopiques en série, et j'ai pu y reconnaître des lésions aiguës manifestes avec une véritable ulcération de la muqueuse en un point et une thrombose des vaisseaux du péritoine appendiculaire; l'afflux leucocytaire était très faible, témoignant d'une diapédèse presque nulle, comme c'est le cas dans les affections très toxiques.

M. Tuffier. — Il faut agir avec la plus extrême prudence en opérant les cas semblables à celui que M. Quénu vient de relater, car la moindre malaxation de l'appendice peut suffire à déterminer la résorption des toxines susceptibles d'entraîner la mort.

M. Quénu. — C'est là une hypothèse gratuite; j'ai, en effet, lié immédiatement les vaisseaux et je n'ai pas malaxé l'appendice; la mort, à mon avis, est attribuable à la continuation des accidents toxiques, malgré l'opération.

M. Chauvel. — M. Morer (médecin militaire) nous a adressé une note tendant à démontrer que l'appendicite serait particulièrement fréquente dans l'armée. Cette affection ne figure que depuis deux ans dans la nomenclature militaire et le nombre des cas relevés actuellement est assez considérable, puisqu'il s'élève à 600 environ, avec une mortalité totale de 8 % et une mortalité opératoire de 11 %. Notre confrère attribue la fréquence de l'appendicite chez les soldats à leur alimentation; mais je crois que cette étiologie ne saurait être acceptée sans confirmation.

MM. Tillaux et **Delbet** déclarent être restés opportunistes en matière de traitement de l'appendicite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 janvier 1903.

Hémorrhagies et ulcérations de la peau et des muqueuses dans l'urémie.

M. Claude. — Dans les dernières semaines de l'évolution d'une néphrite chronique présentant les symptômes de l'urémie lente, nous avons vu apparaître, M. Dalché et moi, des hémorrhagies et des ulcérations de la peau, ainsi que des muqueuses buccale et linguale.

Dans la bouche, les hémorrhagies se firent d'abord à la face interne des joues, au niveau de petites taches purpuriques auxquelles succédèrent des ulcérations indolores, à bords nettement découpés.

Sur la langue, on voyait sourdre le sang à travers les élevures papillaires, entre lesquelles on découvrait de petites ulcérations fissuraires.

Des ulcérations hémorrhagiques apparurent également sur d'autres parties du corps, notamment au niveau de l'ombilic et de l'anus, ulcérations qui présentaient les mêmes caractères que les précédentes et étaient surtout remarquables par leurs bords polycycliques et fortement saillants.

L'examen histologique montra que le tissu qui constituait le fond des ulcérations était profondément nécrosé. Les artérioles, au voisinage de la zone sphacélée, n'étaient pas atteintes d'endo ou de péri-artérite; quelques capillaires étaient vides; d'autres contenaient de minces coagulums allongés. Il n'y avait pas de sang extravasé dans le tissu dermique ou sous-dermique.

Les hémorrhagies paraissent avoir été le résultat de la rupture des petits vaisseaux du derme; elles se firent jour au dehors par suite de la nécrose des tissus sus-jacents. Les ulcérations s'agrandirent, probablement sous l'influence de l'action irritante des poisons urémiques éliminés avec le sang qui suintait à leur surface, et des frottements qui s'exercent au niveau des plis des régions ombilicale et anale, comme dans la bouche au contact des dents. Quant à la rupture des petits vaisseaux, elle peut être attribuée à des coagulations vasculaires primitives non inflammatoires (thromboses agglutinatives). Nous croyons qu'on peut rapprocher ces lésions nécrotiques de l'urémie de certaines altérations cutanées du diabète, les diabétides génitales, par exemple.

Les angines banales dans la rougeole de l'adulte.

M. Simonin (médecin militaire). — La rougeole de l'adulte se complique parfois d'angines dites banales, que j'ai observées 45 fois sur 531 cas de rougeole, soit une proportion de 8.47 %.

Rares pendant les périodes prodromique et éruptive, ces angines se déclarent surtout après la chute de la température, qui survient à la fin de l'exanthème. Polymorphes d'aspect, elles se localisent plus volontiers aux amygdales et au tissu cellulaire environnant; elles se manifestent cliniquement par de la tuméfaction, du catarrhe cryptique ou pultacé, des pseudo-membranes, des phlegmons généralement circonscrits, etc.; l'angine rouge diffuse est plus rare. Presque toujours bénignes et de courte durée, les angines de la rougeole peuvent cependant se compliquer d'accidents inflammatoires du côté des séreuses articulaires, des synoviales tendineuses, de l'endocarde ou du myocarde.

Les agents microbiens qu'on rencontre le plus souvent au fond de la gorge, dans ces angines, sont le streptocoque, pur ou associé à diverses bactéries saprophytes, et le staphylocoque pyogène. La gravité éventuelle de ces manifestations angineuses impose l'obligation de désinfecter méticuleusement la gorge des sujets atteints de rougeole, comme on le fait pour celle des scarlatineux.

Scoliose atypique consécutive à une sciatique.

M. Phulpin présente, au nom de M. Landrieux et au sien, un homme atteint d'une scoliose très accentuée et croisée, consécutive à une sciatique. Au lieu de laisser reposer la plante du pied sur le sol dans toute son étendue, le malade tient presque toujours, quand il est debout, le talon soulevé de 4 à 5 centimètres, bien qu'il n'ait pas de point douloureux talonnier; cette élévation du talon dépend surtout de l'ascension du bassin et de la contraction des muscles du flanc. Cette attitude atypique paraît devoir être attribuée à la position que le malade, qui est matelassier, prend pendant son travail, lequel l'oblige à se tenir presque continuellement accroupi, une jambe fléchie, l'autre à demi étendue. Destinée d'abord à prévenir la douleur, cette déformation est passée ensuite à l'état d'habitude morbide.

Gomme hérédo-syphilitique traitée par des injections locales d'iodure de potassium à faible dose.

M. Rollin relate, au nom de M. Labadie-Lagrave et au sien, l'observation d'une femme de vingt-cinq ans, chez laquelle une gomme hérédo-syphilitique volumineuse, située au niveau du tiers inférieur de la jambe, a complètement disparu grâce à des injections sous-cutanées de petites doses d'iodure de potassium (0 gr. 05 ou 0 gr. 06 centigr. dissous dans 2 c.c. d'eau), faites à la périphérie de la tumeur, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Dufour fait remarquer qu'on pourrait peut-être substituer avec avantage à l'iodure de potassium, dans les faits de ce genre, la liqueur de Gram, comme étant moins douloureuse.

M. Danlos rappelle que, dans un cas de syphilis observé par M. Fournier, l'emploi des injections de peptone mercurique a donné lieu à la formation de nodosités qui sont devenues à leur tour des gommes. Peut-être le même accident pourrait-il se produire à la suite des injections d'iodure de potassium ?

M. Galliard communique, à propos du fait de cirrhose terminée par guérison que M. Apert a relaté dans la précédente séance, l'observation d'une malade également atteinte de cirrhose atrophique du foie ayant résisté à tous les traitements usuels, qui a été complètement guérie — cette guérison se maintient depuis deux ans — par l'ingestion quotidienne de 150 grammes de foie de porc.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 janvier 1903.

La proportion d'hémoglobine réduite dans le sang, à l'état normal et chez les cardiopathes.

M. Labbé. — Le sang des capillaires contient une certaine proportion d'hémoglobine réduite, qui, faible à l'état normal (0.5 à 1 %), augmente dans les états pathologiques où l'hématose se fait mal.

C'est ainsi que chez les sujets atteints d'une affection cardiaque compensée, elle n'est en moyenne que de 1 %, et s'élève après un effort à 1.5 ou 2 %, au lieu que chez les cardiaques mitraux ou aortiques en asystolie, elle varie de 2 à 3.5 %; quelquefois même, elle va jusqu'à 7 %. Chez ces sujets, la quantité d'hémoglobine totale (oxydée et réduite) est en général un peu inférieure à la normale (de 11 à 14 %). L'activité de réduction de l'hémoglobine est d'ordinaire voisine de la normale.

Dans les cas d'affection congénitale du cœur, avec cyanose, la proportion d'hémoglobine réduite atteint en moyenne de 3 à 4 %; après un effort, elle peut s'élever à 10 %. La proportion d'hémoglobine totale est supérieure à la normale (16 à 17 %), ce qui coïncide avec l'hyperglobulie qu'on constate en même temps chez ces malades.

Chez des patients atteints d'urémie dyspnéique, la proportion d'hémoglobine réduite n'est pas en rapport avec l'intensité de la dyspnée; dans 3 cas, elle était de 2 %. Ce résultat s'explique par cette circonstance que la dyspnée des urémiques est une dyspnée toxique, tandis que celle des cardiaques est plutôt d'origine mécanique.

Sur les lésions séniles, simulant les altérations rabiques, des ganglions nerveux du chien.

M. Vallée. — J'ai examiné les ganglions plexiformes de 30 vieux chiens et j'ai constaté chez la plupart d'entre eux un envahissement, par des leucocytes, de la capsule endothéliale qui normalement contient la cellule nerveuse.

Rien dans l'état antérieur des animaux ne pouvait expliquer l'existence de ces lésions, qu'il faut forcément rattacher à une phagocytose normale des éléments nerveux chez les animaux âgés.

Ces altérations séniles de neuronophagie simulent, à s'y méprendre, les lésions que l'on trouve dans les ganglions plexiformes des chiens enragés sacrifiés prématurément (Van Gehuchten, de Nelis). Conséquemment, si l'animal suspect de rage est déjà vieux, la seule constatation de lésions de ce genre n'autorise pas à conclure — en l'absence des autres signes rabiques — à l'existence de la rage chez cet animal.

Essai de sérothérapie anti-échinococcique.

M. F. Dévé. — Des recherches antérieures m'avaient démontré que le lapin présente une grande réceptivité à l'égard des ensemencements hydatiques. Dans une nouvelle série d'expériences, c'est d'une façon constante que j'ai, chez cet animal, obtenu des inoculations positives. Au contraire, les nombreuses inoculations de scolex que j'ai tentées chez le cobaye sont restées constamment négatives.

En m'appuyant sur cette donnée, j'ai recherché s'il serait possible, en augmentant la résistance naturelle du cobaye, de préparer un sérum qui, injecté au lapin, rendît cet animal réfractaire aux inoculations échinococciques. Après plusieurs expériences négatives, j'ai, en effet, pu conférer à un lapin, à la suite de deux injections préventives de sérum, une résistance remarquable à des inoculations échinococciques très abondantes.

M. Meunier communique les résultats de recherches tendant à prouver que pour faire le diagnostic chimique de l'hyperchlorhydrie il est nécessaire : 1° de mesurer la densité du suc gastrique (cette densité a été trouvée au-dessous de 1,020 chez tous les hyperchlorhydriques examinés) ; 2° de doser le glucose de ce même suc gastrique (chez les hyperchlorhydriques la quantité de cette substance serait toujours inférieure à 10 ‰).

M. H. Girard (médecin de la marine) envoie une note dans laquelle il déclare avoir observé la déformation hippocratique des doigts chez deux malades atteints l'un d'un abcès hépatique volumineux, l'autre d'un kyste hydatique du foie. Ni l'un ni l'autre ne présentaient de signes d'une lésion quelconque des organes thoraciques.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 19 janvier 1903.

La péritonite par perforation de la vésicule biliaire.

M. von Leyden relate l'observation d'une femme de quarante-huit ans, ayant eu trois ans auparavant une attaque de colique hépatique et présentant depuis quelques jours un ictère fébrile intense, chez laquelle apparurent du ballonnement du ventre et des vomissements, en même temps que la température baissait; on diagnostiqua une péritonite par perforation de la vésicule biliaire, et, la patiente ayant succombé, l'autopsie montra qu'en effet la vésicule, très rétractée, était largement perforée et contenait deux calculs.

La perforation vésiculaire et la péritonite qui en est la conséquence constituent un accident à début insidieux, difficile à reconnaître, et de pronostic très grave; l'orateur en avait observé antérieurement 3 cas, tous terminés par la mort, bien qu'un de ces malades eût été opéré.

M. Senator fait remarquer que l'absence de toute bulle gazeuse dans l'abdomen facilite le diagnostic de cette variété de péritonite; quand il s'agit au contraire d'une péritonite par perforation de l'estomac ou de l'intestin, on trouve dans la cavité péritonéale une bulle de gaz libre.

M. von Leyden reconnaît la justesse de l'observation de M. Senator; mais chez sa malade — et il en est de même dans tous les faits analogues — la difficulté était moins de reconnaître l'origine de la péritonite que de savoir s'il y avait réellement péritonite; on pouvait penser, en effet, à des troubles dus à des adhérences, mais on conclut en faveur de la péritonite parce que, malgré des selles copieuses, le ventre restait ballonné.

M Körte confirme la gravité de cette variété de péritonite; il en a vu 2 cas terminés par la mort, bien que l'opération eût été tentée dans les premières vingt-quatre heures. En ce qui concerne la valeur diagnostique de la bulle de gaz, il est assez sceptique, car, d'une part, c'est un signe qui manque souvent dans la perforation gastrique, et, d'autre part, il est bien difficile de reconnaître si le gaz est libre dans l'abdomen ou s'il est contenu dans les anses intestinales.

Les indications opératoires dans la cholélithiase et la cholécystite.

M. Rosenheim, à propos de la communication faite par M. Körte dans la précédente séance, déclare qu'à son avis, si l'obstruction chronique du canal cholédoque et l'empyème de la vésicule sont incontestablement justiciables d'une intervention chirurgicale, la chose est plus discutable pour ce qui est de la cholécystite purulente aiguë. En ce qui concerne les formes chroniques récidivantes, l'orateur s'élève contre la tendance actuelle, consacrée par les ouvrages classiques, qui consiste à faire opérer tout cas ayant résisté au traitement hydrominéral ; il est en effet un moyen d'ordre médical, qui donne souvent d'excellents résultats : c'est le repos absolu au lit, prolongé pendant trois ou quatre semaines, et dont l'action doit être complétée par un régime diététique sévère, visant les complications gastro-intestinales.

M. Fürbringer déclare être devenu plus interventionniste qu'il ne l'était autrefois, car il a pu se convaincre que l'opération peut donner des résultats très brillants; toutefois il ne néglige pas les moyens médicaux, surtout la cure d'huile qui lui a fourni 12 succès sur 50 cas. D'ailleurs, il ne faut pas se dissimuler qu'après l'intervention chirurgicale il peut survenir des récidives, et que d'autre part on observe souvent des douleurs très violentes, causées par des adhérences dues à de la péricystite chronique, douleurs assez vives pour rendre l'existence insupportable aux patients. Enfin, M. Körte n'a pas indiqué quelle est la mortalité post-opératoire, et cette mortalité est sans doute assez élevée.

M. J. Boas confirme les bons effets de la cure de repos; il rappelle que Möbius, pour lutter contre les adhérences, préconise, après l'intervention, les exercices de gymnastique respiratoire.

M. Körte fait observer que l'on ne peut pas indiquer une mortalité post-opératoire globale : dans les cas non compliqués, par exemple, il n'y a que des décès « accidentels » (mort sous le chloroforme, collapsus, etc.); au contraire, dans les cas d'adhérences, de suppuration de la vésicule, la mortalité peut être assez élevée, mais l'opération seule peut donner une guérison complète. Quant aux douleurs dont se plaignent nombre de patients, elles seraient surtout attribuables à un état névropathique. Enfin l'orateur insiste sur ce fait qu'on ne saurait poser d'indications générales, mais qu'il faut individualiser les cas.

Thrombose de la veine porte due à la compression exercée par un calcul biliaire.

M. Westenhöffer communique l'observation d'une femme de cinquante-cinq ans hospitalisée dans le service de M. von Leyden, et chez laquelle un ictère intense, attribuable à la présence d'un calcul biliaire, se termina brusquement par la mort. A l'autopsie, on constata une thrombose de la veine porte, surtout de la branche droite de ce vaisseau; cette complication avait été déterminée par la compression qu'exerçait un calcul contenu dans le canal hépatique, lequel, ainsi que le cystique, était bourré de concrétions; le cholédoque était lui aussi obstrué par un calcul. L'oblitération de la veine porte, qui avait dû se produire quelques heures seulement avant la mort, avait déterminé une hémorrhagie abondante dans tout le tractus gastro-intestinal.

M. Korte dit avoir observé également un cas de thrombose de la veine porte par compression, avec hémorrhagie, ainsi qu'un cas de thrombose de la veine mésaraïque ayant entraîné une hémorrhagie et de la gangrène intestinale.

Dr Villaret.

LETTRES D'AMÉRIQUE

New-York, le 11 janvier 1903.

La diphtérie à Boston et à Philadelphie.

Dès le début de mon voyage aux Etats-Unis d'Amérique, j'ai cru devoir ne pas perdre de vue certaines questions épidémiologiques sur lesquelles j'espérais pouvoir recueillir des faits intéressants. Dans la présente lettre, je me propose de signaler les renseignements que j'ai eu l'occasion de me procurer sur la diphtérie à Boston et à Philadelphie.

Depuis de longues années, la première de ces villes s'est signalée, de ce côté de l'Atlantique, par la fréquence et la gravité qu'y affecte la diphtérie. Toutefois, des analyses bactérioscopiques n'ayant été pratiquées d'une façon systématique qu'à partir de 1895, ce n'est que depuis cette époque qu'il fut possible d'obtenir des chiffres exprimant avec exactitude la morbidité et la mortalité par infections d'origine löfflérienne. Cette année-là — Boston avait alors une

population d'environ 550,000 âmes —, les statistiques accusent 8 cas de diphtérie pour 1,000 habitants. A Paris, la même année, on compta une proportion de 2 cas pour 1,000 habitants.

L'année 1895 marque, pour Boston, le début d'une amélioration sensible au point de vue des conditions sanitaires. C'est alors, en effet, que fut inauguré, à titre d'annexe du Boston City Hospital, un pavillon spécial pour infectieux, désigné sous le nom de *South Department* (1). Ce service se trouve sous la direction de M. le docteur John H. McCollom, qui a bien voulu me le faire visiter et me fournir une partie des renseignements formant la base de cet article.

On comprendra l'influence exercée sur les conditions sanitaires de Boston par la création de ce pavillon si l'on considère qu'avant l'ouverture de cette annexe 10 % des cas de diphtérie seulement étaient traités à l'hôpital, alors que depuis 1895 la proportion des diphtériques soumis à un traitement nosocomial s'est progressivement élevée à plus de 50 %. Or, il est évident que dans les quartiers populeux de Boston, où la diphtérie exerce le plus de ravages, chaque patient constitue un véritable foyer d'infection autour duquel la maladie se propage et rayonne, et par suite tout diphtérique transféré à l'hôpital supprime un de ces foyers avec les dangers qu'il comporte. La création du *South Department* est un des facteurs par lesquels M. McCollom explique qu'en 1899, par exemple, il n'y ait plus eu à Boston que 5 cas de diphtérie pour 1,000 habitants.

Un autre élément auquel M. McCollom attribue beaucoup d'importance dans cette réduction de la morbidité par diphtérie est constitué par l'introduction de la sérothérapie antidiphtérique. Il est juste d'ajouter, cependant, qu'à Boston l'année 1900 fut marquée par une recrudescence considérable de la diphtérie : une véritable épidémie, comme celle que l'on eut l'occasion d'observer alors, n'est-elle pas un indice, sinon une preuve, que l'influence de la sérothérapie sur la diminution de la morbidité diphtérique à Boston n'est pas aussi évidente qu'il pourrait paraître à première vue?

Le taux de la morbidité semble d'ailleurs plus ou moins indépendant de celui de la mortalité par diphtérie. Les courbes que M. McCollom a mises sous mes yeux montrent, depuis 1895, une diminution constante du nombre des décès par diphtérie à Boston. Cette décroissance porte même sur l'année 1900, qui fut marquée par l'épidémie que nous venons de signaler. La mortalité diphtérique, en effet, qui se chiffra par 18 décès pour 10,000 habitants en 1894, ne fut plus que de 5 décès pour 10,000, cinq ans plus tard. De pareils résultats sont bien faits pour impressionner. Aussi ne saurait-on s'étonner de trouver, auprès de l'homme qui eut l'occasion de les constater, un enthousiasme réel pour la méthode à laquelle il croit devoir les rapporter, et dont il s'est, à Boston, constitué l'apôtre convaincu.

D'ailleurs, M. McCollom insiste sur ce fait qu'en sérothérapie le sérum n'est pas tout : pour obtenir de ce moyen l'effet voulu, il importe encore de l'employer à la dose appropriée, et par dose appropriée il entend la dose nécessaire pour juguler la maladie. Elle dépend par conséquent de la sévérité de l'infection et varie d'un patient à l'autre; elle n'est atteinte que lorsque les phénomènes morbides cèdent à la médication. Généralement, M. McCollom injecte, pour commencer, une dose de sérum correspondant à 4,000 unités antitoxiques (2), dose qu'il répète au bout de six à huit heures, s'il y a lieu. Dans les cas graves, il rapproche et multiplie les injections de sérum, et il n'est pas rare qu'un même sujet reçoive de 40,000 à 48,000 unités en plusieurs séances rapprochées. J'ajoute, d'ailleurs, que telle n'est pas l'extrême limite à laquelle s'arrête M. McCollom; on m'a cité des patients ayant reçu un total de 80,000 unités.

La robuste foi de M. McCollom dans l'efficacité de la sérothérapie antidiphtérique est doublée par une pleine et entière confiance dans l'innocuité de cette méthode thérapeutique. Il reconnaît que l'urticaire, l'eczéma, des douleurs rhumatoïdes peuvent survenir dans un certain nombre de cas, à la suite d'injections antitoxiques, mais il ne croit pas qu'on doive considérer ces complications comme un obstacle à l'emploi de la sérothérapie quand la vie du malade est en jeu. Il se refuse à mettre sur le compte du sérum antitoxique les accès de fièvre que l'on voit quelquefois survenir après l'injection : pour lui, il s'agit là de phénomènes indiquant des complications surajoutées, pulmonaires par exemple, coïncidant avec l'injection, mais indépendantes d'elle. Quant à l'albuminurie, M. McCollom nie qu'il y ait relation de cause à effet entre le sérum et la néphrite. Ayant examiné spécialement à cet égard 173 cas de diphtérie, il en a trouvé 99 où l'albumine urinaire fit défaut tant avant qu'après l'injection de sérum; dans 33, la quantité d'albumine existant avant l'injection ne fut pas modifiée par celle-ci; l'emploi de la sérothérapie fut suivi d'une diminution de la quantité d'albumine dans 25 cas; enfin 16 fois l'albumine apparut ou augmenta après l'injection de sérum; mais, comme il s'agissait de cas graves, M. McCollom est fort disposé à conclure à une simple coïncidence, attribuable à l'augmentation de la toxine diphtérique.

L'habitude d'user de hautes doses d'antitoxine dans la diphtérie semble, d'ailleurs, se répandre de plus en plus dans les différents pays. Je ne parlerai pas ici de la France où les données classiques se trouvent consignées, entre autres, dans la thèse de M. Bayeux. Mais je citerai plus particulièrement l'Angleterre. J'ai gardé le souvenir d'une leçon clinique faite au *Middlesex Hospital* de Londres par M. le docteur William Pasteur, leçon à laquelle j'eus l'occasion d'assister lors de mon séjour à Londres l'année dernière. Partant de ce principe que le sérum antidiphtérique jouit d'une innocuité absolue, M. Pasteur pense qu'il n'y a aucune raison pour ne pas donner d'emblée l'antitoxine à hautes doses. Il arrive parfois, en effet, qu'un cas, se présentant primitivement avec tous les caractères d'une bénignité parfaite, s'aggrave ultérieurement d'une façon quelquefois rapide. Si, à un tel malade, on a injecté dès l'abord une forte dose d'antitoxine, l'excès de sérum agit préventivement en empêchant les phénomènes alarmants de se produire. Guidé par ces principes, M. Pasteur préconise comme dose normale — ou minima — de sérum, celle qui correspond à 6,000 unités antitoxiques.

Je dois à la vérité de dire que le concert des éloges sur les vertus du sérum antidiphtérique est loin d'être unanime. Sans sortir d'Europe, on trouverait sans peine, en Allemagne, un certain nombre de médecins qui sont jusqu'à l'heure actuelle restés sceptiques à l'égard de l'efficacité de la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie. J'avouerai cependant qu'en arrivant à Philadelphie, je ne m'attendais guère à y trouver des conditions contrastant si complètement avec celles qui m'avaient été signalées à Boston. Si, en effet, dans cette dernière ville, l'évolution des épidémies de diphtérie depuis l'avènement de la sérothérapie antidiphtérique semble justifier la foi enthousiaste de M. McCollom, dans la capitale de la Pensylvanie les conditions sont tout autres et de nature à laisser subsister bien des doutes.

Les sujets atteints de maladies infectieuses sont tous dirigés, à Philadelphie, sur un hôpital spécial de contagieux appelé *Municipal Hospital*, dont le médecin en chef est depuis de longues années M. le docteur William M. Welch (qu'il ne faut pas confondre avec son homonyme, le professeur d'anatomie pathologique de la Johns Hopkins Medical School de Baltimore, M. William H. Welch). Je m'empresse de dire que, comme M. McCollom, M. Welch emploie systématiquement de hautes doses d'antitoxine, et 6,000 unités constituent dans son service une dose initiale couramment employée. Malgré cela, la mortalité, qui était de 33 % il y a dix ans, est encore actuellement de 20 %. On voit qu'il y a loin de là aux brillants résultats enregistrés à Boston où, pendant le même laps de temps, on vit le taux de la mortalité tomber de 46 % à 13.4 %. M. Welch a remarqué, d'autre part, que, à Philadelphie, la gravité de la scarlatine a diminué également dans une certaine mesure au cours des dernières années. On peut donc se demander à bon droit s'il ne s'agit pas là d'une de ces atténuations des maladies infectieuses que l'on observe périodiquement et que, faute de pouvoir en donner la raison, on attribue à un « génie épidémique », ce qui n'est que la constatation d'un fait et non son explication.

Je n'insisterai pas ici sur les indications et les contre-indications de la trachéotomie ou du tubage tels qu'on les pratique au South Department du Boston City Hospital; d'ailleurs le tubage y est presque exclusivement employé. J'ajouterai cependant que, pour M. McCollom, le véritable traitement de la diphtérie n'est ni la trachéotomie ni le tubage, mais l'injection réitérée de sérum antitoxique.

Chez les enfants pour lesquels on a dû avoir recours au tubage, M. McCollom a pour pratique de recourir à l'alimentation artificielle. A côté de l'alimentation rectale, il se sert de la méthode dite de Casselberry, où l'enfant est placé sur le dos, la tête basse, de telle façon que le pharynx se trouve sur un plan inférieur à celui du larynx. Toutefois il donne la préférence à la sonde œsophagienne. Il se sert d'une sonde en caoutchouc vulcanisé, avec un œillet *terminal*. Conformément à l'habitude américaine, cette sonde est introduite par les cavités nasales, sans brusquerie ni à-coup. On fait précéder et suivre l'introduction des aliments par celle d'un quart de verre d'eau. La sonde doit être retirée doucement, mais rapidement, sous peine de provoquer des efforts de vomissements quelquefois dangereux, en raison de l'état précaire du nerf pneumogastrique. L'introduction de la sonde n'est pas douloureuse; même chez les enfants, elle est facile dès la deuxième ou la troisième séance. L'alimentation artificielle a pour avantage de prévenir l'inanition, ainsi que la pneumonie par aspiration. Dans certains cas de paralysie post-diphtérique du voile, M. McCollom y a également recours avec avantage.

Dr Francis Munch (de Paris).

(1) Il n'entre pas dans le cadre de ces articles de parler de constructions hospitalières. Je tiens à signaler cependant le fait que cette annexe du Boston City Hospital est considérée en Amérique comme un modèle du genre. Elle comprend un pavillon de diphtériques et un pavillon de scarlatineux autour desquels se groupent une série de pavillons destinés à l'administration, etc. L'idée fondamentale qui a présidé à la construction de cet hôpital est d'isoler chacun des pavillons de malades aussi complètement que possible. Aussi n'ai-je pas été peu étonné de constater, lors de la visite que je fis au South Department, qu'en réalité les pavillons communiquent tous par un système de galeries souterraines.

(2) M. McCollom considère comme lieu d'élection pour l'injection du sérum antitoxique le niveau de l'angle inférieur de l'omoplate dans le dos. Il reconnaît à cette région l'avantage d'une grande laxité des tissus avec absence de veines. En outre, ce point n'étant pas accessible à la main de l'enfant, l'infection du lieu de l'inoculation par suite de grattage est rendue à peu près impossible.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Traitement de l'ostéomalacie par le phosphore,
par M. W. His.

La médication phosporée, proposée par Trousseau contre le rachitisme, fut appliquée plus tard par Sternberg à l'ostéomalacie; bien que tous les auteurs ne soient pas d'accord pour reconnaître son efficacité dans cette dernière maladie, il n'en est pas moins certain qu'elle a permis de guérir nombre de cas d'ostéomalacie.

Cela étant, M. His a recherché de quelle manière le phosphore agit sur les échanges de la chaux et de l'acide phosphorique. Ses observations ont porté sur un jeune homme de dix-sept ans, atteint, depuis l'âge de deux ans, d'une affection des os, que l'auteur qualifie d'ostéomalacie infantile et qui présentait les caractères typiques de l'ostéomalacie. Le malade fut mis à un régime uniforme, composé de pain, de farine, de beurre, de lait, de cacao et de viande hachée, de sorte qu'il absorbait chaque jour une quantité constante de chaux et d'acide phosphorique. A une première période de onze jours sans traitement, succéda une période de neuf jours pendant laquelle le patient prit quotidiennement 0 gr. 001 milligr. de phosphore en solution huileuse, puis une troisième période d'une semaine sans administration de phosphore.

Durant la première période, le malade reçut avec ses aliments 8 gr. 66 centigr. de chaux, soit en moyenne 0 gr. 788 milligr. par jour; pendant le même laps de temps, il en élimina, par les urines et par les fèces, 9 gr. 48 centigr., soit 0 gr. 861 milligr. par jour; le déficit quotidien était donc de 0 gr. 074 milligr. Dans la

seconde période, il absorba 6 gr. 48 centigr. de chaux, soit 0 gr. 724 milligr. par jour, et il en rejeta 4 gr. 06 centigr. soit 0 gr. 45 centigr. par jour; son organisme, sous l'influence de la médication, retint donc 2 gr. 42 centigr. de chaux, soit 0 gr. 27 centigr. par jour. Enfin, durant les sept jours de la troisième période, il ingéra 6 gr. 08 centigr. de chaux, soit 0 gr. 87 centigr. par jour, et en élimina 7 gr. 03 centigr., soit 1 gr. 004 milligr. par jour; la perte de chaux atteignit donc 0 gr. 95 centigr., soit 0 gr. 136 milligr. quotidiennement (1).

En raison de la grande différence existant entre les chiffres relatifs aux périodes sans phosphore et ceux qui concernent les périodes de médication phosphorée, M. His conclut que le phosphore a pour effet de favoriser l'assimilation de la chaux.

L'absorption du phosphore lui paraît, par contre, ne pas avoir d'influence sur l'élimination de l'acide phosphorique. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — A. J.

Des corps étrangers de l'œsophage,
par M. DOBBERTIN.

L'auteur étudie tout d'abord le diagnostic des corps étrangers de l'œsophage. Pour être complet, ce diagnostic doit porter sur les trois points suivants : présence d'un corps étranger dans le conduit œsophagien, sa localisation exacte et, enfin, diagnostic des complications. Sans parler des commémoratifs qui peuvent, dans une certaine mesure, faciliter la solution du problème, le praticien dispose, à cet effet, de toute une série de moyens d'exploration. La simple palpation du cou peut parfois donner quelques renseignements utiles, mais elle est moins sûre que l'inspection et la palpation du pharynx et de la portion avoisinante de l'œsophage, deux procédés qui ne sauraient, toutefois, trouver leur application que dans les cas de corps étranger haut situé. Le cathétérisme, qui était encore récemment considéré comme le moyen le plus sûr à la fois et pour mettre en évidence un corps étranger de l'œsophage et pour préciser son siège, cède aujourd'hui le pas à l'emploi des rayons de Röntgen et à l'œsophagoscopie. C'est que l'exploration à l'aide de la sonde œsophagienne peut, en effet, complètement échouer lorsqu'il s'agit de corps étrangers de petites dimensions (arêtes de poissons, aiguilles, etc.) qui se cachent facilement dans les plis de la muqueuse du conduit ou encore finissent par s'encapsuler dans une sorte de diverticule créé par leur présence. Il n'est pas, d'ailleurs, jusqu'à la radiographie qui ne puisse quelquefois induire en erreur à l'égard de la déglutition d'un corps étranger; c'est ainsi qu'à la clinique du professeur König on a observé une jeune fille qui déclara avoir avalé une pièce de prothèse dentaire et ne tarda pas à se plaindre de douleurs au niveau de la région iléo-cæcale. A la radiographie, on obtint, en ce point, une ombre; au bout d'une quinzaine de jours, l'état de la patiente restant à peu près le même et le corps étranger n'ayant pas été expulsé, on procéda à la laparotomie, mais on ne trouva point de corps étranger, et, quelques jours plus tard, les parents de la malade apportèrent la pièce dentaire en question, qui était tout simplement tombée sous le lit.

En ce qui concerne le siège des corps étrangers, les 10 observations que M. Dobbertin a recueillies à la clinique de M. König confirment les constatations de M. von Hacker, d'après lesquelles les corps étrangers s'arrêteraient le plus souvent au niveau où l'œsophage pénètre dans la cavité thoracique. La plupart des auteurs sont, du reste, d'accord sur ce point. Par contre, les renseignements qu'on trouve dans la littérature médicale sur la durée du séjour des corps étrangers dans l'œsophage sont des plus variables : on a noté des cas où cette durée a été de deux ans, voire même de dix et de douze ans!

Les complications que peut provoquer la présence d'un corps étranger dans le conduit œsophagien sont, par ordre de gravité, des hémorrhagies intra-pariétales de l'organe, des ulcérations superficielles de la muqueuse, des eschares profondes, la perforation de l'œsophage et, enfin, le phlegmon péri-œsophagien, complication la plus fréquente et aussi la plus redoutable. Le diagnostic de l'inflammation du tissu cellulaire péri-œsophagien se base, d'une part, sur des phénomènes généraux — hyperthermie intense (qui peut, toutefois, faire défaut), pouls fréquent et misérable, etc. — et, d'autre part, sur des signes locaux, tels que tuméfaction et infiltration du cou, accompagnées ou non d'emphysème ou de fluctuation, fétidité de l'haleine, etc., etc. La plupart du temps, la cellulite péri-œsophagienne se manifeste peu après la perforation du conduit; elle peut cependant aussi se développer alors même que le corps étranger a déjà été expulsé par la bouche ou par le tube digestif. Enfin, comme complications plus rares, on doit mentionner la perforation des gros vaisseaux du cou et du thorax avec hémorrhagie mortelle, ainsi que des lésions du larynx, de la trachée ou de la plèvre, suivies de pyopneumothorax et de gangrène pulmonaire.

Au point de vue thérapeutique, l'idéal est l'extraction non sanglante du corps étranger par la voie buccale; l'expulsion spontanée au cours d'un accès de vomissement ou d'une crise de toux peut, du reste, s'observer au bout de plusieurs mois, voire même après deux ans (Evans). En présence d'un corps étranger dur et lisse siégeant dans le voisinage du cardia, on peut essayer de le pousser, à l'aide d'une sonde, dans l'estomac, en ayant soin d'éviter toute violence.

L'œsophagoscopie rend les plus grands services pour l'extraction non sanglante des corps étrangers. Toutefois, l'intervention chirurgicale est indiquée d'emblée en cas d'hémorrhagie intense ou de phlegmon péri-œsophagien, et lorsqu'on a affaire à un corps étranger volumineux et à bords tranchants. L'œsophagoscopie en vue de l'extraction est également contre-indiquée quand il s'agit d'un corps étranger séjournant depuis longtemps dans l'œsophage, ainsi que dans les cas où le corps étranger est enclavé dans la portion cervicale du conduit, l'œsophagotomie étant alors très facile à pratiquer.

Pour le choix de l'intervention sanglante, il y a naturellement lieu de tenir compte de la localisation du corps étranger : celui-ci est-il situé au-dessus de la bifurcation de la trachée, l'œsophagotomie est tout indiquée; par contre, pour les corps étrangers siégeant dans le tiers inférieur de l'œsophage, il est préférable de recourir à la gastrotomie. Quant à l'œsophagotomie intra-médiastinale (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 427) —, qui, jusqu'à présent, n'a été effectuée que trois fois —, l'auteur estime que, en raison de la difficulté de son manuel opératoire, cette intervention ne saurait, pour le moment, être considérée que comme un *ultimum refugium*. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Polypose intestinale et cancer, par M. J. NIEMACK.

Les trois observations relatées par M. Niemack constituent un exemple assez rare de polypose intestinale familiale.

La première concerne une fillette de douze ans qui, depuis trois années, offrait des troubles intestinaux divers et notamment du ténesme et du melæna. Quand l'auteur la vit, elle était absolument cachectisée; le ventre était ballonné, la fosse iliaque gauche empâtée, l'anus béant, et, par le toucher rectal ou la proctoscopie, on constatait l'existence dans le rectum de nombreuses tumeurs pédiculées, friables, grosses tout au plus comme des noix, et qui en obstruaient la cavité. Le rectum fut curetté; mais on s'aperçut alors que, dans les portions inaccessibles de l'intestin, existaient encore des tumeurs semblables. L'état de la jeune patiente continua à s'aggraver et elle succomba; durant les derniers temps de sa maladie, on sentait dans l'abdomen de petites nodosités qu'on prit pour des ganglions lymphatiques, mais qui étaient dues sans doute aux polypes remplissant le côlon et la dernière anse de l'iléon, car, à l'autopsie, les ganglions mésentériques ne parurent guère hypertrophiés. Les tumeurs polypeuses, examinées au microscope, avaient la structure d'adénomes papillaires.

Quelques mois plus tard, le père de cette malade vint consulter l'auteur pour des hémorrhagies intestinales. Mis en garde par le cas précédent, M. Niemack se livra à un examen très complet, mais tout ce qu'il put découvrir fut une petite hémorrhoïde ulcérée, qui ne tarda pas d'ailleurs à se cicatriser. Toutefois, deux ans après la mort de sa fille, le malade se présentait à nouveau pour du melæna : cette fois-ci le rectum contenait des tumeurs polypeuses, dont une offrait une base indurée, faisant songer au cancer. Le rectum fut alors réséqué par voie périnéale; on avait pu conserver le conduit anal, mais il avait fallu empiéter de 6 bons centimètres sur la portion péritonéale du rectum; on parvint cependant à suturer bout à bout les deux segments, et l'opéré guérit.

Tout récemment, enfin, l'auteur a pu voir un neveu du malade précédent, jeune homme de vingt-neuf ans, qui depuis deux années a des hémorrhagies intestinales. A 5 centimètres au-dessus de l'anus on trouve deux tumeurs pédiculées, et dans l'abdomen on sent des nodosités rappelant celles qui avaient été perçues chez la fillette de la première observation, ce qui laisse supposer que l'affection a déjà pris une grande extension. (*Ann. of Surgery*, juillet 1902.) — R. DE B.

Les applications de teinture d'iode contre les ulcères de la cornée, par M. J. LAWTON HIERS.

Depuis plus de cinq ans, l'auteur traite couramment les ulcères de la cornée par des applications de teinture d'iode, en procédant comme il suit : après avoir assuré à l'aide de la cocaïne l'anesthésie complète du globe de l'œil et avoir écarté les paupières au moyen d'un blépharostat, il gratte la surface de l'ulcère avec une petite curette ou avec tout autre instrument approprié; puis, il assèche soigneusement cette surface et la touche avec un cure-dents en bois ou avec un stylet, sur lesquels on a enroulé un peu d'ouate hydrophile et qu'on trempe dans de la teinture d'iode pure. On enlève ensuite l'excès de teinture en ayant soin d'éviter son contact avec les parties saines de l'œil et on lave le globe oculaire avec de l'eau stérilisée ou avec une solution boriquée.

M. Hiers a eu l'occasion d'employer ce mode de traitement dans plus de 200 cas d'ulcère de la cornée, et chez la plupart des malades une seule application de teinture d'iode a suffi pour amener rapidement la guérison; parfois, on fut cependant obligé de renouveler l'intervention une ou deux fois.

D'après l'expérience de l'auteur, ce procédé serait particulièrement indiqué contre les ulcères de la cornée à forme torpide et présenterait entre autres avantages celui de laisser subsister des opacités beaucoup moins étendues que celles qu'on observe avec les moyens thérapeutiques usuels. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 novembre 1902.) — L. CH.

De la cautérisation transvésicale pour remplacer l'opération de Bottini dans le traitement de certaines formes d'hypertrophie de la prostate,
par M. ALBERT I. BOUFFLEUR.

La méthode préconisée par M. Bouffleur a l'avantage de ne pas être aveugle, comme l'opération de Bottini : il l'a employée avec succès dans deux cas où les lésions prostatiques étaient surtout marquées du côté de la cavité vésicale.

Le premier concerne un prostatique de soixante-huit ans, atteint de cystite et qui venait d'avoir une crise de rétention aiguë. Quand la cystite se fut améliorée, l'auteur exécuta une cystotomie sus-pubienne : une sorte de barrage, formé par le lobe médian de la prostate, obstruait l'urèthre; à côté de lui, le lobe gauche faisait une légère saillie. Le barrage fut réséqué au thermocautère et la saillie du lobe gauche fut ensuite légèrement évidée avec le même instrument. La plaie vésicale et la plaie abdominale furent entièrement suturées; on laissa cependant un drain capillaire à l'extrémité inférieure de la dernière. Une sonde à demeure fut maintenue pendant quatre jours, puis on se contenta de sonder le malade de temps à autre. Les suites opératoires furent bonnes et, sauf un peu de cystite, les mictions sont devenues normales, sans laisser d'urine résiduelle.

Chez le second patient existait une cystite extrêmement intense et un état d'infection urineuse assez marqué. Aussi M. Bouffleur n'osa-t-il point réséquer d'emblée le lobe prostatique

(1) Nous avons refait tous les calculs à l'aide des données analytiques contenues dans le tableau de la page 550 du mémoire, les chiffres du texte renfermant différentes erreurs. — A. J.

qui formait clapet au-dessus de l'urèthre. Il se contenta, après cystotomie, d'y exécuter deux profondes incisures au thermocautère. Le malade se rétablit parfaitement. (*Ann. of Surgery*, juillet 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS POLONAISES

Sur l'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale, par M. S. Pechkranc.

On distingue habituellement deux types d'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale : 1° le type de Bekhtérev (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 56), caractérisé par l'immobilisation, graduellement progressive, d'un segment ou de la totalité du rachis, avec formation d'une cyphose dorsale sans lordose compensatrice de la colonne lombaire et cervicale, par l'atrophie des muscles du tronc, du cou et des extrémités sans modifications qualitatives des réactions électriques, par des troubles sensitifs et moteurs, et, enfin, par l'immobilisation de la cage thoracique pendant la respiration; 2° le type que M. Marie a décrit sous le nom de *spondylose rhizomélique* (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 68, et 1899, p. 69) et Strümpell sous celui d'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale. Cette seconde forme d'ankylose du rachis se différencierait de la première surtout par l'extension du processus pathologique aux articulations de la hanche et de l'épaule, parfois même à celles du genou et du coude.

M. Pechkranc estime que cette division est purement artificielle et ne se justifie ni par les phénomènes cliniques, ni par l'anatomie pathologique : d'une part, on observe des cas où l'affection dont il s'agit revêt successivement les deux types en question, et, d'autre part, les lésions qu'on trouve à l'autopsie des sujets atteints de rigidité de la colonne vertébrale sont communes aux deux formes.

A l'appui de sa manière de voir, l'auteur relate une observation concernant un homme de trente-neuf ans, admis dans le service de M. Grostern, à l'hôpital israélite de Varsovie, pour des douleurs dans le rachis, dans le cou et dans les jointures de l'épaule et du genou, et qui, à côté de symptômes typiques de l'affection décrite par Bekhtérev, présentait aussi l'attitude particulière due à l'immobilisation des articulations de la racine des membres. Ces articulations n'étaient, d'ailleurs, pas les seules qui fussent atteintes : le malade accusait, de temps à autre, des douleurs dans les coudes et les poignets, voire même au niveau des petites jointures du pied. On constatait, en outre, l'existence d'une tuméfaction douloureuse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit et de plusieurs articulations interphalangiennes. Enfin, il existait également des altérations de la jointure temporo-maxillaire (difficulté d'ouvrir la bouche, douleurs et craquements) et des articulations sterno-claviculaires et sterno-costales.

En se basant sur ce fait, ainsi que sur des cas analogues publiés par d'autres auteurs, M. Pechkranc croit que l'ankylose de la colonne vertébrale n'est autre chose qu'une variété d'arthrite déformante, dont le tableau anatomo-pathologique est à peu près le même que celui de la rigidité vertébrale (déformation et disparition des disques intervertébraux, ossification de l'appareil ligamenteux, atrophie des cartilages, production d'ostéophytes, etc.). (*Gaz. lekarska*, 1er et 8 mars 1902.) — L. CH.

Contribution à la pathogénie de la sclérose de l'aorte, par M. L. Korczynski.

Les auteurs sont encore loin d'être d'accord sur la pathogénie de l'artériosclérose : en Allemagne, on considère celle ci comme un processus dégénératif par lequel l'organisme tend, en quelque sorte, à réagir contre la diminution ou la perte totale de l'élasticité des parois artérielles, l'inflammation de ces parois n'étant envisagée que comme un facteur étiologique intermédiaire de la sclérose, tandis que l'école française est portée à interpréter l'artériosclérose comme une conséquence directe des processus phlegmasiques aigus ou chroniques qui se produisent dans les artères.

L'observation anatomo-clinique qui fait l'objet du présent mémoire et que l'auteur a recueillie à la clinique médicale de Cracovie semble militer en faveur de la seconde manière de voir.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un cordonnier de quarante-cinq ans, ayant contracté la syphilis à l'âge de vingt-six ans et qui, à la suite d'une rixe violente, fut pris de palpitations avec frissons, hyperthermie et faiblesse générale. Après une certaine amélioration, son état ne tarda pas à empirer : il se déclara des accès de dyspnée, accompagnés d'angoisse et de douleurs rétro-sternales et précordiales, parfois même de perte de connaissance. En même temps on vit se produire de l'œdème des membres inférieurs. L'examen clinique fit poser le diagnostic de dilatation de l'aorte ascendante avec athérome généralisé, sclérose des artères coronaires et hypertrophie du cœur. Le patient finit par succomber au milieu des symptômes de l'asthénie cardiaque, et l'autopsie confirma le diagnostic clinique. L'examen microscopique des coupes artérielles démontra l'existence d'une sclérose très accentuée.

Le début brusque et l'évolution rapide de l'affection, ainsi que les lésions anatomo-pathologiques (altérations inflammatoires des valvules mitrale et tricuspide et de l'endocarde, augmentation du nombre des *vasa vasorum*, prolifération du tissu conjonctif, etc.) témoignent que la phlegmasie des artères a joué ici le rôle principal dans le développement de l'artériosclérose.

M. Korczynski estime, toutefois, que la pathogénie de la sclérose des artères, loin d'être toujours la même, diffère suivant que le processus intéresse tout le système artériel (*sclérose diffuse*) ou seulement quelques régions déterminées (*sclérose nodulaire*). C'est surtout à l'égard des faits de la seconde catégorie que la *théorie inflammatoire* semble le plus plausible. La sclérose limitée de l'aorte ascendante, ainsi que les anévrysmes de ce vaisseau, reconnait souvent pour cause un processus phlegmasique aigu. (*Gaz. lekarska*, 3 et 10 mai 1902.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections d'infusion de digitale dans le traitement des varices.

L'usage interne d'une infusion de feuilles de digitale est susceptible de rendre de bons services dans les cas de varices relevant d'un affaiblissement de l'activité cardiaque, alors même que le patient est exempt de toute lésion valvulaire du cœur. C'est ainsi qu'un médecin allemand, M. le docteur Brase (d'Eilenburg), a eu l'occasion de traiter une femme âgée, atteinte depuis plusieurs années de varices de la jambe, qui avaient résisté à toute sorte de remèdes, et chez laquelle la digitale en infusion, employée suivant les règles habituelles, produisit une amélioration sensible et durable, sans qu'il existât pourtant une cardiopathie bien déterminée.

Cette indication de la digitale, encore qu'elle ne soit pas de notion tout à fait courante, a cependant été établie depuis longtemps Mais notre confrère a été à même de se convaincre que l'infusion de digitale peut aussi être utilisée avec avantage sous la forme d'injections intra ou sous-cutanées, pratiquées dans le voisinage immédiat de la veine ectasiée. A cet effet, il emploie une infusion de 0 gr. 10 centigr. à 0 gr. 20 centigr. de feuilles de digitale pour 2 grammes d'eau, en injectant la quantité totale de liquide en plusieurs piqûres, tantôt intra-cutanées et tantôt hypodermiques. Il va de soi qu'on doit éviter de pousser l'injection dans la veine même. Le traitement provoquant des douleurs assez vives, M. Brase recommande le repos au lit. On peut, d'ailleurs, insensibiliser préalablement la région au moyen d'une injection de cocaïne.

L'injection d'infusion de digitale peut, au besoin, être répétée à plusieurs jours d'intervalle.

Radiothérapie du trachome.

MM. les docteurs S. Stephenson et D. Walsh (de Londres) ont été à même de se convaincre que les rayons de Röntgen — déjà utilisés contre le trachome par un autre confrère anglais, M. le docteur M. S. Mayou (de Londres), ainsi que par M. le docteur F. L. D. Rust, professeur adjoint d'ophtalmologie au Tufts Medical College de Boston (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 426), — constituent un excellent moyen de traitement de cette affection tenace, car elle cède rarement à la thérapeutique usuelle en moins d'un à deux ans. MM. Stephenson et Walsh ont eu recours à la radiothérapie chez 4 enfants atteints de conjonctivite granuleuse bilatérale très prononcée, en ne traitant toutefois qu'un seul œil, afin que l'autre fournît un terme de comparaison. Sur ces 4 cas, 2 ont été complètement guéris (disparition des granulations et de l'hypertrophie de la conjonctive), le premier après dix-sept séances et le second après six séances d'une durée de dix minutes, la distance entre la paupière et le tube étant de 20 centimètres environ. Les 2 autres petits malades ont été sensiblement améliorés.

D'après MM. Stephenson et Walsh, la radiothérapie présenterait, sur les moyens habituellement employés contre le trachome, l'avantage d'être indolore, tout en exerçant une action beaucoup plus rapide.

Nos confrères ont également eu l'occasion de traiter avec succès un cas grave de conjonctivite granuleuse par les courants de haute fréquence, appliqués au moyen d'une électrode en vulcanite, mise en rapport avec l'appareil de d'Arsonval.

Les feuilles de bouleau comme moyen de traitement externe du rhumatisme articulaire.

Il y a quelques années, M. le professeur W. Winternitz a signalé les propriétés diurétiques de la tisane de feuilles de bouleau (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. XVIII et 1899, p. 16). M. le docteur N. Th. Tchigaïev, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, a été à même de se convaincre que les applications externes de ces feuilles exercent également une action sudorifique très puissante. Notre confrère a eu l'occasion d'observer un malade atteint depuis de longues années de rhumatisme articulaire rebelle avec poussées subaiguës, qui, sur le conseil d'un de ses amis, eut finalement recours au remède en question, en procédant comme il suit : on bourrait plusieurs sacs de feuilles de bouleau et on les plaçait, le soir, dans la chambre du patient; au bout de quelques heures, les feuilles devenaient chaudes et le lendemain matin, au moment où l'on ouvrait les sacs, il s'en dégageait même des vapeurs. On couchait alors le malade sur un lit recouvert de ces feuilles et on en enveloppait également son corps, en ayant soin de mettre par-dessus une couverture. Un quart d'heure à une demi-heure après, le patient commençait à transpirer abondamment. Les douleurs devinrent moins vives dès le premier « bain » de feuilles de bouleau, et cinq séances, à raison d'une tous les deux jours, suffirent pour amener la disparition complète des tuméfactions articulaires.

Emploi de l'essence de girofle en chirurgie et en obstétrique.

On se rappelle que M. le docteur E. Calvello a récemment proposé d'employer les essences de cannelle, de thym et de géranium pour la désinfection des mains (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 272). D'après l'expérience d'un confrère américain, M. le docteur W. A. Briggs, l'essence de girofle posséderait également un pouvoir antiseptique considérable et conviendrait très bien pour le même usage. Après avoir lavé les mains à l'eau savonneuse, on les enduit d'essence de girofle, puis on met des gants en caoutchouc. Pour préparer le champ opératoire, on le lave à l'eau et au savon; cela fait, on applique d'abord un mélange composé, par parties égales, de lanoline et d'essence de girofle, ensuite de l'essence pure; la région est finalement lotionnée à l'éther.

Dépourvue de toute propriété irritante, l'essence de girofle serait encore indiquée pour le traitement des plaies infectées et des cavités purulentes, qu'on bourre avec de la gaze imbibée d'essence pure.

Enfin, dans la pratique obstétricale, la même essence serait susceptible de rendre de bons services soit pour la désinfection des mains, soit comme moyen de pansement du cordon ombilical.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Œdèmes et hydrorrhées au cours des néphrites chroniques, par M. CH. VALENTINO.

Si les œdèmes des muqueuses au cours des néphrites sont généralement discrets et attirent moins l'attention que l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, il est des circonstances cependant où la transsudation séreuse au niveau de telle ou telle de ces membranes se manifeste d'une façon si apparente qu'elle ne saurait passer inaperçue. M. Valentino en relate deux exemples.

Le premier concerne une jeune femme de vingt-quatre ans, ayant eu, à la suite d'un accouchement survenu quatre ans auparavant, quelques accidents de pelvi-péritonite; depuis deux ou trois mois, cette femme se plaignait de pesanteur au bas-ventre, ainsi que de « pertes d'eau » de plus en plus abondantes, surtout dans les périodes prémenstruelles; cet écoulement se produisait par décharges, plusieurs fois par jour, et chaque fois la malade perdait une dizaine de centimètres cubes d'un liquide clair, ne tachant ni n'empesant le linge; à l'examen local, on trouvait un peu d'œdème du col. Comme autres troubles, on ne notait que quelques céphalées, parfois un léger œdème lingual, enfin des signes d'induration aux deux sommets. Mais peu de temps après apparurent les symptômes d'une néphrite parenchymateuse, vraisemblablement d'origine tuberculeuse : œdèmes palpébraux et malléolaires, céphalées plus fréquentes, crises diarrhéiques, pollakiurie, urines pâles et mousseuses donnant la réaction de l'urohématine. Sous l'influence d'un régime sévère, ces divers phénomènes — y compris l'hydrorrhée utérine — ne tardèrent pas à s'amender.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de soixante-sept ans, présentant depuis trois années un écoulement hydrorrhéique des deux narines; cet écoulement était continu, de nuit comme de jour, et se produisait goutte à goutte, accompagné parfois — notamment par les temps froids — d'hydrorrhée lacrymale. La muqueuse du nez était décolorée, comme lavée; il existait de chaque côté un éperon s'enfonçant dans le cornet moyen correspondant; les sinus étaient normaux. En plus, cet homme était sujet à des vertiges allant jusqu'à la perte de connaissance; il avait de l'œdème de la langue et de la face antérieure du thorax, ainsi qu'une pollakiurie des plus manifestes, apparue trois ans auparavant en même temps que l'écoulement nasal; les urines enfin contenaient des traces d'albumine et de l'urohématine en quantité.

En présence de ces faits, l'auteur est d'avis qu'une hydrorrhée survenant sans cause appréciable (hydrorrhée essentielle) devrait toujours faire songer à une affection générale, notamment au brightisme.

Il fait observer que cette notion n'est pas sans intérêt pratique, car d'une part certains des médicaments que l'on pourrait être tenté d'administrer contre ces écoulements sont fortement toxiques (strychnine), et par suite susceptibles d'aggraver l'affection causale, et d'autre part les phénomènes locaux, si leur cause vraie était méconnue, pourraient dans quelques cas, en raison de leur intensité et des phénomènes pseudo-inflammatoires qui les accompagnent parfois, paraître à tort justiciables d'une intervention chirurgicale. (*Rev. de méd.*, octobre 1902.) — F. F.

Contribution à la pathogénie des souffles musicaux, par M. E. CLÉMENT.

S'observant dans des affections fort diverses (chlorose, lésions orificielles du cœur ou de l'aorte, anévrysmes artério-veineux, tumeurs vasculaires), les souffles musicaux doivent être produits par une cause primordiale commune à tous ces états morbides, malgré leur disparité. Certains auteurs ont fait jouer un rôle dans leur pathogénie à la vitesse de la circulation, d'autres à l'énergie de la pulsation cardiaque, etc., etc., mais ce ne seraient là que des facteurs accessoires, et la théorie classique admet que le souffle musical prend naissance toutes les fois que l'ondée sanguine franchit un rétrécissement serré et à bords rugueux, principalement quand flotte au devant de l'orifice un débris tendineux, un lambeau valvulaire, une végétation. Or, M. Clément a observé un fait qui démontre que cette hypothèse ne saurait être considérée comme exacte dans la généralité des cas.

Il s'agissait d'une femme atteinte d'insuffisance aortique par dilatation de l'aorte (maladie de Hogdson), chez laquelle on notait un souffle musical diastolique et un thrill également diastolique : tous deux, très intenses, se propageaient *vers le haut de la poitrine*, en sens inverse du courant de l'ondée rétrograde, contrairement à ce qui est la règle dans ce genre de lésions; en outre, la pression, très élevée, mesurait de 27 à 30 au sphygmomanomètre de Potain. Cette femme ayant fini par succomber, on constata à l'autopsie que les valvules aortiques étaient d'une souplesse remarquable et que le rétrécissement, s'il était très serré, avait du moins des bords lisses et parfaitement élastiques. On trouva bien quelques rugosités; toutefois elles étaient situées non pas au voisinage de l'orifice lui-même, mais plus haut, au niveau des sinus valvulaires et à la face interne de toute la crosse aortique, fortement dilatée.

Pour expliquer la production du souffle musical dans de telles conditions, l'auteur — après avoir rappelé que ces souffles, étant des sons à tonalité élevée, sont constitués par des vibrations rapides — s'appuie sur divers principes de physique, notamment sur le théorème de Torricelli (la vitesse d'écoulement d'un liquide par un orifice percé en paroi mince est proportionnelle à la racine carrée de la charge de la colonne liquide au dessus de l'orifice), pour démontrer que le caractère musical du bruit pathologique, qui est dû à la vitesse vibratoire, est par cela même sous la dépendance de la vitesse d'écoulement du sang, laquelle est elle-même commandée par la pression en amont de l'orifice; si bien qu'au total il lui paraît légitime d'admettre que l'augmentation de la pression, soit générale, soit dans une partie des vaisseaux, est le principal facteur des souffles musicaux.

Toutefois, il ne méconnaît pas que les aspérités des parois vasculaires puissent jouer un certain rôle à ce point de vue; et notamment dans l'observation que nous venons de résumer, il est d'avis que les rugosités qui tapissaient la face interne de la crosse aortique peuvent rendre compte de la propagation du souffle non vers le cœur mais vers la carotide. (*Lyon méd.*, 3 août 1902.) — F. F.

Contribution à l'étude des sérums lactescents, par M. E. SACQUÉPÉE.

Depuis un certain temps, l'attention a été attirée sur une modification particulière du sérum sanguin, qui, normalement limpide, prend, au cours de quelques états pathologiques, un aspect lactescent ou opalescent, dû à la présence de granulations en suspension dans le liquide. L'accord n'est pas fait sur la nature de ces granulations, les uns les considérant comme formées de graisse, tandis que les autres y voient des corpuscules albuminoïdes. C'est à l'étude de ce point, ainsi qu'à la détermination des causes de l'opalescence du sérum, qu'ont été consacrées les recherches de M. Sacquépée.

L'auteur a examiné pour cela 85 malades atteints d'affections diverses (fièvre typhoïde, scarlatine, rhumatisme articulaire, pneumonie, urticaire, etc.), pris au hasard, et soumis à des évacuations sanguines soit dans un but thérapeutique, soit comme moyen de diagnostic. Sur ce nombre, 15 présentaient un sérum lactescent ou opalescent, à savoir 5 dothiénentériques sur 10, 5 scarlatineux sur 8, 2 rhumatisants sur 10, 2 pneumoniques, enfin un sujet atteint d'un urticaire passager.

En ce qui concerne la nature des corpuscules en suspension dans le sérum, M. Sacquépée est d'avis qu'il s'agit là de granulations graisseuses : s'il est vrai que ces particules sont peu réfringentes, incomplètement solubles dans l'éther et non colorables par l'acide osmique — caractères qu'offrent d'ailleurs en partie les globules graisseux du lait —, elles se distinguent cependant des composés protéiques en ce qu'elles ne sont pas colorables par les réactifs usuels et que, d'autre part, les alcalis ne les dissolvent point.

Reste à élucider l'origine de ces matières grasses. Divers auteurs ont paru démontrer expérimentalement que le régime alimentaire, et notamment l'ingestion d'aliments gras (beurre), n'influe en rien sur l'opalescence du sérum. Mais les recherches de l'auteur ne concordent pas avec cette manière de voir : 10 fois sur 20, en effet, l'administration de 500 à 1,500 c.c. de lait a suffi pour rendre opalescent, au bout d'une heure ou deux, un sérum auparavant tout à fait limpide. Et rapprochant cette constatation de ce fait que l'opalescence du sérum est particulièrement fréquente dans les néphrites, et, d'une façon générale, dans les affections où le régime lacté trouve ses indications habituelles (fièvre typhoïde, scarlatine), il n'hésite pas à voir dans l'alimentation par le lait la cause de cette modification du sérum.

Cette étiologie banale n'enlève d'ailleurs pas au phénomène en question toute valeur clinique; du moment qu'il ne s'observe pas chez tous les sujets soumis au régime lacté, il faut qu'il existe, chez ceux où il se produit, des facteurs personnels dont la détermination peut n'être pas sans intérêt : la lactescence du sérum traduit vraisemblablement un défaut d'utilisation des graisses, une insuffisance de la fonction lipasique, et, ce qui démontre le bien-fondé de cette hypothèse, c'est qu'une dose de 500 c.c. de lait, insuffisante dans la plupart des cas pour modifier l'aspect du sérum, provoquait au contraire régulièrement une opalescence très nette chez un diabétique grave, éliminant de 900 à 1,200 grammes de sucre par vingt-quatre heures; or, on sait que la lipase est fortement diminuée chez de tels malades. (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1902.) — F. F.

Hallucinations de l'ouïe alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle chez un paralytique général; lésions circonscrites de méningo-encéphalite, par MM. P. SÉRIEUX et R. MIGNOT.

Le malade dont l'observation fait l'objet de ce travail était un paralytique général chez lequel les troubles sensoriels — moins rares dans la méningo-encéphalite diffuse que ne l'admettent les classiques — avaient une intensité toute particulière; ils intéressaient la plupart des sens (ouïe, odorat, goût et sensibilité générale) et avaient donné naissance à un délire systématisé de persécution et de grandeur. L'évolution de la maladie fut interrompue à diverses reprises par des ictus épileptiformes, à la suite desquels survenaient régulièrement, du côté de la sphère auditive, des symptômes de déficit (surdité corticale, puis surdité verbale), remplaçant pour un temps les phénomènes d'excitation (hallucinations de l'ouïe); ces derniers reparaissaient d'ailleurs au bout de quelques jours, en même temps qu'on assistait à la disparition graduelle des manifestations aphasiques. L'autopsie révéla qu'il existait des altérations de méningo-encéphalite diffuses, mais beaucoup plus accentuées, des deux côtés, au niveau du centre de l'audition (tiers postérieur de la première temporale et circonvolution supramarginale) où elles constituaient de véritables lésions en foyer.

A propos de cette observation, MM. Sérieux et Mignot font remarquer qu'il serait légitime de décrire une *forme sensorielle* de la paralysie générale, forme caractérisée par l'importance des phénomènes hallucinatoires et aphasiques, et dont la symptomatologie spéciale serait sous la dépendance de lésions prédominant au niveau des centres sensoriels : ces lésions exerceraient une action tantôt irritative, d'où production des phénomènes d'excitation, tantôt destructrice ou inhibitoire, se traduisant alors par des phénomènes de déficit, selon un mécanisme tout à fait analogue à celui qui provoque des troubles de même genre dans le domaine de la motricité (crises épileptiformes et parésies consécutives).

En tout cas, la connaissance des faits de cet ordre est importante au point de vue pratique : il y a lieu de retenir que l'existence d'un délire à base d'hallucinations et la constatation de symptômes d'ordinaire produits par les lésions en foyer ne doivent pas faire rejeter *de plano* le diagnostic de paralysie générale, comme on est trop porté à le croire, mais, au contraire, faire soupçonner la variété sensorielle de cette affection. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1902.) — F. F.

Fièvre typhoïde et tuberculose, par M. Péhu.

Si l'on ne conteste plus aujourd'hui la possibilité d'une évolution simultanée de la dothiénentérie et de la tuberculose, les observations d'une telle coïncidence morbide sont encore loin d'être nombreuses. Aussi nous paraît-il intéressant de signaler les deux faits que relate l'auteur, et qui montrent les deux modalités opposées de cette association : tuberculose pulmonaire succédant à la fièvre typhoïde dans l'un, fièvre typhoïde survenant au cours d'une tuberculose pulmonaire, dans l'autre.

Le premier cas concerne un homme de trente-trois ans, ayant présenté jusque-là une santé très robuste, n'ayant jamais toussé avant les prodromes de sa dothiénentérie, et exerçant depuis très longtemps le pénible métier de verrier. Cet homme se fit admettre dans le service de M. Courmont, alors suppléé par M. Péhu, pour une fièvre typhoïde à forme sévère, dont l'évolution fut troublée d'abord par une hémorrhagie intestinale au onzième jour, puis, une semaine plus tard, par un syndrome abdominal ayant simulé la pyléphlébite. Vers la fin du quatrième septénaire, la fièvre commença à baisser progressivement et l'on pouvait espérer l'entrée en convalescence; mais la défervescence ne fit que s'esquisser, et bientôt la température remontait à 39°, en même temps qu'on notait des signes non équivoques de tuberculose des sommets, surtout à droite (submatité avec résistance au doigt, augmentation des vibrations, nombreux râles humides, expectoration visqueuse contenant des bacilles de Koch). Ces lésions, bruyantes au début, ne tardèrent d'ailleurs pas à s'améliorer, et, revu trois mois plus tard, le patient était dans un état satisfaisant.

La seconde observation a trait à une femme de vingt-quatre ans, affectée de tuberculose pulmonaire au début, avec troubles névropathiques et éthylisme léger, et qui contracta la fièvre typhoïde à l'hôpital, où elle était soignée depuis six semaines environ Cette complication évolua assez rapidement et sans avoir été signalée par aucune particularité; mais elle imprima une gravité toute particulière aux lésions pulmonaires préexistantes : la mort survint, en effet, dans un délai de quatre mois, alors que, d'après les signes stéthoscopiques, la maladie semblait comporter un pronostic sévère, il est vrai, mais non fatal à aussi brève échéance. (*Lyon méd.*, 2 novembre 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches sur le diabète sucré,
par M. Th. Rumpf.

L'étude des relations existant entre l'excrétion de l'azote et celle du sucre dans la forme grave du diabète sucré présente un intérêt particulier au point de vue de nos connaissances sur l'origine du sucre urinaire. M. Minkowski avait conclu, de ses recherches sur le diabète pancréatique, qu'il existe un rapport à peu près constant (2.8 : 1) entre le sucre et l'azote, et il considérait ce rapport comme représentant approximativement la quantité de sucre produite par la désassimilation des matières protéiques. Cette hypothèse n'a pas été confirmée par l'expérimentation, et c'est à peine si l'on est parvenu à isoler, dans la décomposition *in vitro* des matières protéiques, un tiers du taux de sucre admis par M. Minkowski. D'un autre côté, on a observé toute une série de cas de diabète où la proportion du sucre de l'urine à l'azote excrété était notablement supérieure à 2.8 : 1; c'est ainsi que, de 2 malades de M. Rosenqvist, l'un excréta pendant une période déterminée 1,816 grammes de sucre pour 393 grammes d'azote et le second 1,073 grammes de sucre pour 138 grammes d'azote. M. Mohr a même constaté dans un cas un rapport de 8.14 : 1. Ces quantités considérables de sucre urinaire, chez des sujets absorbant une nourriture entièrement dépourvue d'hydrates de carbone, ne peuvent vraisemblablement provenir de la seule désassimilation des matières protéiques; ce sucre doit avoir une autre origine. Aussi M. Rumpf a-t-il cherché à élucider la question par une série de recherches minutieuses sur 6 cas de diabète grave.

Chez tous ces malades, la proportion du sucre à l'azote a dépassé, pendant une période plus ou moins longue, 3 : 1; elle a même atteint dans un cas 6.8 : 1. On a objecté que ce rapport n'était qu'apparent; il y aurait excrétion incomplète de l'azote, ces taux anormaux ne s'observant qu'à la période ultime de l'affection. L'auteur démontre l'inanité de cet argument en s'appuyant sur des observations personnelles. Il a vu ces proportions élevées chez des sujets en équilibre de nutrition azotée, et à un moment où l'état général était encore très satisfaisant (plusieurs mois avant la mort). On a aussi voulu admettre une synthèse du sucre, dont la leucine serait le point de départ; mais cette hypothèse n'a pas encore reçu de confirmation expérimentale. M. Rumpf estime que, dans les cas de diabète grave, l'excès de sucre éliminé, qui ne peut provenir de la désassimilation protéique, est produit par une transformation de la graisse en sucre; les recherches expérimentales de MM. Hartogh et Schumm paraissent confirmer cette manière de voir (1).

En ce qui concerne les autres substances pouvant se rencontrer dans les urines des diabétiques, l'auteur est d'accord avec MM. Geelmuyden et Magnus-Lévy pour reconnaître l'origine graisseuse de l'acétone et des acides diacétique et oxybutyrique. Quant au coma, M. Rumpf ne croit pas qu'il y ait parallélisme entre les accidents toxiques et l'élimination des acides et de l'ammoniaque. L'acidose peut jouer un rôle, mais d'autres facteurs entrent, à côté d'elle, en ligne de compte. Parmi eux, il signale une déshydratation considérable du sang et des organes, qui peut s'élever à 8 et même à 12 % du poids du corps. Dans 2 cas, par exemple, il a vu une diurèse excessive précéder immédiatement l'éclosion du coma. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 3-4.) — A. J.

(1) Dans le même fascicule du même recueil, M. A. Hesse (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLV, 3-4) fait connaître le résultat des recherches qu'il a entreprises sur 2 sujets atteints de diabète grave chez lesquels le rapport du sucre à l'azote était exagéré, dans le but de savoir d'où provient en pareil cas l'excès de sucre. Ses expériences ont été divisées en quatre périodes, caractérisées chacune par une alimentation différente : dans la première, le régime comprenait beaucoup de matières albuminoïdes et de graisses; dans la seconde, beaucoup de matières albuminoïdes et peu de graisses; dans la troisième, peu de matières albuminoïdes et peu de graisses; dans la quatrième, peu de matières albuminoïdes et beaucoup de graisses.

L'impression qui se dégage de l'examen des chiffres de M. Hesse est que les proportions les plus fortes correspondent aux périodes où l'alimentation était pauvre en matières albuminoïdes et riche en graisse. Ce résultat ne témoignerait cependant pas d'une augmentation du sucre de l'urine, mais uniquement d'une diminution de l'excrétion de l'azote; l'addition de graisse à la nourriture serait sans effet sur la quantité de sucre éliminée. Par contre, le taux du sucre urinaire, chez l'un des malades en question, atteignait manifestement son maximum avec l'alimentation la plus riche en matières protéiques.

L'auteur conclut de ces recherches que la graisse n'a aucune influence sur la production du sucre chez les diabétiques et que, pour expliquer les chiffres élevés du rapport du sucre à l'azote, on doit admettre que la désassimilation des matières protéiques n'est pas toujours complète et que l'azote n'est pas éliminé en totalité. La molécule d'albumine abandonnerait les groupes saccharogènes, qui seraient éliminés sous forme de sucre, et une partie de son azote. Le reste de l'azote demeurerait dans l'organisme, sous forme de produits intermédiaires de la désassimilation. Il se produirait de la sorte un appauvrissement progressif de l'organisme en matières protéiques, que l'alimentation la plus riche ne parviendrait pas à compenser.

Si la manière de voir de M. Hesse se confirmait, on devrait en tirer la conclusion que toutes les recherches sur la désassimilation azotée, basées sur le bilan azoté de la nutrition, donnent des résultats fictifs et sans valeur pratique. — A. J.

Pneumotomie pour corps étranger,
par M. P. Beckmann.

Les cas d'extraction de corps étrangers du poumon par intervention chirurgicale directe ou pneumotomie sont excessivement rares : 10 fois sur 11 on ne parvient pas à retrouver le corps étranger (Tuffier), et alors même que cette recherche est couronnée de succès, les altérations pulmonaires sont, en général, tellement avancées que la guérison est tout à fait exceptionnelle. Aussi nous paraît-il intéressant de relater ici l'observation publiée par M. Beckmann et dans laquelle la pneumotomie a permis d'extraire le corps étranger, le patient s'étant ensuite complètement remis.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un garçon de neuf ans, qui, en jouant, aspira un brin d'herbe et fut pris, immédiatement après, de fortes douleurs lancinantes dans la moitié droite du thorax et de violentes quintes de toux; bientôt se déclara de la fièvre. Au bout d'une semaine le petit malade ayant, dans un accès de toux, rejeté un fragment d'herbe, tous les phénomènes morbides se dissipèrent, mais pour reparaître quelques jours plus tard. En même temps, on nota, à droite et en arrière, au niveau de la dixième côte, l'existence d'une zone de matité avec affaiblissement considérable du murmure respiratoire en ce même point. La température oscillait entre 38° et 39°5. En présence de ces symptômes, le médecin traitant pratiqua, vingt jours après l'accident, une ponction exploratrice, qui amena du pus fétide. L'enfant fut alors admis à l'hôpital, dans le service de M. Habs, où l'on constata, sous l'omoplate droite, de la matité s'étendant du bord inférieur de la huitième côte jusqu'à la onzième, avec abolition complète du murmure vésiculaire, dyspnée, pouls petit et très fréquent, etc. On se décida à intervenir. Après avoir assuré l'anesthésie à l'aide d'un mélange d'alcool, de chloroforme et d'éther, on réséqua, sur une étendue d'environ 5 centimètres, la dixième et la onzième côtes; puis, afin de déterminer très exactement le siège du foyer purulent, on pratiqua une série de ponctions exploratrices dans le tissu pulmonaire. Ce ne fut qu'à la onzième ponction qu'on trouva du pus. Laissant alors la canule de la seringue en place, on incisa, sur elle, le poumon infiltré et on pénétra ainsi dans une poche purulente ayant le volume d'une grosse noix. L'épaisseur de la couche pulmonaire incisée était de 3 centim. 1/2 environ; l'hémorrhagie, assez légère, cessa sous l'influence d'un tamponnement. En introduisant un doigt dans la cavité de l'abcès, on perçut nettement le corps étranger, qui fut extrait à l'aide d'une pince. On tamponna ensuite la plaie avec de la gaze stérilisée et on compléta l'intervention par un pansement aseptique, en s'abstenant de toute irrigation, ainsi que de l'emploi des antiseptiques.

Les suites opératoires ne présentèrent rien d'irrégulier; toutefois, pendant les huit premiers jours, la toux persista encore, accompagnée d'une expectoration muco-purulente; puis ces troubles respiratoires disparurent complètement, en même temps qu'on voyait s'améliorer considérablement l'état général. Au bout d'un mois, le petit patient quitta l'hôpital, n'éprouvant plus rien d'anormal et la plaie étant en bonne voie de cicatrisation; il fut revu plus tard à plusieurs reprises, sans que l'examen le plus minutieux du thorax dénotât la moindre anomalie.

L'auteur est porté à attribuer le succès opératoire surtout à ce fait qu'il existait, au niveau de l'abcès, des adhérences entre les deux feuillets de la plèvre. Le cas échéant, il y aurait lieu de suturer d'abord ces deux feuillets pour ne procéder à l'incision de la poche que dans une séance ultérieure. En outre, il importe de n'inciser le poumon qu'après avoir bien déterminé le siège de l'abcès à l'aide de ponctions exploratrices, afin d'éviter des délabrements inutiles. Ceci fait, on doit avoir soin de laisser l'aiguille de la seringue de Pravaz en place pour mener l'incision d'une façon tout à fait sûre. Enfin, on s'abstiendra d'irriguer la plaie et on rejettera l'emploi des antiseptiques, en touchant le moins possible au tissu pulmonaire atteint, de manière à éviter l'extension du processus inflammatoire. Dans le même but, on laissera la plaie non suturée, de crainte de favoriser l'infiltration du poumon par la rétention des produits de sécrétion. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — L. CH.

Des résultats éloignés du traitement conservateur dans le cas de grossesse extra-utérine interrompue au cours des premiers mois, par M. C. von Scanzoni.

De nos jours, on a accusé les méthodes conservatrices d'être, dans le cas de grossesse ectopique, une source de dangers immédiats et, en outre, de favoriser la stérilité. M. von Scanzoni s'élève contre ces vues pessimistes en se basant sur les résultats opératoires qu'il a obtenus depuis dix ans.

Au point de vue de la santé générale, il a pu comparer 56 femmes traitées par l'expectation avec 63 de ses anciennes opérées, dont 25

avaient subi simplement l'incision du cul-de-sac vaginal et 38 la laparotomie. Le résultat final, dans ces trois catégories de cas, fut à peu près le même, puisque, parmi les malades de chacune d'elles, il s'en trouve respectivement 60 %, 64 % et 60 % qui se déclarent en parfaite santé. Il est à noter cependant que les patientes traitées par les méthodes conservatrices (expectation simple ou élytrotomie) purent reprendre leurs travaux journaliers un peu plus tôt que celles qui furent laparotomisées. On peut objecter que dans la première série, en l'absence du contrôle opératoire, il a pu se glisser mainte affection des annexes, telle que des salpingites; mais il est évident que ces erreurs de diagnostic nuiraient aux résultats éloignés beaucoup plus qu'elles ne les amélioreraient.

En ce qui concerne l'aptitude à la reproduction, on observe une différence plus marquée entre les méthodes radicales et les méthodes palliatives : parmi les anciennes opérées de laparotomie, 17 % seulement eurent de nouvelles grossesses, alors que, chez les femmes traitées par l'élytrotomie ou l'expectation simple, on en compte respectivement 55 % et 37 % qui redevinrent enceintes.

Les chiffres précédents semblent démontrer que les interventions conservatrices fournissent des résultats pour le moins aussi brillants que ceux de la laparotomie. L'auteur se défend pourtant de vouloir les ériger en méthodes générales : les femmes atteintes de grossesse extra-utérine ne doivent pas être perdues de vue par le chirurgien, qui se tiendra prêt à toute éventualité, mais il lui paraît certain que la laparotomie ne doit pas leur être systématiquement appliquée. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXV, 3.) — R. DE B.

Contribution à l'étude de la perforation instrumentale de l'utérus, par M. AD. SCHULZE-VELLINGHAUSEN.

En dehors de l'état puerpéral et de toute altération importante, il arrive que l'utérus soit perforé au cours d'opérations intra-utérines, et cela sans qu'on soit en droit d'incriminer la brutalité ou l'inexpérience de l'opérateur. Dans le présent travail, M. Schulze-Vellinghausen donne les raisons qui peuvent expliquer cet accident.

Ayant recueilli deux utérus perforés dans les conditions qui viennent d'être indiquées, l'auteur les a débités en coupes sériées. Or, l'examen microscopique de ces coupes montra qu'au niveau du fond de l'utérus, là où précisément s'était produite la perforation, les fibres musculaires étaient dissociées grâce à l'existence d'une infiltration œdémateuse de la charpente conjonctive de l'organe. Plus on s'éloignait du fond et moins ces lésions devenaient apparentes. De leur côté, les vaisseaux étaient atteints de périartérite.

C'est à cette sclérose vasculaire qu'il faut sans doute rattacher les altérations de la paroi utérine et la diminution de résistance qui en résulte. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 juillet 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Un cas d'adipose douloureuse avec autopsie, par MM. F. X. DERCUM et D. J. MCCARTHY.

L'anatomie pathologique de l'affection que M. Dercum a décrite sous le nom d'*adipose douloureuse* (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 484-485) étant encore peu connue, il nous paraît intéressant de relater ici brièvement le fait que cet auteur vient de publier en collaboration avec M. McCarthy.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un homme de trente-neuf ans qui, après avoir été, à l'âge de quinze ans, atteint d'une maladie fébrile aiguë « ayant intéressé le foie et les reins », commença bientôt à présenter un certain degré d'embonpoint. Puis, au bout d'un an ou deux, des masses adipeuses sous-cutanées se formèrent au niveau des parois latérales du thorax, ainsi que du côté de l'abdomen. Des tuméfactions analogues apparurent, plus tard, aux bras et aux parties supérieures des avant-bras; ensuite, à un degré moins accusé, aux cuisses et à la partie supérieure des jambes. Le développement de ces adiposes localisées ne s'accompagnait pas de douleurs spontanées, mais toutes les tuméfactions étaient douloureuses à la pression. En même temps il se manifesta un affaiblissement général de l'organisme et une vulnérabilité excessive des téguments. Enfin, quatre ou cinq ans avant d'être examiné par MM. Dercum et McCarthy, le patient eut une crise d'épilepsie, suivie bientôt d'autres accès, qui devinrent de plus en plus fréquents et se répétèrent finalement deux ou trois fois par semaine.

A l'examen, on fut surtout frappé par la déformation du tronc, due à l'existence de nombreuses productions adipeuses. La paroi abdominale pendait en avant, formant une sorte de tablier qui cachait complètement les organes génitaux; d'énormes replis graisseux pendaient également des deux côtés du tronc. Par contre, l'adipose avait respecté les parties inférieures des avant-bras et des jambes, ainsi que les mains et les pieds.

Les téguments de la face et de tout le corps paraissaient injectés et présentaient un certain degré de lividité. Les veines étaient, par endroits, très développées.

Il n'existait nulle part de zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Les réflexes rotuliens étaient normaux et on n'obtenait pas de clonus du pied. Enfin, l'examen clinique des viscères et l'analyse des urines ne révélaient rien d'irrégulier.

Le malade ne tarda pas à contracter un érysipèle qui prit rapidement une extension considérable et se termina par la mort.

Parmi les lésions constatées à l'autopsie, qui fut pratiquée au bout de vingt-quatre heures, celles du corps pituitaire méritent surtout d'être signalées. La glande était très adhérente à la dure-mère tapissant la selle turcique; en essayant de la détacher, on découvrit, entre la substance glandulaire et la dure-mère, une couche calcaire de 1 à 3 millimètres d'épaisseur. Cette couche une fois enlevée, on nota que les trois quarts du corps pituitaire avaient fait place à une formation néoplasique, dans laquelle l'examen microscopique fit reconnaître la structure typique de l'adénocarcinome.

Il existait, en outre, des lésions de névrite interstitielle au niveau des filaments nerveux inclus dans les masses adipeuses sous-cutanées; ces dernières renfermaient également des *ganglions hémolymphatiques*, montrant, sur une coupe, des vaisseaux sanguins au milieu d'un tissu réticulaire et des cellules lymphoïdes.

Le cas dont il s'agit constitue la cinquième observation d'adipose douloureuse *avec autopsie*. Dans les deux premiers faits, dus à M. Dercum, la glande thyroïde avait été trouvée indurée et infiltrée de masses calcaires, mais on n'en pratiqua pas l'examen microscopique. La troisième autopsie, publiée également par M. Dercum, fut plus complète et révéla l'existence d'une atrophie irrégulière de la glande thyroïde avec hypertrophie partielle compensatrice, ainsi qu'une névrite interstitielle des nerfs traversant le tissu adipeux et, enfin, une dégénérescence des cordons de Goll. Dans un quatrième cas relaté par M. Burr, on constata, outre les lésions du corps thyroïde et la névrite interstitielle, une hypertrophie de la glande pituitaire avec dégénérescence gliomateuse.

En se basant sur ces faits, on pourrait être porté à conclure qu'il existe une relation de cause à effet entre l'atrophie de la glande thyroïde et la production d'adiposes locales. Toutefois, il importe de tenir compte que, dans le cas qui fait l'objet du présent mémoire, l'organe en question était à peine atteint, tandis que le corps pituitaire avait subi des altérations très accentuées. Cela étant, il y a lieu de se demander si la glande pinéale n'interviendrait pas, ne fût-ce que d'une façon indirecte, dans la formation ou dans la destruction du tissu adipeux. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, décembre 1902.) — L. CH.

Un cas de goitre colloïde intra-trachéal, par M. C. F. THEISEN.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de goitre colloïde intra-trachéal — affection assez rare, puisqu'il n'en a été publié jusqu'à ce jour qu'une dizaine d'exemples — chez une femme de trente-deux ans, d'une santé générale excellente, mère de deux enfants et enceinte de cinq mois. Une sœur de la malade avait eu un goitre assez volumineux; elle-même se plaignait de troubles respiratoires ayant débuté sept ans auparavant et qui, s'accentuant progressivement, étaient devenus particulièrement inquiétants au cours de la dernière grossesse.

A la palpation, on trouva une légère hypertrophie du lobe gauche et surtout de l'isthme du corps thyroïde. L'inspiration était bruyante et accompagnée d'un frémissement qu'on percevait très nettement en appliquant la main au niveau de la trachée. L'examen des autres organes ne révéla rien d'anormal.

A l'inspection du larynx, on apercevait, pendant l'inspiration profonde, une tumeur assez volumineuse siégeant sur la paroi postéro-latérale de la trachée et obstruant presque complètement la lumière de ce conduit. Cette tumeur, à contours irréguliers, était recouverte d'une muqueuse d'aspect normal et avait sa surface sillonnée de nombreux vaisseaux. Après avoir administré à la patiente pendant quelques jours, sans résultat d'ailleurs, de l'iodure de potassium, on se décida à ouvrir la trachée. On se trouva en présence d'une tumeur rénitente qui était fixée solidement à la paroi postéro-latérale de la trachée par une base très large et faisait pour ainsi dire corps avec cette paroi. On en enleva le plus qu'on put à l'aide de l'anse et de la curette, ce qui n'alla pas sans d'assez grandes difficultés, vu l'hémorrhagie très abondante à laquelle ces interventions donnèrent lieu. A la suite de cette opération, la malade eut une pneumonie double qui, à plusieurs reprises, sembla mettre sa vie en danger, mais dont elle finit par guérir, de sorte qu'au bout de vingt-quatre jours elle put quitter l'hôpital, tout en continuant à porter une canule trachéale. Cette dernière précaution avait paru nécessaire, en prévision d'un gonflement brusque de la portion de la tumeur qu'on n'avait pu enlever.

L'examen microscopique du néoplasme montra qu'il s'agissait d'un goitre colloïde ayant pour point de départ le tissu thyroïdien situé dans la couche sous-muqueuse de la trachée.

La question de l'origine des goitres intra-trachéaux a été très débattue, et l'on se trouve actuellement en présence de deux opinions principales, les uns attribuant à ces tumeurs une origine embryonnaire, intra-utérine, et les considérant comme des goitres accessoires, tandis que les autres (notamment Paltauf) croient qu'elles ont une provenance extra-trachéale et sont consécutives à la pénétration dans la trachée d'un prolongement du corps thyroïde externe, cette pénétration se faisant soit à travers l'espace inter-crico-thyroïdien, soit à travers l'intervalle qui sépare le cartilage cricoïde des premiers anneaux de la trachée, soit enfin à travers les espaces inter-annulaires supérieurs. Après avoir soumis à une analyse minutieuse les cas de goitre intra-trachéal publiés jusqu'à ce jour, M. Theisen croit pouvoir adopter l'opinion de Paltauf, en se basant principalement sur deux particularités : 1° les adhérences qui ont été notées dans presque tous les cas entre un des lobes du corps thyroïde externe et la trachée; 2° l'impossibilité où l'on se trouve le plus souvent de séparer la tumeur intra-trachéale de la paroi trachéale sur laquelle elle est insérée et à laquelle elle adhère d'une façon tellement intime qu'elle semble faire corps avec elle. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin 1902.) — S. J.

Ligature de l'artère linguale à travers la bouche dans les cas d'amputation d'une moitié de la langue, par M. CHARLES W. CATHCART.

L'incison nécessitée par la ligature de l'artère linguale par voie sous-maxillaire pouvant gêner lors de la recherche et de l'extirpation des ganglions, dans le cas de cancer de la langue, M. Cathcart propose d'exécuter cette ligature par voie buccale, procédé dont il s'est servi deux fois avec avantage.

On commence par attirer fortement la langue en avant au moyen d'un fil passé dans chacune des moitiés de cet organe; la muqueuse est ensuite incisée sur le dos de la langue, puis dans le sillon qui sépare celle-ci des arcades dentaires. On procède alors à l'hémisection antéro-postérieure, en allant du dos de la langue jusqu'à l'insertion des muscles génioglosses. Cette hémisection permet d'attirer encore davantage la langue hors de la bouche. Par l'incision de la muqueuse du plancher buccal, on libère alors à la sonde cannelée le bord antérieur de l'hyoglosse : on le décolle et on le sectionne progressivement dans ses deux tiers antérieurs;

ses fibres, en se rétractant, découvrent dans la partie postérieure de l'incision le tronc de la linguale qui n'est plus recouvert que par un peu de tissu conjonctif. Une fois cette artère liée, on la libère encore un peu, afin d'éviter de la sectionner une seconde fois.

Par des recherches sur le cadavre, l'auteur a pu se convaincre que la ligature ainsi effectuée occupe la même place que quand on procède par voie sus-hyoïdienne. (*Ann. of Surgery*, juillet 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Contribution à l'étude des cyanoses dues à une auto-intoxication d'origine intestinale, par M. B. J. Stokvis.

Les cyanoses ont toujours été considérées jusqu'ici comme la conséquence d'une affection du cœur ou du poumon. L'observation relatée par le professeur Stokvis prouve cependant qu'elles peuvent avoir une autre origine.

Un homme de trente-huit ans, soldat libéré de l'armée des Indes néerlandaises, mais dont le passé morbide était absolument négatif, présentait une diarrhée qui avait débuté cinq ou six ans auparavant, au cours d'une expédition coloniale, à la suite de l'ingestion de l'eau d'un ruisseau. Rentré en Hollande, ce malade offrait depuis trois ans de la cyanose, et sa diarrhée ne le quittait pas. Quand il fut admis à l'hôpital, son état général paraissait très satisfaisant et sa température était normale. Par contre, les extrémités étaient toujours froides; la cyanose était généralisée; les selles, fétides, liquides et un peu grumeleuses, se répétaient, en dépit de tout traitement, 5 ou 6 fois par jour. A l'examen microscopique, on n'y découvrit que des protozoaires et des *flagella*. Le cœur, les poumons, le foie, la rate, semblaient absolument sains.

Les urines, de quantité normale, ne contenaient ni sucre ni albumine, mais avec l'acide phosphorique elles prenaient une coloration rouge rubis, et, après addition d'oxyhémoglobine, on pouvait y déceler la présence de la méthémoglobine. L'examen spectroscopique des muqueuses et de la peau du malade — par transparence — révéla également l'existence de la méthémoglobine, mais d'une manière inconstante. D'autre part, l'examen microscopique du sang fut absolument négatif, notamment au point de vue de la malaria. Par exclusion, et en présence des diverses données chimiques recueillies par lui, l'auteur suppose que la substance ayant amené la cyanose ne provenait pas directement du sang, mais de l'intestin : il est possible que la résorption du scatol ou méthylindol, à l'instar de celle des anilines, amène la formation de la méthémoglobine.

Cinq mois plus tard, cet homme, qui avait momentanément quitté l'hôpital, fut réadmis avec tous les symptômes d'une occlusion intestinale compliquée de péritonite. Il succomba rapidement, malgré une laparotomie suivie de résection intestinale, et à l'autopsie on put constater l'état congestif de la muqueuse de l'intestin, à la surface de laquelle apparaissaient des ulcérations nombreuses, mais peu profondes. Les autres viscères et la moelle des os n'offraient que des altérations insignifiantes ou de nature plus ou moins agonique. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 octobre 1902.) — R. DE B.

De éénheid der zoogdiertuberculose. In-4°, 129 p. avec planches. Leyde, 1902. — **L'unicité de la tuberculose des mammifères,** par M. D. A. de Jong.

Sous forme d'un rapport adressé au ministre des eaux, du commerce et de l'industrie des Pays-Bas, M. de Jong expose les arguments qui militent en faveur de l'unicité de la tuberculose des bovidés et de celle de l'homme, en y ajoutant les résultats de ses propres expériences.

Des trois premières parties de ce mémoire, nous ne dirons rien, car elles sont consacrées soit à l'historique de la question, soit à la relation détaillée des recherches que l'auteur a longuement exposées dans ce journal même, il y a un an environ (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 17-19). Mais M. de Jong y a adjoint, en *post scriptum*, une note concernant de nouvelles expériences qu'il a faites avec un bacille de provenance humaine, très virulent pour les bovidés, expériences dont les résultats méritent d'être signalés.

Le matériel d'inoculation fut fourni par une paysanne de vingt-sept ans, indemne de toute tare héréditaire au point de vue de la tuberculose, mais en contact fréquent, de par ses occupations, avec des bestiaux; cette femme présentait une affection pulmonaire ayant les apparences de la tuberculose, diagnostic qui fut confirmé par l'examen bactériologique de l'expectoration. En outre, un cobaye inoculé sous la peau de la cuisse droite avec les crachats de cette malade mourut tuberculeux en deux mois et demi environ. Avec les organes de cet animal, notamment avec sa rate, on obtint facilement des cultures qui servirent aux deux expériences suivantes :

Un veau de six semaines, pesant 65 kilogrammes, reçut dans la jugulaire droite 6 c.c. d'émulsion bacillaire; cet animal n'avait pas réagi à la tuberculine. Cinq jours après l'injection, la température dépassait 40°, et elle resta élevée jusqu'à la mort qui survint au bout de *dix-neuf jours;* le poids était tombé à 53 kilogrammes 500 gr. L'autopsie révéla des lésions tuberculeuses très étendues des poumons, du foie, de la rate, des reins et des ganglions lymphatiques; sur les deux feuillets de la plèvre on trouva les altérations caractéristiques du début de la pommelière, avec présence des bacilles.

A une chèvre également saine, âgée d'un an et pesant 17 kilogrammes, on injecta ensuite, dans la jugulaire, 5 c.c. de la même émulsion; cet animal périt en *douze jours*, et à l'autopsie on constata encore des lésions tuberculeuses de divers organes, en particulier des poumons, du foie et de la rate.

Ainsi donc, l'auteur a réussi à isoler de l'expectoration d'une femme tuberculeuse un bacille extrêmement virulent pour les mammifères (1). On ne peut expliquer ce fait qu'en admettant, ou bien que la malade avait été infectée primitivement par le bacille des bovidés — ce qui n'a rien d'invraisemblable, étant donnée la grande fréquence (20 %) de la tuberculose chez les animaux de boucherie à Leyde —, ou bien qu'un bacille d'origine humaine est susceptible de manifester, à l'égard des mammifères, une virulence pour le moins aussi considérable qu'un bacille d'origine bovine : l'une et l'autre de ces hypothèses sont en contradiction avec la théorie dualiste soutenue par M. Koch.

(1) D'après les renseignements, encore inédits, que M. de Jong a bien voulu nous communiquer, M. Stuurman a fait avec le même bacille, depuis la publication de ce rapport, deux autres expériences très démonstratives sur le veau :

Dans la première, un animal sain, pesant 64 kilos 500 gr., reçut une injection intrapulmonaire de 5 c.c. d'une émulsion de bacilles. La mort survint au trente-unième jour, après une perte de poids de 11 kilos, et l'autopsie fit découvrir des lésions généralisées affectant les poumons, le foie, la rate, les reins, les capsules surrénales et les ganglions lymphatiques, ainsi qu'une « pommelière magnifique des deux feuillets de la plèvre ».

Dans la seconde, l'injection fut faite sous la peau du cou, à la même dose que chez l'animal précédent. Le lendemain, la tuméfaction du point d'inoculation avait augmenté; après quatre jours, on notait l'engorgement du ganglion préscapulaire correspondant, réuni à la tumeur primitive par un cordon lymphatique dur et douloureux. Au bout d'une semaine, la température atteignait 40°, et elle resta élevée à peu près jusqu'à la mort. Bientôt l'animal commença à tousser, à maigrir, à s'affaiblir, et il mourut au bout de cinquante-six jours. Son poids, de 58 kilos 500 gr. au début de l'expérience, avait augmenté tout d'abord jusqu'à 62 kilos; il n'était plus que de 53 kilos au moment de la mort. A l'autopsie, on trouva une tuberculose généralisée très grave, ayant envahi les poumons, le foie, la rate, les reins, les ganglions lymphatiques.

Ce dernier fait est particulièrement remarquable, en ce qu'il montre que, contrairement à l'affirmation de MM. Koch et Schütz, l'inoculation sous-cutanée au veau de bacilles de provenance humaine ne détermine pas toujours une affection purement locale.

PUBLICATIONS HONGROISES

Un cas de fièvre intermittente apoplectiforme, par M. Iancsó.

Les monographies spéciales de l'impaludisme se bornent généralement à mentionner l'existence d'une forme larvée de la fièvre intermittente, qui se manifeste par des accès d'hémiplégie; M. Mannaberg, dans une étude très documentée, n'en relève dans la littérature médicale entière que 12 cas, dont 8 compliqués d'aphasie motrice. M. Iancsó a eu l'occasion d'observer un exemple de ce syndrome si exceptionnel, dont le diagnostic présente des difficultés particulières.

On amena à la clinique de M. le professeur Purjesz (de Kolozsvár) un garçon de dix-neuf ans. Il se sentait indisposé et faible depuis trois jours déjà, quand, dans l'après-midi du jour où il fut admis à la clinique, tout en causant avec ses camarades, il tomba comme foudroyé; quoiqu'il eût gardé toute sa connaissance, il ne pouvait plus se faire comprendre que par signes.

A l'examen, qui eut lieu quatre heures après l'attaque, on le trouva un peu obnubilé, mais non pas inconscient; il reconnaissait son entourage et suivait des yeux le médecin qui l'interrogeait; à l'invitation, il montrait la langue, faisait des signes affirmatifs et négatifs, mais ne pouvait prononcer aucune syllabe : malgré ses efforts pour répondre, il n'arrivait qu'à émettre des sons inarticulés; il se trouvait également dans l'impossibilité de répéter les mots prononcés devant lui.

La pupille droite était considérablement plus large que la gauche; toutes les deux réagissaient promptement. Une hyperémie veineuse autour de la papille optique gauche fut reconnue à l'examen ophtalmoscopique. L'ouïe et la vision n'étaient pas altérées, ni la sensibilité cutanée, mais il y avait une série de symptômes moteurs : paralysie faciale droite, localisée aux muscles de la bouche et du menton, et respectant ceux des paupières; hémiparésie droite, très accentuée au membre supérieur, moins marquée au membre inférieur. La température était de 38°7, le pouls était fréquent.

Le malade passa une nuit tranquille. Le lendemain, on trouva dans l'urine des pigments biliaires et on constata une légère coloration ictérique des conjonctives.

On pouvait donc conclure qu'il s'agissait dans ce cas d'une hémiplégie d'origine centrale, attribuable à une embolie ou à une hémorrhagie cérébrale, ou encore à une méningite purulente ou tuberculeuse avec lésions localisées. Mais l'absence d'antécédents syphilitiques et d'artériosclérose permettaient d'exclure l'hypothèse d'hémorrhagie; d'autre part, on ne relevait ni au cœur ni aux autres organes aucun processus pathologique qui aurait pu amener une embolie; les symptômes cardinaux d'une méningite faisaient défaut; la supposition d'un abcès ou d'une tumeur cérébrale ne trouvait aucun appui dans les faits anamnestiques. M. Iancsó pensa alors à une intoxication saturnine, étant donné le métier de cet homme (il était potier); toutefois l'urine ne renfermait pas trace de plomb et les autres symptômes du saturnisme faisaient défaut. Enfin, on put repousser le diagnostic d'attaque d'urémie, les urines ne contenant pas d'albumine et étant d'un poids spécifique élevé (1,030).

Ce furent la fièvre et l'ictère qui menèrent l'auteur à justement interpréter le syndrome : il supposa que celui ci ne devait point traduire une lésion anatomique du cerveau, mais constituait seulement la manifestation atypique d'une maladie infectieuse aiguë. Deux affections pouvaient être mises en ligne de compte : la pyohémie ou la fièvre intermittente. L'examen du sang, quant aux parasites de cette dernière, n'ayant pas donné de résultat positif, il ne resta qu'à attendre la marche de la maladie.

Le lendemain de l'attaque, il se produisit une amélioration des parésies, mais la fièvre et l'aphasie n'offrirent pas de changement jusqu'au matin du troisième jour; à ce moment, la température s'abaissa tout à coup, avec transpiration abondante, jusqu'à 37°2; la fréquence du pouls diminua, et en même temps le trouble du langage disparut entièrement.

Le jour suivant, la température s'éleva de nouveau à 39°, sans aggravation des autres symptômes; alors un nouvel examen parasitologique du sang fut fait, et M. Iancsó réussit à trouver dans quelques globules rouges les plasmodies précoces de la fièvre intermittente; encouragé par ce résultat, il fit la ponction de la rate; le sang ainsi obtenu contenait aussi les parasites, ce qui confirma la supposition que la maladie en question était une fièvre intermittente apoplectiforme.

Après un jour d'apyrexie, il survint une nouvelle élévation jusqu'à 40°6, avec horripilation,

mais sans récidive de l'aphasie ni des parésies. On institua aussitôt la médication spécifique, ce qui amena la défervescence et la guérison complètes.

Ce cas est assurément exceptionnel, mais il n'en est pas moins très instructif en ce qu'il prouve combien il est important de ne pas se contenter d'un seul examen du sang, quand il s'agit de mettre en évidence les parasites de la fièvre intermittente. (*Gyógyászat*, 17 août 1902.) — S. F.

De la connexion physiologique entre la fonction des labyrinthes et la sensibilité des téguments, par M. G. Marikovszky.

Au cours d'expériences faites par M. le professeur Högyes (de Budapest) sur le rôle du labyrinthe dans le maintien de l'équilibre de la tête, M. Marikovszky découvrit des altérations caractéristiques de la sensibilité cutanée, chez les animaux ayant subi des opérations sur l'oreille interne; pour préciser cette connexion jusque-là inconnue entre le labyrinthe et la sensibilité générale, il institua une série de recherches méthodiques sur des pigeons et des lapins.

Pour cela, il excita au moyen d'une bobine à chariot de du Bois-Reymond, avec un courant d'un ampère, les régions les plus sensibles chez ces animaux, à savoir la face inférieure des pattes et la partie interne des ailes pour le pigeon, les oreilles et les extrémités antérieures et postérieures pour le lapin.

Ces régions étant dénudées, une contraction réflexe très vive se produisait, à l'état normal, dès que les deux bobines étaient éloignées l'une de l'autre de 28 millimètres pour le pigeon, de 103 millimètres pour le lapin. Au contraire, chez les pigeons dont on avait extirpé les deux labyrinthes, même les courants les plus forts ne provoquaient plus aucune contraction; les pigeons dont on avait extirpé ou cocaïnisé un seul labyrinthe étaient tout à fait insensibles à l'irritation électrique de la patte du côté opposé. Les expériences sur les lapins fournirent des résultats analogues, avec la seule différence que chez ces animaux la perte de la sensibilité n'est pas absolue; il n'y a qu'une hypoesthésie du côté opposé à la lésion labyrinthique.

Ces recherches tendent à démontrer l'existence d'une connexion physiologique très intime entre la fonction du labyrinthe et la sensibilité cutanée du côté opposé, connexion dont la nature et les voies nerveuses restent pour le moment tout à fait obscures. (*Orvosi Hetilap*, 6 juillet 1902.) — S. F.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Les manifestations cutanées au cours de la malaria, par M. A. Vaccari.

Assez peu fréquente, l'urticaire malarienne mérite d'être connue, ne fût-ce qu'en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu si l'on n'est pas prévenu de son existence. L'auteur en relate un exemple typique :

Il eut à donner ses soins à un homme de vingt-deux ans, ayant eu une attaque de paludisme six mois auparavant et qui se plaignait de nausées avec vomissements et d'un état fébrile (39°); le corps entier, sauf le visage, était recouvert de larges placards ortiés peu surélevés, à contours irréguliers, souvent confluents et de couleur uniformément rougeâtre; il n'y avait pas de prurit. On crut à une urticaire *ab ingestis* et le malade, matelot d'un navire de guerre, fut évacué à l'hôpital maritime de la Spezzia.

Là, les phénomènes ne tardèrent pas à s'amender, mais pour se reproduire bientôt, si bien que l'on assista successivement à trois accès affectant le type tierce : ils débutaient vers onze heures du matin par un frisson léger, de la céphalée, des douleurs abdominales et l'apparition de l'éruption ortiée, puis tout rentrait dans l'ordre le soir même. Cette périodicité fit penser à la malaria : on pratiqua l'examen du sang, qui révéla en effet la présence de plasmodies de la fièvre tierce. Le diagnostic une fois posé, quelques injections hypodermiques de quinine eurent aisément raison du mal.

M. Vaccari a eu l'occasion d'observer il y a quelques années, en Sardaigne, 2 faits analogues, mais sans recherches hématologiques; toutefois, les bons effets que donna dans ces cas l'usage de la quinine ne permettent pas de douter qu'il se soit agi également d'urticaire paludéenne.

La nature de cette complication cutanée, en dehors de l'efficacité du traitement spécifique, pourrait être soupçonnée grâce à l'absence de prurit. Par son aspect objectif, la lésion, d'ailleurs assez variable, rappellerait souvent une éruption érythémateuse beaucoup plus que l'urticaire vraie, sans compter que dans des cas de malaria maligne elle affecterait parfois le type morbilliforme et scarlatiniforme, comme si, à la gravité de l'accès paludéen, correspondait en une certaine mesure celle de la détermination cutanée. Au point de vue pathogénique, l'auteur est disposé à voir dans cette manifestation de la malaria une « dermatite toxique », au sens que M. Leredde attribue à cette expression. (*Clinica moderna*, 24 décembre 1902.) — F. F.

Le corps thyroïde dans les infections et les intoxications expérimentales, par M. M. Crispino.

L'étude des modifications subies par le corps thyroïde au cours des infections et des intoxications, tant aiguës que chroniques, est depuis quelques années seulement à l'ordre du jour, et le petit nombre de travaux qui lui ont été consacrés ont fourni des résultats assez contradictoires : alors que pour MM. Roger et Garnier ce sont les altérations dégénératives qui prédominent dans la majorité des cas, M. Torri estime au contraire que l'hypertrophie épithéliale et les néoformations vésiculaires sont constantes. Aussi M. Crispino a-t-il cru devoir reprendre l'étude de cette question, dans le laboratoire de M. le professeur Cardarelli, à Naples, en faisant porter ses investigations sur le plus grand nombre possible d'infections ou d'intoxications; c'est ainsi qu'il a examiné les corps thyroïdes de 55 chiens ou lapins, préalablement infectés ou intoxiqués au moyen de virus ou de poisons très divers (rage, charbon, diplocoque, streptocoque, fièvre typhoïde, diphtérie, grippe, tuberculose, dans le premier groupe; nicotine, ricine, plomb, phosphore, dans le second).

Une première conclusion générale se dégage de ces recherches : c'est que, contrairement à ce qu'avaient cru observer certains auteurs, la forme et l'intensité des lésions seraient à peu près complètement indépendantes de la nature du germe ou du toxique causal; en un mot, ces altérations n'offriraient aucune spécificité : d'une part, les mêmes lésions peuvent être réalisées par les processus infectieux ou toxiques les plus différents; d'autre part, la même infection ou intoxication peut entraîner des altérations fort variables, depuis la simple hyperémie avec exagération de la sécrétion colloïde jusqu'à la nécrose de l'épithélium glandulaire, depuis l'état normal — parfois même infantile — de cet épithélium jusqu'à la dégénérescence colloïde la plus typique.

Au total, la morphologie et la gravité de ces modifications (vasculaires, conjonctivales, parenchymateuses) dépendraient non seulement de la marche aiguë ou chronique du processus lésionnel, mais aussi de l'état évolutif ou involutif du corps thyroïde lui-même.

Voici maintenant quels sont les résultats généraux des recherches de M. Crispino :

Dans les infections et intoxications aiguës, les altérations prédominantes sont de type inflammatoire; à l'activité fonctionnelle plus grande qui en résulte correspond une augmentation de la sécrétion colloïde. Du côté de l'épithélium glandulaire on observe des lésions banales de tuméfaction trouble et de nécrose épithéliale. Le tissu connectif ne participe ordinairement pas à cette réaction inflammatoire, laquelle se résume le plus souvent en une hyperémie avec dilatation des vaisseaux et hémorrhagies capillaires; l'inflammation des parois vasculaires est toujours de faible degré; les infarctus hémorrhagiques sont peu fréquents.

Dans les infections et intoxications chroniques, au contraire, les lésions affectent plus particulièrement le type dégénératif et entraînent la diminution, voire la disparition, de la sécrétion colloïde, dont les caractères se montrent en tout cas altérés; en outre, on y observe fréquemment une forme particulière de dégénérescence colloïde de l'épithélium (que l'on rencontre aussi dans l'intoxication aiguë par le phosphore); la réaction conjonctive, qui ne fait jamais défaut, est surtout accentuée dans les infections tuberculeuses.

Enfin, en ce qui concerne l'hypertrophie de l'épithélium et la néoformation de vésicules, elles n'auraient, d'après l'auteur, pas de rapports déterminés et spécifiques avec les infections et intoxications générales. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei medici e natural.*, XII, 3.) — F. F.

Contribution expérimentale à la chirurgie rachidienne : extirpation totale d'une vertèbre, par M. N. Leotta.

Les progrès accomplis depuis quelques années en matière de chirurgie vertébrale ont engagé l'auteur à instituer une série d'expériences, dans le but de savoir s'il est matériellement possible, sans compromettre irrémédiablement la vie de l'animal, de pratiquer l'extirpation totale d'une vertèbre dorsale ou lombaire.

Ses expériences ont porté sur 17 chiens et 2 lapins. L'opération était effectuée de la manière suivante :

On menait une incision longitudinale de 12 centimètres environ, légèrement latérale par rapport à la ligne des apophyses épineuses, et intéressant d'abord la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'aponévrose; au moyen d'une rugine, on détachait de chaque côté la masse musculaire de la gouttière correspondante, ainsi que le périoste sous-jacent; à l'un des deux lambeaux périostéo-musculaires ainsi obtenus on avait soin de laisser adhérent le ligament sus-épineux, qui dans ce but était séparé, en même temps que le périoste, du sommet des apophyses épineuses. On poursuivait alors le dénudement de tout l'arc vertébral, puis de la face antérieure du corps de la vertèbre, recouvert par le ligament antérieur commun et par le psoas ou les piliers du diaphragme, suivant la région. Ceci fait, on plaçait un protecteur, composé d'une lame métallique mince et flexible, un peu plus large que le corps vertébral à enlever, de façon que sa partie moyenne correspondît à ce corps vertébral, ses deux extrémités étant ramenées en arrière, entre l'arc de la vertèbre et les masses musculaires réclinées : de la sorte se trouvait écarté tout danger pouvant résulter d'une échappée d'un instrument. On procédait ensuite à l'ouverture du canal médullaire, en réséquant à la pince coupante les arcs de la vertèbre dont on voulait faire l'ablation, et de ses deux voisines. Le paquet méningo-médullaire étant soulevé avec précaution, on sectionnait au bistouri successivement le ligament longitudinal postérieur et les deux disques fibro-cartilagineux supérieur et inférieur, et enfin on enlevait le corps vertébral ainsi isolé. Il ne restait plus qu'à procéder aux sutures : suture métallique des deux tronçons vertébraux, réunion au catgut des lambeaux périostéo-musculaires et aponévrotiques, fermeture à la soie de la plaie cutanée.

Aucun des animaux ainsi opérés n'a survécu plus de quatre ou cinq jours; mais dès qu'il a été suffisamment maître de sa technique, M. Leotta n'en a plus vu un seul mourir au cours de la résection vertébrale : tous périssaient au bout de quelques jours, par suite de lésions médullaires imputables aux mouvements du tronc de l'animal, qu'il est impossible d'immobiliser comme on pourrait le faire chez l'homme au moyen de la gouttière de Bonnet ou du corset de Sayre. Aussi, étant donné que dans ces cas l'autopsie montra que les deux segments de la colonne vertébrale étaient réunis, que les méninges étaient intactes et que l'hémostase était parfaite, l'auteur est-il convaincu que l'opération, à condition qu'on pût réaliser une immobilisation efficace, serait suivie de succès. (*Policlinico*, partie chir., IX, 7 et 8.) — F. F.

PUBLICATIONS POLONAISES

De la diazoréaction dans différentes maladies, par M. W. Giedgowd.

L'auteur a étudié la diazoréaction chez 553 malades, dont 202 étaient atteints de fièvre typhoïde, 30 de typhus exanthématique, 33 de tuberculose pulmonaire, 91 de pneumonie lobaire, 64 de malaria, 35 de fièvre récurrente et 98 d'affections diverses.

En ce qui concerne la dothiénentérie, M. Gied-

gowd a obtenu la diazoréaction dans 82 % des cas. Le plus souvent, cette réaction s'est montrée pour la première fois entre le cinquième et le huitième jour de la maladie; chez deux patients seulement, on l'a vu apparaître après le deuxième septénaire. La diazoréaction semble subsister d'autant plus longtemps que l'évolution de la fièvre typhoïde est plus longue : son apparition coïncide avec la période d'infiltration du système lymphoïde de la muqueuse digestive ou, plus rarement, avec le stade d'ulcération des plaques de Peyer; au moment de la réparation des lésions intestinales la diazoréaction disparaît. Elle s'observe également dans les cas de récidive et constitue, d'une façon générale, une manifestation beaucoup plus constante de la dothiénentérie que l'éruption de taches rosées, puisque M. Giedgowd n'a noté cette éruption que chez 35 % des typhoïdisants.

Pour ce qui est du typhus exanthématique, la diazoréaction fut positive dans les trois quarts des cas. Elle apparaît habituellement au quatrième jour de la maladie et subsiste jusqu'au sixième ou neuvième jour, suivant que l'évolution de l'affection est plus ou moins longue et plus ou moins grave.

Dans la tuberculose pulmonaire, la réaction dont il s'agit paraît avoir une signification pronostique très fâcheuse : les malades chez lesquels elle est nettement marquée succomberaient beaucoup plus facilement que ceux qui, tout en étant gravement atteints, ne fournissent qu'une diazoréaction peu prononcée.

La pneumonie fibrineuse ne s'accompagne habituellement pas de réaction d'Ehrlich; il est cependant des exceptions à cette règle, mais la diazoréaction n'indique un pronostic grave que dans les cas où elle est tout à fait typique.

Dans le paludisme, l'auteur n'a pas noté le moindre rapport entre la durée et l'intensité de la maladie, d'une part, et la diazoréaction, d'autre part.

Enfin, en ce qui concerne la fièvre récurrente, le phénomène en question fait défaut pendant les accès tout comme dans les intervalles qui les séparent.

Sur les 98 cas d'affections diverses examinés à ce point de vue, M. Giedgowd a noté une diazoréaction peu prononcée dans le scorbut, dans l'empyème et dans l'érysipèle. Il a, par contre, obtenu 3 fois une réaction typique, à savoir dans un cas de rougeole (pendant la période d'éruption), chez un vieillard atteint de gangrène du scrotum et dans un cas de dermatite exfoliatrice compliqué d'érysipèle. (*Kronika lekarska*, 15 novembre et 1er décembre 1902.) — L. CH.

Un cas d'emphysème sous-cutané chez un phtisique, par M. W. Eichler.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un homme âgé de trente-six ans, qui fut pris d'une hémoptysie, à la suite de laquelle son état général ne tarda pas à s'aggraver. A l'examen du thorax, on constata l'existence d'une matité dans les creux sus et sous-claviculaire droits, ainsi qu'au niveau de la fosse sus-épineuse du même côté. L'auscultation dénotait une respiration bronchique dans le lobe supérieur du poumon droit, avec de nombreux râles dans toute l'étendue du même poumon. Au bout d'environ trois semaines, le malade remarqua, immédiatement après une quinte de toux, que son corps était en train de se tuméfier. M. Eichler trouva un certain degré de dyspnée et une obnubilation légère de l'esprit. Les paupières de l'œil gauche étaient tuméfiées au point de masquer complètement le globe oculaire; à droite, la paupière inférieure était seule prise. Les joues, le cou, les membres supérieurs et le tronc étaient fortement boursouflés; le scrotum avait atteint le volume d'une tête de nouveau-né. En exerçant sur les parties ainsi tuméfiées une pression, on provoquait de la crépitation, en même temps qu'on voyait persister pendant quelque temps le godet déterminé par cette manœuvre. Le patient ne tarda pas à succomber.

L'auteur est porté à croire qu'il existait, dans ce cas, une caverne dont les parois avaient contracté des adhérences intimes avec le feuillet pariétal de la plèvre; c'est la rupture, sous l'influence de la toux, de ce feuillet aminci qui aurait occasionné l'apparition de l'emphysème. (*Kronika lekarska*, 15 juillet 1902.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Sur la digestion stomacale dans la maladie de Hanot, par M. N. Kirikov.

Depuis les travaux de M. Hayem sur les rapports qui existent entre les gastropathies et les affections du foie, on admet généralement que le type du chimisme stomacal varie avec la nature de la cirrhose hépatique : à la cirrhose atrophique correspondrait un type hypopeptique ou même apeptique, indiquant une atrophie de la muqueuse gastrique, tandis que dans la cirrhose hypertrophique il existerait de l'hyperpepsie. Suivant M. Hayem, ces rapports seraient tellement constants qu'il suffirait de déterminer le type gastrique pour être à même d'établir le diagnostic de la nature du processus hépatique (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 138). Or, à en juger d'après les recherches de M. Kirikov, cette opinion — qui avait, d'ailleurs, été soutenue aussi par Hanot (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 209-211) — ne serait rien moins que fondée. Sur 14 observations de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, dont 11 personnelles, l'auteur n'a enregistré que 4 fois de l'hyperacidité du suc gastrique. Le plus souvent, on trouve, au contraire, de l'hypoacidité avec une hypopepsie notable, voire même une absence complète d'acide chlorhydrique libre dans le contenu stomacal. En pareille occurrence, les fonctions motrices de l'estomac restant satisfaisantes, le rôle principal dans la digestion incombe évidemment à l'intestin.

Il serait, du reste, erroné de croire que les variations des propriétés du suc gastrique dépendent exclusivement, chez les sujets atteints de maladie de Hanot, de la marche de l'ictère : d'autres facteurs interviennent pour agir sur la digestion stomacale, et, en particulier, l'intensité du processus morbide fondamental, ainsi que les oscillations dans l'état général du patient. L'état anatomique et fonctionnel des cellules sécrétoires et de leur innervation joue également un rôle considérable, car il est probable que la bile circulant dans l'intimité des tissus excite les terminaisons nerveuses et les noyaux d'origine du pneumogastrique.

L'acidité du suc gastrique peut diminuer rapidement, en l'absence de toute lésion durable de la muqueuse stomacale et tout simplement sous l'influence d'une diarrhée intercurrente. Il n'est pas rare de voir se déclarer, en pareil cas, une apepsie complète; mais dès que la diarrhée cesse, on retrouve de l'acide chlorhydrique libre dans le contenu stomacal et l'acidité ne tarde pas à revenir au même niveau qu'auparavant. Des constatations analogues ont, du reste, été faites par M. Wiczkowski sur des individus exempts d'ictère.

L'hyperpepsie — qui ne se manifeste, en général, que dans les phases initiales de la maladie de Hanot pour faire place ensuite au type hypo ou apeptique — peut, cependant, se montrer même dans les cas d'atrophie de la plus grande partie de la muqueuse gastrique, en raison de la suractivité des cellules de revêtement de la portion encore intacte de la muqueuse.

Dans le stade avancé de la cirrhose hypertrophique du foie avec ictère chronique, il peut se développer une gastrite secondaire qui, souvent, évolue en l'absence de tout symptôme dyspeptique, le malade conservant un appétit normal, voire même exagéré, et cela malgré l'existence de l'hypopepsie ou de l'apepsie gastrique. (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, août 1902.) — L. CH.

Traitement de l'angine scarlatineuse par des injections phéniquées, par M. A. Polievktov.

L'auteur a expérimenté, à la clinique pédiatrique de la Faculté de médecine de Moscou, un procédé de traitement de l'angine scarlatineuse qui, préconisé dès 1877 par M. Taube, a été mis en pratique surtout par M. Heubner, et qui consiste à injecter dans l'épaisseur des amygdales ou du voile du palais, à l'aide d'une seringue de Pravaz munie d'une longue aiguille, une solution d'acide phénique à 3 %, voire même à 5 % dans les cas particulièrement graves.

M. Polievktov a quelque peu modifié la technique de ces injections : il se sert d'une seringue d'une capacité de 3 c.c., à laquelle il adapte une canule coudée à angle obtus, et il n'emploie qu'une solution phéniquée à 3 %. Aux enfants âgés de moins de quatre ans on n'injecte jamais plus d'un tiers de la seringue à la fois, ce qui correspond à 0 gr. 03 centigr. de phénol pur. Au-dessus de cet âge, la dose de la solution phéniquée, utilisée pour chaque injection, est de 2 grammes, c'est-à-dire de 0 gr. 06 centigr. d'acide phénique pur. Cette quantité de liquide est, d'ailleurs, répartie en deux ou trois piqûres. Les injections sont répétées tous les jours, jusqu'à ce qu'on obtienne un abaissement durable de la température, à moins que les urines ne deviennent noires, auquel cas il faut naturellement suspendre le traitement, l'intoxication étant imminente. En général, M. Polievktov ne pratique guère plus de dix à douze injections. Il n'a recours à aucune autre médication, si ce n'est à la caféine en cas d'affaiblissement du cœur; il s'abstient même de badigeonnages antiseptiques de la gorge, se bornant à ordonner des gargarismes ou des lavages à l'eau boriquée ou au peroxyde d'hydrogène.

Sur 110 cas d'angine diphtéroïde au cours de la scarlatine, traités par le procédé en question, l'auteur n'a eu à enregistrer que 18 décès, ce qui constitue une mortalité de 16 %. Toutefois, comme les observations dont il s'agit portent sur une période de quatre ans et que la gravité des épidémies de scarlatine a été très inégale pendant ce laps de temps, M. Polievktov ne se croit pas autorisé à juger de la valeur thérapeutique des injections phéniquées d'après les chiffres sus-mentionnés. Par contre, il estime que les phénomènes cliniques qu'on note à la suite de ces injections méritent davantage d'être retenus; or, ces phénomènes (disparition rapide de l'exsudat, abaissement de la fièvre) témoigneraient de l'action favorable des injections sur le processus morbide. Il importe également de faire remarquer que les adénites suppurées, qui constituent une des complications habituelles des angines scarlatineuses, ne s'observeraient guère chez les sujets traités par les injections phéniquées.

Le traitement doit être commencé dès qu'on a établi le diagnostic de scarlatine, ce qui d'ordinaire a lieu au second jour de la maladie. (*Méd. Obozr.*, LVII, 10.) — L. CH.

Un cas d'aménorrhée primitive absolue, par M. B. Feinberg.

Le fait publié par l'auteur mérite d'être signalé non seulement en raison de sa rareté, mais aussi parce qu'il montre combien nos connaissances sur la menstruation et sur l'ovulation sont encore insuffisantes.

Il s'agit d'une femme de trente et un ans, mariée depuis trois années et qui n'a jamais eu de règles. La patiente est très bien constituée et ne se rappelle pas avoir été sérieusement malade. Depuis son mariage, et surtout au cours de la dernière année, elle a acquis de l'embonpoint, en même temps qu'elle devenait sujette à la constipation. Elle se plaint parfois de céphalalgie, mais on n'a pas noté de congestions de la tête; pas de palpitations, ni d'hémorrhagies vicariantes, ni de *molimina menstrualia*. Les seins, le bassin et les organes génitaux externes sont normalement conformés. Il en est de même pour le vagin, pour l'utérus, qui présente un léger degré d'antéversion, et pour les ovaires. Les résultats de l'examen gynécologique ont, d'ailleurs, été confirmés par M. le professeur N. Fénoménov.

Le coït ne donne pas lieu à des douleurs, et le sens génésique ne fait pas défaut. Enfin, on ne constate aucune anomalie du côté du système nerveux.

Le traitement (massage abdominal, électrisation de l'utérus, douches vaginales chaudes, etc.) est resté sans effet.

D'après les théories qui ont cours sur la menstruation, il semblerait que l'aménorrhée dût être attribuée à un défaut de fonctionnement de l'ovaire; il est, toutefois, difficile d'admettre que la glande ovarique puisse rester complètement inactive, sans qu'il y ait atrophie non seulement de cet organe, mais aussi de tout l'appareil génital, comme cela s'observe à la suite de la castration ou après l'âge critique. Aussi M. Feinberg serait-il plutôt porté à croire qu'il s'agit, dans ce cas, d'un défaut d'excitabi-

lité nerveuse. Malheureusement, on ne sait, jusqu'à présent, que fort peu de chose relativement à l'influence que le système nerveux central exerce sur le fonctionnement de l'ovaire. (*Prakt. Vratch*, 28 septembre 1902.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Du traitement de l'hypertrophie de la prostate, par M. THORKILD ROVSING.

Il est difficile d'apprécier la valeur des nombreuses opérations proposées durant ces dernières années pour combattre l'hypertrophie de la prostate. Aussi M. Rovsing a-t-il tenu à faire connaître les résultats que lui ont fourni ces différentes méthodes au cours des sept ou huit dernières années.

Au point de vue de l'origine de l'hypertrophie de la prostate, l'auteur met tout d'abord en doute le rôle que certains auteurs veulent faire jouer à la blennorrhagie : sur 142 de ses malades, 40 avaient été atteints de cette affection qui, chez 14 seulement d'entre eux, paraissait s'être compliquée de prostatite. Cependant, chez la plupart de ces anciens blennorrhagiques, l'hypertrophie de la prostate offrait des caractères un peu spéciaux : la glande était généralement petite, très dure, peu noueuse, ou bien, si elle était plus volumineuse, on y sentait des parties molles alternant avec des parties indurées : la compression des premières faisait sourdre au méat un exsudat épais, absolument comme si ces nodosités mollasses avaient été produites par la rétention de la sécrétion prostatique. Il est à remarquer, enfin, que la plupart de ces hypertrophies, d'origine blennorrhagique ou tout au moins mixte, sont rebelles aux divers traitements curatifs.

Quoi qu'il en soit — et sauf le cas d'urgence —, tous les prostatiques doivent être d'abord soumis au cathétérisme. Cette méthode n'est pas seulement palliative, elle est parfois curative : sur 120 malades ainsi traités, il y eut en effet 10 guérisons. Par guérisons, aussi bien pour ces sujets que pour les autres, il faut entendre les cas où la rétention disparaît, car l'hypertrophie ne rétrocède jamais, au moins entièrement. Par contre, le cathétérisme peut être suivi d'aggravation : sur les 110 malades restants, il eut 15 fois des effets fâcheux.

Chez les patients dont la sonde à demeure n'a pas modifié l'état, on peut recourir soit à la castration, soit à la vasectomie. La première a donné d'excellents résultats à M. Rovsing, puisque, sur 5 cas, il a obtenu 3 guérisons parfaites et que les 2 insuccès concernaient précisément ces cas bâtards où l'hypertrophie de la prostate semble combinée à la blennorrhagie. Malheureusement les troubles mentaux, si souvent consécutifs à la castration, limitent considérablement l'emploi de cette opération.

La vasectomie, il est vrai, donne assez souvent des succès : sur 40 opérés de cette catégorie, l'auteur compte 27 guérisons (67.5 %), 9 améliorations (22.5 %), 4 résultats négatifs (10 %). Les guérisons sont pour la plupart déjà anciennes et promettent d'être durables; mais les récidives sont possibles; il s'en est produit 2, respectivement après un an et demi et deux ans de guérison apparente. Quant aux améliorations, si courte que puisse être leur durée, elles ne sont pas à dédaigner, étant données surtout la bénignité et la simplicité de l'opération qu'on peut exécuter à la cocaïne.

L'infériorité de la vasectomie tient sans doute à ce qu'elle laisse au malade ses aptitudes sexuelles et favorise ainsi la congestion prostatique, d'où les échecs ou les récidives.

. Sur 14 opérations de Bottini, il y eut 2 guérisons (14 %), 5 améliorations (36 %), 6 aggravations (43 %) et 1 mort (7 %). Ces résultats sont peu encourageants; de plus, chez la plupart des malades survint de la fièvre urineuse — un d'eux même en mourut — et, chez deux d'entre eux, il se produisit à la chute de l'eschare des hémorrhagies d'une abondance ou d'une durée telle qu'il fallut recourir à la taille sus-pubienne. Quant aux sujets dont l'état s'aggrava, ils accusèrent souvent des douleurs et des épreintes rappelant les accidents de la fissure anale; elles étaient dues sans doute aux fissures non cicatrisées laissées par l'anse galvanique.

Chez 6 patients, M. Rovsing pratiqua la prostatectomie sus-pubienne partielle, pour enlever un lobe médian prostatique saillant dans l'intérieur de la vessie et formant clapet. Bien que cette intervention soit assez compliquée, puisqu'elle débute par une taille sus-pubienne, et assez sanglante, l'auteur se propose d'en étendre les indications, en raison des excellents résultats qu'elle lui a donnés.

La cystotomie sus-pubienne se trouve donc réservée aux prostatiques hémorrhagiques, infectés, rétrécis ou calculeux : sur 21 opérés de cette catégorie, il ne se produisit aucune mort opératoire, mais les tentatives faites en vue d'obtenir une fistule continente échouèrent à peu près complètement. Quoique la taille ne soit souvent qu'une ressource ultime, elle n'en a pas moins parfois, comme le cathétérisme, une action curative : chez 3 sujets, le cours normal des urines se rétablit spontanément et d'une manière définitive. (*Hospitalstidende*, 18 et 25 juin, 2 et 9 juillet 1902.) — R. DE B.

Etude étiologique sur la paralysie générale en Suède, par M. H. MARCUS.

Les auteurs n'étant pas d'accord sur le degré d'importance qu'il faut attribuer à la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, M. Marcus vient à ce point de vue d'entreprendre une enquête dans tous les asiles ou hôpitaux de Suède.

Durant ces dix dernières années, il a été traité dans l'ensemble de ces établissements 400 paralytiques généraux des deux sexes : sur ce nombre, il n'y aurait que 59 % de syphilitiques. Cette proportion, si faible qu'elle soit, est cependant des plus suggestives, si l'on tient compte avec M. Fournier que 36.5 % des syphilitiques tertiaires ignorent la nature et l'origine de leur mal. D'ailleurs, il est aisé de démontrer que dans la réalité la proportion précédente doit être beaucoup plus forte. Il faut tout d'abord éliminer les femmes, auprès desquelles il est difficile ou délicat d'obtenir des renseignements, et les malades de la classe ouvrière, en raison de leur ignorance ou de leur indifférence à l'égard de la syphilis. Si donc on se borne à prendre les paralytiques aisés du sexe masculin, en éliminant encore ceux des petits hôpitaux ou asiles de province, on trouve 197 malades, dont 158 ont eu la syphilis, soit une proportion de 80.2 % : à Solna et à Upsala cette proportion atteint même 84 et 87 %. Parmi les femmes et les ouvriers, la syphilis ne se rencontrerait respectivement que dans 29 et 26 % des cas.

Il est à remarquer que, parmi les paralytiques du sexe féminin, les prostituées figurent en très petit nombre (2 sur 48 femmes); M. Westphal, à Berlin, aurait fait la même constatation. Ce paradoxe s'explique aisément, quand on songe que les prostituées subissent généralement un traitement spécifique intensif : on trouve la confirmation de cette hypothèse dans ce fait que la plupart des malades de M. Marcus ne s'étaient pour ainsi dire pas soignés. Par contre, le traitement spécifique n'a aucune action sur la maladie confirmée.

Parmi les autres facteurs étiologiques incriminés (hérédité, alcoolisme, surmenage intellectuel, trauma, excès, vénériens), l'auteur pense que l'hérédité seule mérite d'être retenue : chez les malades de la classe aisée elle se rencontre dans 40 % des observations. Le premier et le grand facteur de la paralysie générale — on pourrait dire l'unique —, est donc la syphilis et la syphilis non soignée, survenant chez un sujet à antécédents névropathiques. La durée d'incubation, assez variable, serait de quinze ans en moyenne. (*Hygiea*, juillet 1902.) — R. DE B.

Papillomes de la vessie recouvrant les deux orifices urétéraux; transplantation des deux uretères sur le sommet de la vessie; extirpation de la tumeur, par M. JENS SCHOU.

Le fait observé par M. Schou est un exemple assez rare de la gravité que peuvent acquérir les papillomes vésicaux.

Une femme de trente-huit ans présentait des tumeurs végétantes dans la région du trigone vésical. Les deux orifices vésicaux étant invisibles, et le diagnostic de la nature exacte de ces proliférations étant un peu douteux, l'on procéda tout d'abord à une taille sus-pubienne exploratrice. La vessie ouverte, on s'aperçut que l'ablation de ces végétations entraînerait le sacrifice des orifices urétéraux envahis par elles. Mais comme la néoplasie se limitait à la muqueuse, et l'examen microscopique d'un fragment ayant démontré sa nature simplement papillomateuse, on résolut d'exécuter une double transplantation des uretères.

Vingt-cinq jours après la cystotomie, l'auteur pratiqua donc une urétéro-néo-cystostomie du côté droit. L'uretère, découvert par voie souspéritonéale au moyen d'une incision allant de la douzième côte à l'épine du pubis, fut implanté au sommet de la vessie, et les parois de celle-ci furent ramenées par-dessus la portion implantée afin de la « sphinctériser ». On draina et l'on mit une sonde à demeure. A part quelques douleurs assez vives dans la région rénale droite, le rétablissement fut rapide et la plaie se cicatrisa par première intention.

Quarante jours plus tard, on entreprit l'implantation de l'uretère gauche. Celui-ci étant ectasié et probablement infecté, on prit les plus grandes précautions pour éviter toute effusion d'urine dans le champ opératoire. L'implantation effectuée, on fit une nouvelle cystotomie pour extirper les papillomes : cette ablation put se faire complètement, car, sauf en un point où la musculeuse était légèrement intéressée, la muqueuse était seule atteinte. Au cours de cette intervention on put se convaincre que l'implantation de l'uretère droit fonctionnait régulièrement.

La malade se rétablit fort bien de ces multiples opérations et rentra chez elle; on continue seulement à la traiter en vue de sa pyélite gauche. (*Ugeskrift for Læger*, 18 juillet 1902.) — R. DE B.

Un nouveau procédé de réduction de la luxation de la hanche, par M. H. VILANDT.

Le procédé de réduction imaginé par M. Vilandt a été appliqué par lui avec succès à deux cas de luxation de la hanche en haut et en arrière.

Le malade, chloroformé, est étendu sur le dos : dans cette attitude, et avec la variété de luxation ici visée, la cuisse est en adduction, flexion et rotation en dedans, le genou du côté malade reposant généralement sur son congénère. L'opérateur se place du côté luxé, se baisse pour engager son épaule homonyme — c'est-à-dire la droite dans le cas de luxation droite, la gauche s'il s'agit d'une luxation gauche — au-dessous du creux poplité du patient; puis, avec ses deux mains, il embrasse fortement à droite et à gauche le bassin : le pouce est placé entre les deux épines iliaques antérieures (supérieure et inférieure) et les quatre autres doigts s'appliquent sur le grand trochanter, soit pour suivre ses mouvements (côté malade), soit pour prendre appui sur lui (côté sain). Pendant ce temps, un aide fixe fortement contre le dos de l'opérateur la jambe du blessé, en la saisissant au niveau du cou-de-pied. L'opérateur se redresse alors lentement : c'est ce mouvement qui réalise l'extension, pendant que les mains, appliquées sur le bassin, assurent la contre-extension. La force qu'on peut ainsi déployer est considérable, mais elle n'est pas aveugle, car, grâce aux pressions qu'exerce la jambe du malade sur le dos et l'épaule de l'opérateur, celui-ci se rend très bien compte de la direction à imprimer à ses mouvements. (*Hospitalstidende*, 4 juin 1902.) — R. DE B.

Epidémie d'angines à streptocoques, compliquées d'érythème noueux et de phlegmon ligneux du cou, par M. CARL JANSON.

La petite épidémie familiale dont M. Janson donne la relation met en évidence certaines associations morbides encore peu connues, notamment en ce qui concerne le phlegmon ligneux du cou (phlegmon de Reclus).

Une femme de trente-cinq ans fut atteinte d'une angine aiguë, dont les exsudats contenaient des streptocoques. Au bout d'une semaine, cette angine avait presque entièrement disparu, mais la malade fut prise de douleurs dans les jambes, dans les genoux et dans les coudes; presque au même moment apparaissait sur la face antérieure des jambes, immédiatement au-dessous du genou, et sur la face postérieure des bras, au-dessus du coude, un érythème noueux typique, accompagné d'un léger épanchement dans les articulations des genoux

et des coudes. Cinq semaines après le début de l'angine, la malade était rétablie.

A ce moment sa fille, âgée de quatorze ans, fut prise d'angine phlegmoneuse, également à streptocoques, puis, quelques jours plus tard, ce fut le tour de la domestique, âgée de vingt-cinq ans. Chez celle-ci l'angine fut légère, et localisée à l'amygdale gauche, quoique due encore au streptocoque. Par contre, la moitié gauche du cou se tuméfia et une induration, bientôt de consistance ligneuse, s'étendit de l'apophyse mastoïde et du bord inférieur de la mâchoire jusqu'à la clavicule. Durant les premiers jours la suppuration paraissait imminente; cependant la résolution se fit peu à peu et au bout de cinq semaines la guérison était presque complète. (*Hygiea*, juin 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

Rapports de la paralysie laryngée récurrentielle avec les maladies internes, par M. L. SYLLABA.

Le travail de M. Syllaba est basé sur 69 cas de paralysie laryngée récurrentielle recueillis pendant huit ans à la policlinique tchèque de Prague, dans le service de M. Thomayer.

De toutes les maladies internes, c'est l'athérome de l'aorte qui est le plus fréquemment compliqué de paralysie récurrentielle. L'auteur a observé 11 faits de ce genre; le total des artérioscléreux qui ont été traités pendant le même laps de temps à l'institut étant de 530, on voit que, sur 100 artérioscléreux, 2 environ sont atteints de paralysie récurrentielle. Etant donné le voisinage intime du nerf récurrent avec l'aorte, il est d'ailleurs facile de comprendre que le processus inflammatoire puisse se propager de la tunique externe de ce vaisseau à la gaine du récurrent et à ses fibres nerveuses elles-mêmes. D'après la disposition anatomique, on pourrait supposer que le récurrent gauche est beaucoup plus souvent frappé que celui du côté droit; mais il n'en est rien : sur les 11 cas relatés par M. Syllaba, le récurrent gauche a été paralysé 6 fois, le droit 5 fois.

C'est par le même mécanisme que dans l'athérome que se développe la paralysie récurrentielle dans l'anévrysme de l'aorte. Parfois c'est simplement la compression par l'aorte dilatée qui détermine la dégénérescence du nerf; mais plus fréquemment celle-ci est due à la propagation de l'inflammation des parois anévrysmatiques; d'après M. Thomayer, il est même possible que la dégénérescence du récurrent ne soit pas causée par l'anévrysme lui-même, mais par l'athérome concomitant de l'aorte. Du moins ne saurait-on attribuer à une simple compression la paralysie de la corde vocale droite dans les cas d'anévrysme de la crosse aortique, pas plus que la laryngoplégie accompagnant un anévrysme de l'aorte descendante; et rapporter la paralysie du récurrent, en pareille occurrence, à un phénomène d'ordre réflexe (Levy), est une pure hypothèse. Au total, la paralysie récurrentielle a été observée par l'auteur 6 fois sur 14 cas d'anévrysme de l'aorte : 5 fois du côté gauche, 1 fois du côté droit.

Chez 2 malades, la paralysie récurrentielle survint au cours d'une insuffisance aortique d'origine athéromateuse. Si l'on ajoute ces faits à ceux d'athérome pur, et si l'on admet que la paralysie laryngée des anévrysmatiques est parfois de même nature, on est forcé de conclure que l'athéromasie aortique provoque la paralysie de l'une des cordes vocales beaucoup plus souvent qu'on ne le pense en général. Suivant l'estimation de M. Syllaba, de 20 à 25 % des paralysies récurrentielles reconnaîtraient une telle origine.

Outre l'athérome aortique, il y a encore d'autres causes médiastinales susceptibles de retentir sur le récurrent. Ainsi l'oreillette dilatée dans le rétrécissement mitral (1 fois); le cancer de l'œsophage (2 fois sur 50 cas de cancer); une tumeur du médiastin (2 fois). La paralysie récurrentielle dans le rétrécissement mitral est un accident très rare; on n'en connaissait jusqu'ici que 4 faits.

Dans 8 observations sur 69 (11.6 %), la paralysie laryngée était associée à la tuberculose pulmonaire. Or, pendant le même intervalle de temps, on a traité à l'institut 2,800 tuberculeux, ce qui donne une proportion de 0.29 %. C'est là un taux assez faible, mais l'association morbide en question doit être pourtant considérée comme relativement commune, en raison de la fréquence de la tuberculose. La propagation se fait ordinairement par l'intermédiaire d'une pleurésie sèche du sommet, qui entoure et comprime le récurrent. Contre l'opinion courante, ce fut, chez les malades de l'auteur, le récurrent gauche qui fut plus souvent atteint que le droit (6 cas contre 2). Ajoutons que chez un de ces patients, la paralysie du récurrent a été le premier signe de la maladie pulmonaire; ce n'est que trois ans plus tard que survint une hémoptysie.

Au cou, c'est le goitre qui cause le plus ordinairement la paralysie de la corde vocale; M. Syllaba a constaté ce fait chez 7 malades (10.1 %). Dans un cas la paralysie était consécutive à la section du nerf récurrent pendant l'opération du goitre. Dans un autre, elle s'était développée en même temps que la paralysie de la moitié correspondante du voile du palais et que celle du nerf sympathique, par suite de la compression exercée par des ganglions lymphatiques tuméfiés, chez un patient porteur d'une tumeur médiastinale.

D'origine basale était la paralysie notée dans un cas de sarcome métastatique ayant détruit tous les nerfs crâniens gauches, depuis la cinquième paire. Chez un autre malade, il s'agissait du syndrome de Jackson (paralysie unilatérale du larynx et du palais et hémiatrophie de la langue, par lésion nucléaire ou radiculaire du pneumogastrique), en l'absence de tout autre signe d'une maladie nerveuse (tabes, syringomyélie, etc.).

Une paralysie laryngée motrice d'origine tabétique a été rencontrée par l'auteur 6 fois sur 170 cas de tabes (3.5 %) : 5 fois c'était le crico-aryténoïdien postérieur seul qui était pris, 1 fois le récurrent tout entier. D'après cette statistique, la paralysie laryngée tabétique serait beaucoup plus rare qu'on ne l'admet généralement, mais, conformément à la théorie classique, l'abducteur de la corde serait le plus souvent seul intéressé.

Chez 2 malades enfin M. Syllaba put attribuer à la paralysie laryngée une origine cérébrale (encéphalite aiguë et embolie cérébrale au cours d'un rétrécissement mitral). Pour expliquer cette rareté des paralysies laryngées cérébrales, il émet l'hypothèse que, s'il est vrai que chacune des cordes vocales est innervée par les deux hémisphères, il existe toutefois des sujets chez lesquels le nombre des fibres non croisées est si limité que, dans le cas de destruction du neurone laryngé central d'un côté, les fibres non croisées de l'hémisphère opposé ne suffisent pas pour empêcher le développement de la paralysie; mais cette disposition étant peu fréquente, les paralysies laryngées cérébrales sont elles-mêmes peu communes. (*Sbornik klinicky*, IV, 1.) — L. S.

Sur la tachycardie paroxystique essentielle, par M. E. MAIXNER.

En s'appuyant sur 9 cas de tachycardie paroxystique bien observés, M. le professeur Maixner conclut que cette maladie est une névrose *sui generis*, comparable aux autres névroses, notamment à la migraine et à l'épilepsie; il arrive même que les paroxysmes tachycardiques alternent chez la même personne avec des accès épileptiques ou avec des attaques de migraine. Aussi quelques auteurs ont-ils considéré la tachycardie paroxystique comme un équivalent épileptique; mais d'après M. Maixner on ne peut pas douter de l'indépendance nosologique de la maladie de Bouveret, si l'on se rappelle tout le tableau caractéristique du paroxysme, et surtout cette circonstance que l'accès de tachycardie revient toujours sous la même forme, en commençant et en finissant de la même façon.

Le caractère névrosique de cette affection est aussi démontré par l'apparition de la tachycardie dans des familles où l'on observe, chez d'autres membres, l'épilepsie, la migraine, l'asthme, le goitre exophtalmique, la chorée, l'hystérie et la neurasthénie.

L'opinion de M. Martius, pour qui la maladie de Bouveret serait causée par une dilatation primitive paroxystique du cœur, est, d'après l'auteur, tout à fait erronée. Il n'a trouvé le cœur dilaté que chez un seul de ses 9 malades, vers la fin de la vie; cet individu ayant été soumis à l'observation de M. Maixner durant plusieurs années, son cœur fut examiné pendant les périodes de repos et pendant les paroxysmes; or, il ne se dilata que lors du dernier accès, lequel se termina par la mort (1). Aussi, l'auteur est-il d'avis que la dilatation du cœur n'est qu'un phénomène accessoire de la maladie de Bouveret, phénomène qui ne peut guère être observé chez des sujets ayant un cœur parfaitement résistant; quand il survient, il annonce toujours que le cœur est évidemment affaibli. Cette faiblesse est tantôt passagère, et disparaît à la fin du paroxysme, tantôt au contraire elle est mortelle. Elle résulte d'une myocardite qui n'a jusqu'à présent jamais fait défaut à l'autopsie des malades morts de tachycardie paroxystique, et que l'on a aussi constatée dans le cas de M. Maixner.

Il ne s'agit pas non plus, dans la maladie de Bouveret, d'une altération fonctionnelle des nerfs pneumogastriques ou sympathiques, car les lésions anatomiques de ces nerfs ne sont pas accompagnées d'une accélération du pouls aussi considérable que dans la tachycardie.

La vraie cause de la névrose tachycardique doit être cherchée dans des troubles fonctionnels des centres bulbaires qui ont sous leur dépendance les mouvements rythmiques du cœur; le paroxysme tachycardique représente une explosion de ces centres, de même que l'accès épileptique traduit une explosion des centres moteurs corticaux, l'attaque migraineuse une explosion des centres vasomoteurs cérébraux. Les impulsions qui provoquent cette explosion sont souvent tout à fait inconnues; quelquefois c'est un surmenage physique, ailleurs une émotion ou une perturbation psychique quelconque. Dans une série de faits, l'impulsion arrive aux centres bulbaires par la voie des nerfs centripètes, par exemple ceux de l'appareil digestif, sans que ces cas, signalés comme tachycardie paroxystique réflexe, diffèrent en rien, au point de vue symptomatologique, de la tachycardie paroxystique essentielle. (*Sbornik klinicky*, III, 4 et 5.) — L. S.

Sur la paralysie agitante débutant par les membres inférieurs, par M. THOMAYER.

La maladie de Parkinson débutant par les membres inférieurs n'a été que fort peu étudiée jusqu'ici et l'on croit généralement qu'elle est très rare. Ce n'est pas l'opinion de M. le professeur Thomayer, qui a observé, dans le bref délai de deux ans, plusieurs parkinsoniens chez lesquels les premiers signes pathologiques se sont développés au niveau des extrémités inférieures.

Les faits de ce genre se présentent sous deux tableaux symptomatiques différents. Parfois, en effet, le tremblement parkinsonien se produit quand le malade est couché, assis ou debout, en un mot quand les membres inférieurs n'accomplissent pas de mouvements volontaires, pour disparaître aussitôt que le patient commence à exécuter de tels mouvements, par exemple se met à marcher; la démarche est alors elle-même tout à fait normale.

Dans d'autres cas, au contraire, le tremblement des extrémités inférieures est surtout manifeste pendant la marche, en même temps qu'il se combine avec une faiblesse parfois extrême de ces extrémités. Par suite, la démarche devient vraiment bien particulière, et rappelle au premier abord celle des sujets atteints d'une paraparésie spasmodique d'origine spinale; mais l'attitude caractéristique des patients, leur air figé, la propulsion ou la rétropulsion permettent à un observateur prévenu d'éviter une erreur de diagnostic, qui a été commise d'ailleurs par des cliniciens éminents. (*Sbornik klinicky*, III, 5.) — L. S.

(1) De son côté, M. Repka, dans le numéro 92 du *Thomayerova sbirka prednášek a rozprav*, relate 2 observations classiques de tachycardie paroxystique, recueillies dans le service de M. le professeur Thomayer, et arrive à des conclusions analogues à celles de M. Maixner. Après avoir mentionné que, chez ses deux malades, l'aura précédant l'accès de tachycardie rappelait de tous points l'aura épileptique, il signale que, chez l'un de ces patients, le cœur se dilatait durant l'accès pour revenir ensuite à ses dimensions normales, tandis que chez l'autre cette dilatation faisait toujours défaut.

Ajoutons que les tracés sphygmographiques pris par M. Repka démontrent que le pouls, dans le paroxysme tachycardique, est anacrote. — L. S.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. Ernest Barié.

Les faux cardiaques.

Vous vous souvenez certainement de ce jeune homme, employé dans un grand magasin de nouveautés, qui se présenta récemment à notre consultation du vendredi parce qu'il se croyait atteint d'une «maladie de cœur» pour laquelle il venait réclamer nos soins. Il se plaignait d'oppression et de phénomènes douloureux dans la région précordiale, localisés surtout au niveau de la pointe du cœur où il accusait des sensations de pincement, de piqûre et plus souvent encore des douleurs lancinantes, en même temps qu'il sentait son cœur battre violemment dans la poitrine. Or, l'examen attentif de la région précordiale nous montra l'intégrité parfaite du cœur; les battements étaient réguliers, non précipités, le cœur avait son volume normal, les bruits ne présentaient aucune altération de timbre ni de rythme; le foie offrait son volume physiologique, les urines ne renfermaient pas trace d'albumine; enfin, on ne trouvait point d'œdème, même très léger, autour des malléoles. En résumé, ce jeune homme n'était atteint d'aucune maladie organique du cœur, contrairement à ce qu'il craignait. Mais, en poursuivant l'examen clinique, nous découvrîmes chez lui — en dehors du cœur qui était indemne, je le répète — des troubles divers qui nous donnèrent l'explication des phénomènes douloureux de la région apexienne, ainsi que des palpitations violentes que le malade rapportait faussement à une maladie organique du cœur. En effet, ce jeune homme, qui est un nerveux, d'une vive impressionnabilité, est encore un dyspeptique : par habitude, et aussi un peu pressé par l'heure, il mange vite, mastique à peine et avale les aliments insuffisamment divisés; il en résulte qu'au moment du travail de la digestion, des troubles digestifs se manifestent d'une façon presque quotidienne : ce sont surtout du météorisme, du pyrosis, des bâillements répétés, des bouffées de chaleur au visage, de la pesanteur à l'épigastre et parfois même, quoique plus rarement, de la gastralgie. Si l'on poursuit l'interrogatoire et qu'on appelle particulièrement l'attention du malade sur ce point, on apprend de lui que les palpitations, que les battements douloureux dans la poitrine, ainsi qu'une certaine oppression, se manifestent de préférence au moment du travail de la digestion. Ainsi donc, notre consultant n'est point un cardiaque vrai : c'est un nerveux, un dyspeptique, avec troubles fonctionnels secondaires du côté du cœur; c'est en somme un *faux cardiaque*. Or, cette catégorie de patients est innombrable, et si nous ne les rencontrons pas plus souvent dans nos salles, c'est que les accidents dont ils se plaignent, encore que parfois très pénibles, ne les empêchent pas absolument de vaquer à leurs occupations. Dans la clientèle de la ville, au contraire, où les malades sont moins absorbés par le souci du pain quotidien, vous observerez très fréquemment ces faux cardiaques; c'est pourquoi il ne sera pas inutile, je crois, d'étudier ici avec quelque soin les faits de ce genre, très nombreux et assez variés d'ailleurs, ainsi que vous allez le voir.

On peut en effet, dans ce groupe si compact, considérer un assez grand nombre de types cliniques; mais je n'en retiendrai que quatre, qui me paraissent résumer la plupart des variétés les plus fréquentes; ils se rencontrent surtout chez les adultes, de préférence chez les individus jeunes, voire même chez les adolescents.

Dans un premier cas, il s'agit d'un jeune garçon, en pleine évolution de croissance, à thorax un peu étroit ou insuffisamment développé; ce jeune homme, presque toujours fils de névropathes, est entré au lycée depuis quelques mois, et, dès les premières semaines, fatigué par ses études et atteint de nostalgie, il a perdu l'appétit, a maigri et s'est plaint de violents battements de cœur. On a prononcé devant la famille les mots d'hypertrophie cardiaque de croissance, et de suite les parents alarmés sont venus demander un avis sur cette soi-disant hypertrophie, laquelle, soit dit en passant, n'existe jamais et n'a pu être admise que par suite d'une fausse interprétation des faits cliniques.

Le second type, plus fréquent que le premier, vous montre une jeune femme ou mieux encore une jeune fille, amaigrie, pâle, anémiée, d'aspect chlorotique, mal réglée, nerveuse ou tout au moins impressionnable à l'excès, souffrant de battements de cœur violents, de gêne douloureuse ou même de douleurs véritables au niveau du cœur. La famille s'inquiète, on craint une affection cardiaque, on voudrait avoir votre opinion, et l'on vous presse d'autant plus que de votre réponse dépendra l'avenir de cette jeune fille pour laquelle se pose la question d'un mariage, quelquefois même déjà décidé.

Dans un autre type, le malade est un jeune homme de seize ou dix-huit ans, ou encore aux environs de la vingtième année, de descendance arthritique ou bien avec une hérédité névropathique fort chargée, et neuro-arthritique lui-même. Lui aussi accuse des palpitations violentes : à chaque contraction du cœur, le choc de la pointe éveille une sensation douloureuse dans le thorax, et le patient, ainsi qu'il le dit lui-même, « sent son cœur ». Le plus souvent, ce jeune homme est un surmené du cerveau, par suite d'un long travail de préparation à un examen, à un concours. C'est un candidat à l'Ecole polytechnique, à l'Ecole centrale, fréquemment aussi à notre concours de l'internat des hôpitaux; en outre, il a fait souvent abus de tabac et surtout de café pour s'entraîner au travail et vaincre le sommeil. Dans ces conditions, la santé générale n'a point tardé à s'altérer sensiblement, et la famille justement inquiète a réclamé un avis médical éclairé. De plus, comme ce jeune malade est presque toujours un nerveux à cœur petit, on a pu constater chez lui la présence d'un souffle au niveau du cœur, souffle attribué tour à tour à une lésion organique, à l'anémie, à un bruit pulmonaire rythmé par les mouvements cardiaques. De ces diagnostics opposés découlent, cela va sans dire, des pronostics très variables. Vous comprenez aisément combien sera grande votre responsabilité, si vous êtes amené à trancher la question et à décider devant la famille alarmée de l'avenir de ce jeune candidat.

Le quatrième type de malade à classer parmi les faux cardiaques est un peu différent des premiers, mais non moins intéressant. Il ne s'agit plus ici d'un adolescent, mais d'un homme adulte à proprement parler. C'est assez fréquemment un artiste, un journaliste, ou bien un homme occupé d'affaires de bourse, de finances, ou encore une personnalité du monde politique, tous gens impressionnables à l'excès, chez lesquels les occupations journalières provoquent une sorte d'excitation fébrile permanente, entretenue trop souvent encore, pour quelques-uns, par ce qu'on appelle la « grande vie ». Ces malades, assez volontiers dyspeptiques, se plaignent de sensations d'angoisse et de plénitude précordiales, accompagnées de palpitations douloureuses, d'anhélation et parfois d'essoufflement véritable. Ils se croient atteints d'une « maladie de cœur » et viennent vous demander un diagnostic qui calme leurs inquiétudes. Ils réclament aussi, en gens pressés, un traitement qui les débarrasse rapidement de leurs troubles cardiaques, et leur permette de continuer leur existence fiévreuse et de se livrer aux sports : les armes, l'automobilisme, l'équitation, etc., dont ils sont généralement très friands.

Voilà autant de types de faux cardiaques, qu'il serait d'ailleurs facile de multiplier à l'infini. Or, à quelque classe qu'appartiennent ces malades, on rencontre, chez le plus grand nombre d'entre eux, toute une série de phénomènes morbides qui leur sont communs : ce sont d'abord des sensations douloureuses de piqûre, de pincement, parfois de brûlure, etc., au niveau de la région apexienne, aiguës ou subaiguës suivant le degré d'impressionnabilité du sujet, des précordialgies gravatives ou constrictives avec irradiations plus ou moins nettes vers la région cervicale et le membre supérieur du côté gauche, rappelant les crises douloureuses de l'angor pectoris. Mais le phénomène le plus fréquent de tous, celui qui ne manque pour ainsi dire jamais, et dont se plaignent les patients avec le plus d'insistance, ce sont les palpitations. Or, à ce propos, il faut avant tout réfuter l'assertion de Gendrin qui disait que «les palpitations surviennent comme symptôme de la plupart des maladies du cœur »; c'est là une erreur, et il est juste de substituer à cette proposition erronée une loi clinique qui ne souffre guère d'exception et qu'avait formulée Potain en déclarant que « tout malade qui consulte pour des palpitations — et rien que des palpitations, sans aucun autre trouble morbide — doit être présumé exempt de maladie du cœur ». Ceci est rigoureusement vrai pour les sujets qui nous occupent en ce moment, car l'auscultation décèle chez eux l'absence de toute altération organique du cœur. Si vous poursuivez votre investigation avec quelque soin, vous verrez bientôt, s'il s'agit d'un adulte, que le malade qui est venu vous consulter est en réalité un *dyspeptique*, un *fumeur*, un *névropathe*, ou encore un *tuberculeux au début*. Etudions avec quelques détails les «fausses cardiopathies» dans ces diverses éventualités.

Dans le premier cas — celui de *dyspepsie* —, dont notre jeune homme de la consultation nous offre un exemple intéressant, vous avez affaire à des sujets très occupés, pressés par le temps, qui mangent trop ou trop vite, avalant, en hâte, les aliments à peine mastiqués, et chez lesquels les troubles digestifs engendrés par cette hygiène défectueuse se manifestent par du météorisme, du clapotement stomacal, de la gastralgie, du pyrosis, etc. Ces patients ne tardent guère à présenter des troubles réflexes du côté du cœur, troubles qui les inquiètent fort, et c'est à ce moment qu'ils se présentent chez le médecin, craignant d'avoir une affection cardiaque. Le plus souvent, ce sont des palpitations qui dominent la scène et alors vous relèverez presque toujours dans les habitudes du sujet l'abus du thé, du café, des boissons excitantes; le malade sent son cœur battre violemment et douloureusement dans le thorax, et à chaque systole le choc apexien provoque une sensation des plus pénibles, parfois même une douleur aiguë dans la région mamelonnaire. Ces palpitations sont fréquemment accompagnées de tachycardie et d'éréthisme du cœur, en sorte que la main appliquée au niveau de la région de la pointe perçoit en même temps une fréquence extrême et une impulsion énergique et inaccoutumée des battements cardiaques. Ces palpitations des dyspeptiques sont extrêmement communes; signalées par Abercrombie (1828), puis par Chomel, par Beau, elles ont été étudiées surtout par Lasègue (1872) qui en a montré toute la valeur séméiologique. En pratiquant l'auscultation au moment des crises de palpitations, la tête du clinicien est parfois soulevée par la violence des contractions du cœur; au contraire, dans d'autres circonstances, ces contractions seront très affaiblies. Les bruits cardiaques conservent le plus souvent leur régularité normale, mais on a pu noter aussi des irrégularités, des intermittences vraies ou fausses dans le sens où l'entendait Laënnec. En même temps, on constate quelquefois un assourdissement dans le timbre des bruits; ceux-ci cependant sont d'ordinaire vibrants, fortement frappés, et prennent même le caractère métallique. Enfin il n'est pas rare de percevoir des souffles transitoires, d'intensité et de siège variables, d'origine cardio-pulmonaire. Je n'insis-

terai pas sur les caractères du pouls; ils sont en rapport avec la régularité ou les désordres du cœur.

Ce type de malade, à la fois dyspeptique et pseudo-cardiaque, est extrêmement fréquent; vous le rencontrerez à chaque instant dans votre vie médicale; en voici maintenant un autre beaucoup plus rare sur lequel je désire insister quelque peu. Il est des sujets, en particulier des névropathes et principalement des femmes, qui sont pris d'une oppression extrême, quelquefois d'une véritable orthopnée, immédiatement après l'ingestion de quelques aliments, même en très petite quantité. Cette dyspnée est parfois accompagnée de crises de palpitations et les choses ne vont pas plus loin du côté du cœur. Mais il n'en est pas toujours ainsi et, chez certains sujets évidemment prédisposés, les crises sont de longue durée, et on note, outre une orthopnée intense, du refroidissement périphérique, de la cyanose, de l'œdème périmalléolaire, ainsi que des signes évidents de dilatation cardiaque portant sur les cavités droites. Dans certaines circonstances, cette dilatation peut aller si loin qu'elle engendre bientôt une insuffisance tricuspidienne purement fonctionnelle et éminemment temporaire, avec ses signes cliniques habituels.

Ici, comme vous le voyez, la perturbation est profonde, et cependant ces malades sont encore de faux cardiaques; tout le mal vient des voies digestives et il suffira, par un traitement approprié fort simple — dont le régime lacté fera, à lui seul, presque tous les frais —, de remédier aux troubles gastriques, pour voir cesser aussi les désordres cardiaques qui en sont la conséquence. Le mécanisme de ces accidents, dont, avec mon regretté maître Potain, j'ai essayé autrefois de retracer l'histoire (1879-1883), est d'ailleurs fort simple :

Sous l'influence d'une incitation partie de la muqueuse gastrique, il se produit, par l'intermédiaire du grand sympathique, une excitation réflexe sur les capillaires du poumon, dont elle provoque la contraction spasmodique. Celle-ci élève brusquement la tension dans le système de l'artère pulmonaire; le cœur droit se dilate consécutivement, ce qui entraîne parfois une insuffisance tricuspidienne. En un mot, le phénomène réflexe part des voies digestives pour retentir sur le cœur droit, non point directement, mais par l'intermédiaire du poumon; de plus, l'expérimentation directe sur l'animal a démontré que dans sa totalité l'arc réflexe emploie la voie du grand sympathique; le nerf pneumogastrique semble y être étranger ou tout au moins ne tenir qu'un rôle effacé. Quant aux troubles digestifs initiaux capables d'engendrer de semblables perturbations, jamais ils ne sont liés à des altérations profondes des voies digestives, telles que des lésions ulcéreuses ou néoplasiques, ni même plus simplement à l'abondance excessive des aliments, distendant l'estomac à l'excès. Ils se rattachent, au contraire, à des irritations légères, et quelques cuillerées de potage suffisent à provoquer tout l'ensemble morbide. D'ailleurs, l'estomac n'est point seul capable de donner lieu à ces désordres cardiaques; la présence dans les voies biliaires d'un calcul même de petite dimension, ainsi que certains troubles dans le domaine de l'intestin (J. Teissier), peuvent déterminer des phénomènes de même nature.

Le second groupe de faux cardiaques que nous avons à considérer comprend les sujets qui font abus ou même simplement usage de *tabac*. Les palpitations des fumeurs sont fréquentes et faciles à dépister quand on recherche avec quelque soin les commémoratifs; on rencontrera aussi ces mêmes accidents chez les priseurs et ceux qui usent habituellement de la chique. Il n'est pas démontré que ces troubles cardiaques s'observent également chez les personnes qui manipulent le tabac en feuilles ou en poudre; à ce sujet, cependant, je dois vous dire que nous avons eu l'année dernière, dans notre salle des femmes, une ouvrière travaillant de longue date à la manufacture du Gros-Caillou, et qui, depuis près de six mois, se plaignait d'oppression légère, de constriction précordiale et parfois de palpitations, dont nous n'avons pas trouvé la cause en dehors d'une intoxication professionnelle chronique très probable.

Les fausses cardiopathies *d'origine nerveuse* sont bien autrement fréquentes; elles font partie des mille misères dont se plaignent les névropathes, les hystériques, les neurasthéniques, les hypocondriaques, etc.; le plus souvent, cependant, elles sont l'apanage de ce groupe si nombreux de malades désignés sous le nom de neuro-arthritiques. Ceux-ci, à la suite des moindres émotions, des chagrins, des préoccupations, et quelquefois même sans cause bien appréciable, accusent des sensations douloureuses de pesanteur ou de constriction intrathoraciques, des points de côté, des zones d'hyperesthésie dans la région précordiale et principalement au niveau de la pointe, qu'exagère habituellement le choc apexien. Ces phénomènes douloureux ne se rattachent à aucune altération grave du côté du cœur, ainsi que le démontre l'auscultation; ils sont l'expression de myalgies, de névralgies intercostales exacerbées par le choc violent de la pointe, sous l'influence des contractions vigoureuses du myocarde, qui accompagnent les palpitations habituelles chez ces malades.

La *tuberculose pulmonaire* peut se manifester, à son début même, par certains troubles fonctionnels, et en particulier par des palpitations qui pourraient faire supposer faussement que le sujet est atteint d'une maladie de cœur, alors qu'il n'est en réalité qu'un faux cardiaque.

Les palpitations des tuberculeux, que nous avons étudiées il y a longtemps déjà (1), sont accompagnées parfois de tachycardie, mais ces deux phénomènes ne sont point liés forcément. La tachycardie a elle-même une valeur séméiologique très importante (Wells, Faisans, F. Bezançon), car elle peut apparaître tout au début de la tuberculose, six mois, voire un an avant que l'attention ait été attirée du côté du poumon.

Quoi qu'il en soit, les palpitations du début de la tuberculose n'ont point toutes la même origine; assez fréquemment elles relèvent d'un état dyspeptique très commun dans la tuberculose commençante (dyspepsie prétuberculeuse); en d'autres circonstances plus rares, elles sont dues à des complications cardiaques : péricardite, endocardite, de nature tuberculeuse ou non; dans d'autres cas, enfin, la tuberculose pulmonaire s'accompagne d'adénopathies trachéo-bronchiques qui peuvent comprimer et exciter le pneumogastrique. Lorsque les palpitations ou la tachycardie surviennent, ce qui n'est point exceptionnel, au début même de la tuberculose, on ne peut guère incriminer la compression du nerf vague, car les adénopathies sont nulles ou insuffisamment développées; l'excitation est peut-être alors d'origine centrale.

C'est encore à une influence nerveuse sur le domaine du pneumogastrique qu'il faut rattacher certains cas de bradycardie symptomatique d'une tuberculose, mais ces faits sont beaucoup plus rares que les précédents.

Si le diagnostic des fausses cardiopathies qui se rattachent à la dyspepsie, à l'abus du tabac ou aux états névropathiques, ne présente pas de réelle difficulté pour le clinicien attentif, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de rapporter à une tuberculose commençante les palpitations et la tachycardie dont se plaint le malade et qu'il attribue faussement à une affection du cœur. C'est qu'en effet le diagnostic de la tuberculose au début est un des problèmes les plus difficiles de la clinique médicale. Il ne convient pas d'entreprendre ici cette importante étude, et je vous rappellerai seulement en quelques mots les éléments principaux de ce diagnostic différentiel. Lorsque les signes physiques font défaut ou sont si peu nets que leur valeur reste discutable, le diagnostic en faveur de la tuberculose s'appuiera sur l'abaissement de la pression artérielle, qui ne manque pour ainsi dire jamais dans la tuberculose initiale non compliquée, et sur la phosphaturie très fréquente également à cette période. L'examen radioscopique fournira aussi des renseignements précieux, en montrant la diminution de la transparence normale au niveau du sommet du poumon malade, ainsi que l'abaissement incomplet du diaphragme de ce même côté. Enfin on pourra s'aider encore de l'épreuve par l'iodure de potassium selon le procédé de Striker, et du sérodiagnostic proposé par MM. Arloing et Courmont (1898).

Jusqu'ici, dans cette étude clinique des faux cardiaques, nous n'avons eu en vue que les adultes; cependant, les adolescents peuvent présenter la même série d'accidents. Vous les trouverez chez ceux qui ont des habitudes d'onanisme, ou dont le système nerveux est ébranlé par des excès dans l'acte génital; chez d'autres, la présence d'un tænia dans l'intestin a suffi pour provoquer les mêmes phénomènes. Mais les affections le plus susceptibles, à cette période de la vie, d'emprunter l'apparence d'une affection du cœur, sont la *pseudo-hypertrophie dite de croissance*, la *chlorose* et la *maladie de Basedow*.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur la première, au sujet de laquelle l'accord est fait pour la majorité des cliniciens. On sait qu'à la puberté l'accroissement de volume du cœur est rapide, puisque, vers dix-sept ou dix-huit ans, l'aire de matité cardiaque est sensiblement le double de ce qu'elle est à douze ans; or, si l'amplitude thoracique n'augmente pas en proportion, le cœur sera trop gros par rapport au thorax; de là cette conception théorique, émise par R. Pfaff (1860) et plus tard par G. Sée (1885), d'une hypertrophie du cœur née sous l'influence de la croissance. Elle se manifesterait cliniquement par des troubles du côté de l'appareil circulatoire : éréthisme cardiaque, palpitations avec ou sans tachycardie, précordialgies accompagnées de céphalée et d'oppression, simulant d'assez près une cardiopathie. En réalité, le cœur n'est nullement hypertrophié; c'est le thorax qui s'est mal ou incomplètement développé. A l'inspection de la poitrine, on voit en effet que le thorax s'est allongé démesurément, mais que son périmètre est, au contraire, insuffisant, parce que ses diamètres transverse et antéro-postérieur sont rétrécis. Il en résulte que le cœur, dont le volume est resté normal, opère un mouvement de descente dans la cavité thoracique trop développée dans le sens vertical, et trop étroite latéralement, et que sa pointe vient battre plus bas qu'à l'ordinaire, d'où fausse apparence d'hypertrophie cardiaque. Il s'agit, en somme, d'un manque de parallélisme entre le développement du cœur, qui est normal, et celui du thorax, qui est défectueux. Quant aux troubles fonctionnels cardiaques de la croissance, décrits par les auteurs, ils n'en existent pas moins; ils ont des causes complexes et se rattachent presque toujours à plusieurs facteurs associés : nervosisme héréditaire, neurasthénie, troubles digestifs, nostalgie des collégiens, surmenage cérébral, etc., etc. (Potain, Vaquez, Huchard).

La chlorose doit être citée au premier rang parmi les maladies des adolescents qui, dans leur évolution clinique, simulent avec le plus de netteté certaines affections organiques du cœur. La confusion est d'autant plus facile au premier examen qu'il n'est guère de chlorose sans accompagnement de quelque trouble fonctionnel du côté de l'appareil circulatoire. Les points douloureux de la région précordiale, l'hyperesthésie de la zone apexienne, l'oppression, la tachycardie et surtout les palpitations,

(1) E. Barié. Les palpitations chez les tuberculeux. (*Rev. de clin. et de thérapeut.*, mai 1894.)

sont pour ainsi dire la règle. Les chlorotiques, disait Bouillaud, « éprouvent des palpitations, de la dyspnée et de l'étouffement au moindre exercice, après avoir monté un escalier. » La confusion est donc possible au premier abord, et cela d'autant plus qu'il existe — si l'on peut dire ainsi — une sorte d'enchevêtrement étroit entre la chlorose et les cardiopathies. Nous voyons en effet que si la chlorose présente fréquemment des symptômes d'apparence cardiaque, à leur tour certaines maladies organiques du cœur empruntent à la chlorose quelques-uns de ses signes habituels; je n'en veux pour preuve que le type dit chlorotique du rétrécissement mitral pur des jeunes filles, dans lequel les patientes offrent un état de langueur, une pâleur de cire de la face et de tout le tégument, une teinte profondément décolorée des muqueuses, des troubles gastriques, des perturbations menstruelles, des accidents névropathiques tout à fait analogues à ceux de la chlorose vraie.

Le diagnostic entre les deux affections se fera par l'auscultation attentive, par l'étude des antécédents, par la marche ultérieure de la maladie; on évitera soigneusement de confondre avec des souffles organiques certains bruits soufflants d'origine anémique ou cardio-pulmonaire habituels dans la chlorose, qui augmentent encore, par leur présence, l'apparence pseudo-cardiopathique de la chloro-anémie.

Sans vouloir aborder ici la pathogénie de ces manifestations pseudo-cardiaques dans la chlorose, on peut se demander cependant si la fonction menstruelle — d'ailleurs si fréquemment troublée chez les chlorotiques — n'est point un facteur important dans la production de ces phénomènes morbides: on connaît l'intéressante observation de Draper (1886), concernant une jeune fille de treize ans, atteinte de palpitations et de tachycardie extrême, qui vit disparaître ces accidents après l'apparition des premières règles. Cette hypothèse est d'autant plus justifiée qu'à l'autre extrémité de la vie génitale chez la femme, c'est-à-dire à la *ménopause*, on retrouve la plupart de ces troubles cardiaques; ils ne sont point exceptionnels non plus dans le cours des *affections de la matrice et des annexes*, ce qui conduit forcément à reconnaître une influence utérine certaine sur la genèse de ces manifestations cardiaques.

La tachycardie, qui est le symptôme fondamental de la maladie de Basedow, pourrait faire regarder le sujet comme un cardiaque vrai, alors qu'il n'y a dans le goitre exophtalmique qu'une apparence trompeuse de cardiopathie. C'est ici qu'une étude attentive du patient est indispensable, surtout dans les formes frustes ou incomplètes de la maladie, qui sont si fréquentes. Outre l'auscultation du cœur, qui démontre son intégrité, on attachera une grande importance diagnostique — en dehors de la triade: tachycardie, goitre, exophtalmie — à la présence de battements énergiques des artères du cou, à l'existence du tremblement à secousses brèves et menues du tronc, de la tête et des mains, à la diarrhée, aux troubles psychiques, à la thermophobie, aux sueurs profuses, etc., etc., tous symptômes habituels dans la maladie de Basedow.

Il faut aborder maintenant un autre groupe de faux cardiaques, non moins nombreux que les précédents, chez lesquels on relève avant tout l'existence d'un trouble fonctionnel, grave en apparence, sans danger en réalité, constitué par un accès de *fausse angine de poitrine*. Le malade en est très effrayé, et il importe au plus haut point que le clinicien, s'appuyant sur un diagnostic ferme, puisse le rassurer et l'éclairer sur la nature véritable de son mal. La distinction clinique entre la vraie et la fausse angine de poitrine a été maintes fois établie devant vous; c'est pourquoi je me contenterai de vous rappeler en quelques mots que, chez ces faux cardiaques, l'accès de pseudo-angine consiste en une sensation douloureuse de poids, de lourdeur, de «cœur trop gros» siégeant à la partie moyenne de la région précordiale, avec irradiations vers le cou, l'épaule et le membre supérieur gauche jusqu'à l'extrémité des doigts. Cet accès, dont la durée peut être d'une demi-heure et même d'une heure, s'accompagne d'anhélation, de dyspnée légère; il éclate à n'importe quel moment, même au repos complet, et souvent pendant la nuit, entre minuit et deux heures du matin, c'est-à-dire à l'heure habituelle de toutes les crises paroxystiques: asthme, goutte, laryngite striduleuse, etc. Il survient à tout âge et surtout chez les femmes, à cause de leur état névropathique fréquent. Cet accès, qui peut se reproduire nombre de fois (30, 40 fois et plus dans une année), se termine toujours par la guérison, et, dans l'intervalle des crises, la santé reste excellente.

Vous voyez de suite comment ces accès se distinguent des crises de l'angine de poitrine vraie, qui est surtout le propre de l'âge mûr et s'observe de préférence chez les hommes, plus exposés à l'artériosclérose. Ces crises ne présentent, du moins dans les premiers temps, que des retours éloignés; elles sont presque toujours diurnes et consécutives à des mouvements brusques, à des efforts musculaires, à une marche précipitée, principalement sur un terrain montueux, ou encore à des émotions vives. La douleur est violente, angoissante, simulant une constriction intense dans des griffes puissantes ou dans les bras d'un étau; son siège est rétrosternal et non précordial; enfin la crise ne dure que quelques secondes et elle peut entraîner la mort subite; sur 64 cas analysés par Forbes, 49 fois l'accès eut une semblable terminaison.

Chez ces faux cardiaques pseudo-angineux, dont vous voyez fréquemment des exemples à nos consultations hebdomadaires, nous relevons la plupart des tares pathologiques que nous avons constatées chez nos faux cardiaques des premiers groupes; un grand nombre sont des névropathes, des dyspeptiques, des fumeurs ou des arthritiques. Il arrive même souvent que plusieurs de ces facteurs étiologiques sont réunis chez le même individu. Parmi les névropathes, nous trouvons principalement des hystériques, des neurasthéniques, des basedowiens; chez ces derniers, la pathogénie des crises d'angor reconnaît des influences complexes et il faut faire intervenir, soit séparément, soit à la fois, des troubles gastro-intestinaux et des dilatations passagères du cœur, si fréquents dans le goitre exophtalmique, ou des manifestations purement rhumatismales, ou enfin des névralgies du plexus cardiaque.

Nous devons encore rattacher à des perturbations profondes du système nerveux les cas de troubles fonctionnels cardiaques à type pseudo-angineux, nés sous l'influence d'une névralgie abdominale, d'une affection utérine, d'un accouchement, d'un traumatisme, d'une affection douloureuse du thorax ou des membres supérieurs, amputation, névralgies, etc. Il faut signaler encore les accès, beaucoup plus rares, qui surviennent au début de la pleurésie ou même précèdent de quelques jours l'apparition des signes physiques de cette maladie, ou encore ceux qui éclatent chez quelques écrivains prédisposés, par surexcitation nerveuse et contraction spasmodique des doigts, etc.

Parmi les malades dyspeptiques avec crises pseudo-angineuses, nous trouverons aussi certains sujets, névropathes prédisposés, atteints de troubles digestifs d'origine gastro-hépatique; nous ne nous y arrêterons pas davantage.

Les fausses cardiopathies d'origine toxique sont connues de tous les médecins, et en particulier les pseudo-angines de poitrine causées par le tabac, signalées par Graves et par Beau et si bien étudiées par Gélineau (1858), dans les circonstances suivantes, relatées dans tous vos classiques. Obligés par la persistance du mauvais temps à rester enfermés dans l'entre-pont, les matelots de l'*Embuscade* n'avaient cessé de fumer ou de chiquer, et bientôt se déclara à bord une véritable épidémie — si l'on peut ainsi parler — de crises d'angor pectoris; un des plus éprouvés fut un jeune mousse qui n'avait discontinué de fumer la cigarette; tous ces accidents disparurent dès que les marins eurent renoncé à cette « fureur de tabac ».

Sans aller jusqu'aux accès d'angor pectoris, l'abus ou simplement l'usage habituel du tabac est une des causes les plus fréquentes de pseudo-cardiopathie que vous rencontrerez dans votre pratique; son action est doublement nocive, car il agit à la fois directement et indirectement sur le cœur: par action directe, en provoquant la sténose spasmodique des vaisseaux coronaires; par action indirecte, en troublant d'abord les fonctions de l'estomac avec retentissement secondaire sur le cœur.

Enfin, pour en terminer avec cette revue des fausses cardiopathies, j'ajouterai que, chez les malades d'âge moyen, les crises pseudo-angineuses peuvent se rattacher à diverses *dyscrasies*, telles que la goutte ou le diabète; la première surtout retentit fréquemment sur le cœur, et l'on sait que certaines palpitations tenaces n'ont pas d'autre origine que la dyscrasie goutteuse (Garrod).

MÉDECINE PRATIQUE

Les modifications des papilles linguales comme moyen de diagnostic précoce de la scarlatine.

On sait que, pour certains auteurs, il existerait des cas de fièvres éruptives sans éruption. Tout récemment encore, M. le docteur G.-H. Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, à la suite des travaux qu'il a poursuivis sur la variole à l'hôpital d'Aubervilliers, a été amené à admettre l'existence d'une forme latente de la variole chez les nouveau-nés (1).

En ce qui concerne la scarlatine, on peut avoir à faire le diagnostic de cette affection en l'absence de l'exanthème caractéristique, soit que l'éruption ait fait totalement défaut, soit qu'elle ait été fugitive et éphémère et ait passé inaperçue. Si l'on songe à l'importance de pareils faits pour la propagation du virus scarlatineux, on comprendra tout l'intérêt qu'il y aurait à posséder un signe permettant de les dépister. On a signalé comme susceptible de rendre des services à ce point de vue l'apparition de vomissements, qui existent dans 80 % des cas; mais ils ne constituent qu'un signe banal et n'offrent, par conséquent, pas grande valeur diagnostique. Les symptômes du côté de la gorge ne sont pas toujours suffisamment intenses pour éveiller l'attention du médecin. Cependant, les constatations de cet ordre sont souvent d'un grand secours: en présence d'une éruption ponctuée dans l'aisselle et dans l'aine, avec congestion des amygdales et éruption ponctuée du palais, on peut affirmer l'existence d'une scarlatine, même en l'absence d'éruption. Toutefois, dans certains cas, les symptômes précédents font défaut. On retrouverait toujours alors un signe auquel M. le docteur John H. McCollom, médecin du South Department du Boston City Hospital, attribue une grande valeur, et qui consiste dans une modification particulière des papilles de la langue.

Cette modification peut être plus ou moins prononcée, mais elle n'a fait défaut dans aucun des nombreux cas de scarlatine que M. McCollom a eu l'occasion d'observer. Pour que ce symptôme soit bien appréciable, le malade doit tirer

(1) A cet égard, d'ailleurs, je dois signaler que MM. les docteurs W. M. Welch et Jay Shamberg, médecins de l'hôpital municipal de Philadelphie, qui préparent actuellement un ouvrage sur la variole, n'admettent pas l'existence d'une variole latente. Dans tous leurs cas, sauf un, en effet, ils ont obtenu un résultat positif en vaccinant des enfants nés de femmes qui avaient eu la variole dans le cours de leur grossesse ou qui étaient même en pleine évolution variolique au moment de la naissance de leur enfant. — F. M.

la langue, dont on soutient la pointe à l'aide d'une spatule. On voit alors que les papilles fongiformes, qui, chez l'homme, s'accumulent à la pointe et sur les bords de la langue, présentent un état d'hypertrophie habituellement très marqué. Elles se distinguent ainsi fort nettement des papilles filiformes dont elles dépassent le niveau et dont elles diffèrent souvent aussi de par leur coloration. Cet aspect caractéristique peut d'ailleurs revêtir deux modalités : tantôt les papilles ressemblent à de petits grains rouges de poivre de Cayenne, tantôt elles ont l'apparence de petits boutons, très saillants à la surface de la langue mais sans couleur rouge spéciale. Cet aspect particulier des papilles fongiformes dans la scarlatine correspond à un état anatomique caractérisé par une hypertrophie de la papille, hypertrophie résultant d'une infiltration polynucléaire avec congestion vasculaire. Ces altérations ne sont pas uniquement vasomotrices; il s'agit de véritables lésions inflammatoires analogues à celles que l'on constate également dans la peau du scarlatineux. La langue framboisée, qui est un signe classique de la scarlatine, n'est qu'un stade avancé de l'état que nous venons d'indiquer.

Ces modifications constitueraient le plus précoce des symptômes de la scarlatine : il apparaît avant tous les autres pour ne disparaître qu'après cinq semaines ou plus.

On peut constater un agrandissement des papilles linguales dans des affections fébriles autres que la scarlatine, telles que la rougeole ou la grippe. Mais en pareil cas les papilles fongiformes ne sont pas aussi fortement saillantes au-dessus du niveau des papilles filiformes et il n'y a pas les mêmes différences de coloration entre les deux catégories de papilles.

Pour le diagnostic rétrospectif de la scarlatine, après la disparition de l'éruption, M. McCollom considère la constatation d'une ligne blanche à l'union de la pulpe digitale avec l'ongle, comme susceptible de fournir des indications utiles. Cette ligne, qui est l'indice du début de la desquamation, apparaît dès le cinquième jour dans un cas moyen. D'autant plus précoce que la maladie est plus bénigne, elle précède la desquamation sur le reste du corps. Elle est nettement visible même quand la desquamation est peu marquée. Lorsqu'une desquamation est douteuse ou qu'il n'y a pas eu d'éruption, cette ligne existe toujours, et on ne l'observe que dans la scarlatine.

Dr Francis Munch (de Paris).

New-York, le 18 janvier 1903.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 3 et 10 février 1903.

Des essences reconnues dangereuses dont la fabrication et la vente doivent être proscrites ou réglementées.

M. Hanriot. — A mon sens, en matière de nocivité des essences, c'est la question de dose qui prime tout, car, l'essence d'absinthe mise à part, je ne crois pas qu'il y ait une grande différence entre les essences de la première liste, que la commission propose de proscrire complètement, et celles de la seconde, dont l'emploi serait seulement réglementé. Il en est ainsi notamment pour les essences de badiane et d'anis, celle-ci figurant dans la seconde liste tandis que celle-là est inscrite dans la première. En outre, une énumération limitative aurait vraisemblablement pour conséquence de faire utiliser des essences dont on ne se sert pas à l'heure actuelle, ce qui permettrait d'éluder la loi. Pour ces raisons, je crois qu'il y a lieu de réglementer toutes les essences autres que celle d'absinthe — dont la prohibition serait absolue — d'une façon uniforme : la quantité d'un gramme d'essence par litre de liqueur, qui ne me paraît pas exagérée et qui donne un parfum suffisant, pourrait être considérée comme dose maxima. Quant aux liqueurs contenant de l'acide cyanhydrique (essences de noyaux ou d'amandes amères), elles ne devraient pas renfermer plus de 0 gr. 10 centigr. de cet acide par litre.

Mais ce serait n'envisager qu'un côté du problème que de réglementer l'emploi des essences et non celui de l'alcool, déjà dangereux par lui-même et dont les impuretés (alcools supérieurs, éthers) constituent de véritables essences à toxicité très élevée. Aussi faudrait-il limiter le degré alcoolique des liqueurs à 30°, et prohiber d'une façon absolue celles qui renferment de l'alcool méthylique — celui-ci révélant l'addition d'alcool dénaturé — ou un taux d'alcool amylique supérieur à 0 gr. 10 centigr. par litre.

Enfin, dans les liqueurs non additionnées d'essences, la proportion des éthers ne pourrait pas dépasser 1 gr. 10 centigr. par litre.

M. le Secrétaire lit, au nom de M. Daremberg, une note dans laquelle celui-ci demande, en s'appuyant sur les résultats de ses expériences personnelles, d'abord que l'essence d'anis, qui est beaucoup plus toxique que l'essence de badiane, soit ajoutée à la liste des essences devant être proscrites d'une façon absolue; ensuite que l'essence de baies de genièvre soit rayée de la liste des essences toxiques, et enfin que le titre des deux catégories de substances toxiques soit complété par l'addition des mots « substances extraites » à celui d' « essences ».

M. Bouchardat appuie l'opinion de M. Hanriot relative à la similitude des essences d'anis et de badiane, qui toutes deux renferment une proportion énorme d'anéthol — jusqu'à 90 % — et par conséquent doivent être rangées dans une seule et même catégorie; actuellement, d'ailleurs, on leur substitue fréquemment l'anéthol pur. De même, d'après l'orateur, si l'on se borne à interdire l'emploi de l'essence d'absinthe dans la fabrication des liqueurs, il pourra se faire qu'on la remplace par l'absinthol. Il faudrait, en conséquence, pour arriver à un résultat, prohiber ces produits au même titre que les essences qui les renferment.

M. Raymond déclare que, sur la totalité des malades qui se sont présentés à la consultation de la Salpêtrière du 1er janvier 1902 au 1er janvier 1903, les deux tiers environ, soit 66 %, étaient entachés d'alcoolisme. La proportion des femmes alcooliques s'est montrée à peine inférieure à celle des hommes. Parmi les affections causées par l'alcoolisme, chez les malades de la Salpêtrière, les névrites périphériques tiennent la première place. La clinique prouve, en outre, que l'alcoolisme favorise dans une large mesure le développement du tabes, de la syphilis cérébro-spinale et de la paralysie générale chez les syphilitiques. Enfin, l'épilepsie débutant à l'âge adulte a presque toujours une origine alcoolique. En terminant, l'orateur relate les observations de deux femmes qui ont été atteintes respectivement d'épilepsie et de polynévrite sensitivo-motrice généralisée, l'une à la suite d'excès d'absinthe, l'autre sous l'influence exclusive de l'alcool de mélisse ingéré aux doses de 50, 60 et même 100 grammes par semaine.

M. Bureau fait remarquer que, parmi les essences visées par le rapporteur, il y en a plusieurs qui sont extraites de plantes très mal définies, tel le génépi, qui, en réalité, ne constitue pas une espèce véritable, telles aussi la rue et la menthe, dont on connaît de très nombreuses espèces. Dans ces conditions, il semble bien difficile d'interdire ou de réglementer la fabrication ou la vente des essences sans spécifier les plantes dont elles peuvent être tirées, sous peine de voir surgir une foule de succédanés des essences actuellement employées industriellement.

De l'emploi de la cocaïne pour l'anesthésie locale en chirurgie.

M. Reclus. — Si l'usage de la cocaïne pour obtenir l'anesthésie chirurgicale ne s'est pas encore généralisé, cela tient, à mon avis, à deux raisons : d'abord aux accidents observés par un certain nombre de dentistes qui négligent, pour les opérations diverses qu'ils ont à pratiquer sur la bouche, de faire coucher leurs patients, et, d'autre part, à ce que les chirurgiens ne sont pas encore assez familiarisés avec la technique, variable pour chaque opération, que nécessite l'emploi de la cocaïne.

Pour ne citer aujourd'hui qu'un exemple de cette variabilité de la technique, je me bornerai à indiquer le *modus faciendi* auquel on doit se conformer pour le traitement des panaris.

Il importe, en premier lieu, de ne faire usage que d'une solution de cocaïne à 1 ou 1.50 %; on remplit de cette solution une seringue de Pravaz dont l'aiguille doit être enfoncée non pas dans le foyer inflammatoire, mais à la base du doigt, là où la peau est parfaitement saine. Cela fait, on injecte lentement le liquide dans la profondeur des tissus et on attend pour pratiquer l'incision du foyer que la peau soit devenue blanche, ce qui nécessite quelquefois une seconde injection.

Une fois l'opération terminée, il faut avoir soin de maintenir pendant quelque temps le malade dans la position horizontale et ne jamais lui permettre de quitter l'hôpital sans lui avoir fait prendre un peu de nourriture, ou, ce qui est préférable, un petit verre d'eau-de-vie.

En suivant la technique que je viens d'indiquer, on peut être assuré de n'avoir jamais le plus léger accident à déplorer : j'ai eu recours jusqu'ici à l'analgésie cocaïnique pour plus de 7,000 opérations, sans la moindre alerte, et c'est ce qui m'autorise à proclamer encore une fois la supériorité de cet anesthésique sur ceux qui sont le plus communément employés, en particulier le chloroforme et l'éther.

M. Galippe déclare que l'emploi de la cocaïne comme analgésique est éminemment dangereux pour toutes les opérations qui se pratiquent sur la bouche et que, en ce qui le concerne, il ne saurait trop en déconseiller l'usage.

M. Lucas-Championnière. — J'estime aussi que les panaris doivent toujours être ouverts sous anesthésie; mais, contrairement à M. Reclus, je crois que le chloroforme est en pareil cas l'anesthésique de choix : je repousse, en effet, d'une façon absolue l'emploi de la cocaïne lorsqu'on se trouve en présence d'un foyer inflammatoire.

M. Duplay dit qu'il considère la cocaïne comme un anesthésique dangereux qui a déjà à son actif un très grand nombre d'accidents; il serait dès lors imprudent d'en recommander l'emploi sans signaler, en même temps, les méfaits qui lui sont imputables.

M. Javal fait remarquer qu'on utilise journellement la cocaïne pour l'anesthésie de la conjonctive, sans que jamais, à sa connaissance, l'emploi de cet alcaloïde ait eu des inconvénients.

M. Berger se range à l'avis de M. Lucas-Championnière en ce qui concerne la supériorité du chloroforme sur la cocaïne pour obtenir l'analgésie dans tous les cas d'ouverture de panaris ou d'abcès.

L'orateur signale un cas de mort survenue, en son absence, dans son service, chez un malade atteint d'hydrocèle, auquel on injecta par erreur une dose trop forte de cocaïne dans la tunique vaginale. Cet accident ne s'est jamais renouvelé depuis qu'il fait usage de la solution à 1 % et qu'il se conforme à la technique recommandée par M. Reclus.

M. Reclus déclare que les accidents mortels observés à la suite de l'emploi de la cocaïne sont tous dus à ce que la dose injectée dans les tissus était trop élevée (0 gr. 22 centigr. au moins). L'orateur ajoute qu'il n'y a aucun danger à pratiquer des opérations sur la bouche, à la condition de tenir les malades couchés : il n'y a donc pas, comme on l'a soutenu, de zone dangereuse pour l'emploi de la cocaïne. Quant aux autres critiques qui viennent d'être formulées contre l'usage de cet analgésique, elles ne visent, en réalité, que son emploi défectueux.

Causes du développement de la tuberculose dans l'armée.

M. Lemoine (médecin militaire) lit une note de laquelle il résulte que, sur 3,193 hommes traités dans les hôpitaux militaires de Lyon et de Paris, 785 avaient habité avec leurs parents atteints de tuberculose pulmonaire ou avaient présenté eux-mêmes des accidents suspects du côté de la poitrine.

De ces 785 hommes, 536 devinrent tuberculeux au régiment, soit 68 %, tandis que la proportion des hommes devenus tuberculeux dans les mêmes conditions, sans avoir d'antécédents familiaux, n'est que de 31 %.

Ces chiffres semblent indiquer que le déve-

loppement si considérable de la tuberculose dans l'armée n'est que l'expression du développement parallèle de cette maladie dans la population civile.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 12, 19, 26 janvier et 2 février 1903.

Le cœur des tuberculeux.

MM. Ch. Bouchard et **Balthazard.** — Nous avons appliqué au cœur des tuberculeux le procédé de recherches dont nous nous sommes déjà servi pour le cœur des sujets sains (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 407).

Nos investigations sur 87 tuberculeux (48 hommes et 39 femmes) nous ont montré tout d'abord que, chez ces malades, l'aire du cœur mesure en moyenne 86 c.q. 8 pour l'homme, et 77 c.q. 6 pour la femme; en calculant le rapport de cette surface au poids de l'albumine fixe normale des tissus, nous avons obtenu un quotient de 9.06 dans le sexe masculin, de 9.53 dans le sexe féminin, la valeur normale étant de 9.45 pour les deux sexes.

Toutefois, il importe d'examiner les variations de ce coefficient aux diverses phases de la maladie, et pour cela on peut ne pas tenir compte du sexe, puisque normalement la valeur en question est égale chez l'homme et chez la femme.

A la première période, ce quotient, chez 25 sujets, était de 9.01; à la seconde, chez 34, de 8.96; à la troisième, chez 28, de 9.83. Ainsi donc, il est diminué aux deux premières périodes, augmenté à la troisième. Chez ces mêmes malades, la surface cardiaque était respectivement, aux trois périodes, égale en moyenne à 80 c.q. 3, à 82 c.q. 1, à 85 c.q. 4.

Pour ce qui est des deux premières périodes, on peut considérer, parmi les tuberculeux, deux groupes de sujets : chez les uns, qui ont contracté la tuberculose parce qu'ils ont été exposés à des contagions directes et répétées, le cœur est normal; chez les autres, qui étaient prédisposés, il est petit, et cette petitesse du cœur paraît constituer une des causes de la prédisposition. A la troisième période, au contraire, la surface du cœur est accrue, en raison de la dilatation cardiaque résultant de la sclérose pulmonaire et de l'extension des lésions caséeuses et cavitaires.

Dans deux cas d'hydro-pneumothorax droit, la surface du cœur et le rapport de cette surface à l'albumine fixe étaient encore plus augmentés que chez les tuberculeux ordinaires (104 c.q. et 148 c.q.; 14.35 et 20.04). Enfin, la pression artérielle est très nettement déprimée chez les tuberculeux, surtout à la troisième période; mais elle paraît souvent normale ou même accrue, chez l'homme, aux deux premières périodes, par suite de l'alcoolisme.

Sur la glycolyse dans le sang « in vitro ».

MM. R. Lépine et **Boulud.** — Le sang renfermant, d'une manière à peu près constante, diverses conjugaisons de l'acide glycuronique, lesquelles dévient toutes à gauche et dont certaines n'ont pas de pouvoir réducteur, le dosage des matières sucrées dans le sang ne peut être fait d'une manière exacte que si l'on a préalablement détruit la conjugaison. En procédant ainsi, nous avons repris l'étude de la glycolyse :

1° Dans les conditions ordinaires, le sang artériel aseptiquement défibriné, maintenu une heure à 38° C., perd un peu plus de 30 % de ses matières sucrées;

2° Le sang artériel d'un chien ayant reçu sur le crâne, quelques minutes auparavant, un coup de maillet suivi de la suspension momentanée de la respiration, et de troubles cardiaques, peut présenter un pouvoir glycolytique nul, probablement parce qu'il passe, des tissus dans le sang, une substance toxique empêchant la glycolyse;

3° Le sang d'un chien asphyxié par le gaz d'éclairage peut avoir un pouvoir glycolytique sensiblement nul (avec un peu d'hyperglycémie);

4° Il en est de même du sang artériel d'un chien ayant reçu quelques minutes auparavant, dans une veine, 0 gr. 0002 décimilligr. d'adrénaline par kilogramme;

5° L'addition *in vitro* de cette même quantité d'adrénaline à 60 grammes de sang défibriné d'un chien sain, maintenu une heure à 38°, ne paraît pas diminuer notablement la glycolyse;

6° Celle-ci est, au contraire, abolie si l'on ajoute au sang, même défibriné depuis une demi-heure, 1 % de fluorure de sodium.

Puissance bactéricide comparative de l'arc électrique au fer et de l'arc ordinaire.

MM. A. Chatin et **S. Nicolau.** — Nous avons fait des expériences dans le but de comparer, au point de vue de leur puissance bactéricide, l'arc électrique à charbons métalliques sans réfrigérant (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 83) et l'arc à charbons ordinaires. Pour cela, nous exposions à l'influence des rayons lumineux la zone centrale de boîtes de Petri ensemencées avec des cultures jeunes de microbes variés (staphylocoque doré, bacilles pyocyanique, de Löffler, du charbon, de Koch, colibacille), en ayant soin de protéger contre les radiations tout le reste de la surface ensemencée, qui servait ainsi de témoin; puis nous mesurions le délai nécessaire pour empêcher tout développement microbien ultérieur sur la portion impressionnée. Nous avons pu nous convaincre de la sorte que l'arc au fer a une puissance bactéricide de quatre fois et demie (bacille du charbon) à vingt fois (staphylocoque doré) supérieure à celle de l'arc ordinaire.

Cette action bactéricide ne s'exerce qu'en surface et non en profondeur; des ensemencements par piqûre, ou des colonies ayant déjà une certaine épaisseur, sont peu ou point influencés par les radiations; il en est de même des ensemencements protégés par une lame de verre (couvercle de la boîte de Petri).

Ces expériences nous ont en outre prouvé que les effets bactéricides de la photothérapie ne sont pas dus, ainsi qu'on l'a soutenu, à une action calorifique, car l'arc au fer, qui ne dégage presque pas de chaleur, se montre plus efficace que l'arc au charbon, qui en produit beaucoup; et d'autre part, nous avons constaté que les espèces sporulées, dont les spores résistent à des températures très élevées, se comportent à ce point de vue sensiblement comme les espèces non sporulées.

Cycle évolutif des tissus privés de leurs rapports intimes avec les nerfs.

M. N.-A. Barbieri. — Quand, chez un lapin, on sépare le biceps de ses insertions et qu'on coupe le ou les filets nerveux qui se distribuent à ce muscle — lequel n'est alors plus en rapport avec le reste de l'organisme que par les vaisseaux sanguins —, on constate au bout d'un mois environ que le biceps est diminué de volume et qu'il suffit d'enfoncer une aiguille dans sa profondeur pour provoquer des contractions fibrillaires très évidentes, correspondant aux mouvements rythmiques du cœur; après un délai plus considérable, les fibres musculaires se transforment finalement en tissu tendineux.

Si on coupe, au lieu des nerfs, les vaisseaux sanguins, ou si on détache le biceps de ses insertions en laissant intacts nerfs et vaisseaux, la marche du phénomène est beaucoup plus lente.

Les glandes séparées de leurs nerfs s'atrophient de même et finissent par n'être plus représentées que par du tissu conjonctif.

Ces expériences démontrent que les nerfs jouent un rôle considérable dans l'évolution morphologique et chimique des tissus; elles ne sont guère favorables à la théorie d'après laquelle, dans les opérations d'hétéroplastie, un tissu greffé en dehors de ses rapports anatomiques habituels, pourrait remplir les fonctions du tissu qu'il est destiné à remplacer.

Rapport du poids du foie à la surface totale de l'animal.

M. E. Maurel. — De nombreuses mensurations ayant porté sur des espèces animales diverses, il résulte que, sauf dans les toutes premières périodes de la vie, le rapport du poids du foie à la surface totale du corps est constant, dans la même espèce, quel que soit l'âge de l'individu; ce rapport varie au contraire d'une espèce animale à l'autre.

Si l'on veut bien considérer que les deux tiers des calories consommées par l'organisme sont perdus par la radiation cutanée, et que d'autre part une bonne partie du calorique est fournie par la combustion du sucre, dont le foie est le grand producteur, il semblera légitime d'admettre que le foie, en vertu du principe d'adaptation, ne se développe qu'en proportion de la surface du corps; aussi, à mesure que l'animal augmente en âge, le foie devient-il moindre par rapport au poids de l'animal, parce que la surface cutanée croît moins vite que ce poids, mais tout en restant constant, proportionnellement à cette surface cutanée.

Contribution à la physiologie de l'oreille interne.

M. Marage adresse une note relative à des expériences tendant à prouver que les vibrations arrivant au tympan communiquent à l'étrier des vibrations extrêmement faibles (de l'ordre du millième de millimètre) qui, transmises par la périlymphe, impriment au sac endolymphatique des variations de pression, lesquelles sont groupées comme les vibrations mêmes arrivant au tympan : dans l'endolymphe il n'y a ni vibrations, ni translation de liquide en totalité, mais simplement des différences de pression.

Ces variations de pression se produisant dans l'oreille interne sont représentées par des unités de même ordre que les actions qui impressionnent les autres nerfs sensoriels ou sensitifs; le nerf acoustique dès lors rentre dans la loi commune et ne saurait plus être considéré comme une exception.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 janvier 1903.

Tumeur périrénale chez une fillette de dix mois.

M. Albarran. — Je tiens à vous relater un fait rare de volumineuse tumeur périrénale que j'ai extirpée chez une fillette de dix mois. J'avais fait le diagnostic de tumeur du rein, probablement mixte, et décidé l'opération, malgré le jeune âge de l'enfant. Je pratiquai la laparotomie transpéritonéale, et, pour enlever la tumeur qui était très adhérente aux organes voisins, particulièrement au foie, je dus faire une sorte de néphrectomie sous-capsulaire. Il me fut impossible de suturer le péritoine postérieur et je fus forcé d'établir un drainage. La petite malade a parfaitement guéri.

La tumeur était constituée par une masse polykystique, à la partie supérieure de laquelle le rein se trouvait confondu intimement avec l'enveloppe capsulaire. L'examen histologique a montré l'existence d'un stroma myxomateux associé à du tissu embryonnaire, ainsi que la présence de tubes épithéliaux qui vraisemblablement proviennent de débris du corps de Wolff.

Nous n'avons pu trouver que 6 cas de tumeurs périrénales chez l'enfant, et dans aucun de ces faits il ne s'agissait d'une néoformation polykystique.

M. Lejars. — Il faudrait bien spécifier qu'il y avait une séparation véritable entre la tumeur et le rein, pour pouvoir affirmer qu'il ne s'agissait pas d'un rein polykystique.

M. Albarran. — J'ai pu enlever isolément la tumeur, et je n'ai trouvé le rein qu'en cherchant à extirper la capsule aussi complètement que possible, car je pensais à un néoplasme malin. Sur la pièce, j'ai pu me convaincre qu'il y avait une séparation complète et absolue entre la tumeur et le rein.

Traitement de l'appendicite.

M. Rochard. — C'est seulement pour les cas légers et pour les cas moyens d'appendicite que nous ne sommes pas d'accord. En ce qui concerne les premiers, une des raisons principales qui me font pencher vers l'abstention, c'est la fréquence des erreurs de diagnostic. Quant aux faits où le pronostic est douteux, j'avoue que, pour ma part, je suis le plus souvent tenté d'intervenir, plutôt que d'exposer les malades aux dangers d'une temporisation trop longue.

M. Moty. — J'ai eu l'occasion d'observer dans ces six derniers mois deux sujets atteints de la forme hypertoxique de l'appendicite. Chez le premier, l'opération fut pratiquée sans retard, mais l'ablation de l'appendice n'eut aucune

espèce d'influence sur la marche de l'affection, et le malade mourut au huitième jour. Le deuxième cas est tout récent; on intervint le lendemain de l'entrée à l'hôpital, après une tentative de refroidissement; là encore le résultat de l'opération a été nul et le patient a succombé à la continuation de l'intoxication.

Extirpation d'une portion de l'œsophage thoracique pour néoplasme cancéreux.

M. Demoulin. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. J.-L. Faure relative à un cas d'extirpation partielle de l'œsophage thoracique atteint d'épithéliome, par la voie thoracique droite combinée à une incision cervicale (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 423).

Notre confrère, dans un premier temps, avait pratiqué une gastrostomie par le procédé de Fontan. Grâce à l'incision cervicale, exécutée sur la partie latérale droite du cou, il chercha à isoler l'œsophage dans la région supérieure du thorax. Après avoir libéré ainsi l'œsophage dans toute la portion accessible, il ouvrit le thorax en sectionnant les deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes droites, et, en outre, pour avoir un large accès sur le médiastin postérieur, il réséqua la première côte. Ayant alors acquis la certitude que le néoplasme était extirpable, il put facilement décoller et enlever la portion cancéreuse de l'œsophage, dont le bout inférieur fut oblitéré complètement, tandis que le bout supérieur était attiré et fixé dans la plaie cervicale.

A la suite de cette intervention, le malade ne présenta aucune espèce de shock, mais il succomba à des accidents respiratoires intenses, avec de la cyanose et des phénomènes asphyxiques. M. Faure a pratiqué une seconde fois cette opération, et la mort est survenue de la même façon. Aussi notre confrère se demande-t-il si le drainage du médiastin postérieur ne crée pas une sorte de « pneumothorax extrapleural », amenant les troubles graves de la respiration qui ont été la cause de la mort dans ces deux cas.

Hydrocèles dites simples contenant des bacilles de la tuberculose.

M. Tuffier. — Chez 2 malades atteints d'hydrocèle vulgaire typique, à liquide citrin, n'offrant aucun signe de tuberculose locale ou générale, et pour lesquels l'intégrité du testicule et de l'épididyme fut reconnue au cours de l'opération, l'examen inoscopique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 22-24), pratiqué par M. Jousset, a révélé la présence de bacilles de Koch, rares dans un cas où la recherche avait été cependant effectuée sur 100 grammes de sérosité, très nombreux, au contraire, dans l'autre, bien que 40 grammes seulement de liquide eussent été soumis à l'inoscopie.

Ces deux faits, en montrant l'existence de bacilles tuberculeux dans des hydrocèles cliniquement simples et vulgaires, permettent de se demander si cette forme morbide ne dissimule pas dans nombre de cas une vaginalite tuberculeuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 30 janvier et 6 février 1903.

Paralysie faciale congénitale et malformation des oreilles.

M. Souques présente, en son nom et au nom de M. Heller, un enfant de six ans, né à terme dans des conditions normales, chez lequel, immédiatement après la naissance, les parents constatèrent l'existence d'une paralysie faciale et d'une malformation des oreilles.

Limitée au côté droit, cette paralysie offre actuellement tous les caractères des paralysies faciales d'origine périphérique; la musculature des yeux, de la langue et du voile du palais est normale. Du même côté, l'oreille droite est dépourvue de pavillon. L'orifice du conduit auditif externe est réduit à une fente linéaire, masquée par deux petits bourrelets; en avant et en arrière de cet orifice se voient deux mamelons charnus entre lesquels apparaît un petit pertuis laissant sourdre quelques gouttelettes de pus. L'oreille gauche offre les mêmes déformations, mais moins accusées. L'audition est du reste conservée de ce côté, tandis qu'à droite elle paraît abolie.

Il existe encore chez cet enfant une déformation de la voûte crânienne, du nanisme dentaire, une double hernie inguinale congénitale avec monorchidie et un arrêt de développement des facultés intellectuelles.

Comme facteurs étiologiques de ces différents troubles, on n'a pu relever qu'un traumatisme et deux émotions de la mère pendant la grossesse. Les parents de cet enfant sont indemnes de syphilis, d'alcoolisme et de maladies infectieuses, mais ils sont cousins germains.

S'appuyant sur un fait cliniquement semblable, relaté il y a dix-huit mois par MM. Marfan et Armand-Delille et dû à une agénésie du rocher (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 253), l'orateur pense que c'est à une lésion identique qu'il faut rattacher la paralysie faciale de son petit malade.

M. Apert montre des photographies et des pièces anatomiques d'un nouveau-né atteint de malformations multiples de l'extrémité céphalique : atrophie de l'oreille gauche, déformation de l'oreille droite, asymétrie faciale, fontanelle surnuméraire, etc. La position de la tête, inclinée sur l'épaule gauche, suggéra l'idée qu'il s'agissait de malformations dites plastiques, dues à la compression de cette partie du corps par un capuchon amniotique altéré, hypothèse qui fut vérifiée par la constatation d'un hydramnios.

M. Moutard-Martin communique l'observation d'un jeune homme de vingt trois ans, à développement intellectuel très satisfaisant, qui présente, comme les enfants dont on vient de parler, une malformation considérable de l'oreille externe : à gauche, celle-ci est constituée par un bourgeon multilobulé placé très bas, vers le centre duquel on trouve un trajet très étroit ayant moins d'un centimètre de profondeur; l'audition, douteuse dans le jeune âge, est abolie de ce côté depuis une dizaine d'années. Le sujet offre en outre une asymétrie faciale très prononcée, au détriment du côté gauche.

Les nævi artériels de la peau et des muqueuses dans les maladies du foie.

M. Claude relate les observations de 4 sujets atteints de lésions hépatiques, en même temps que de nævi, coïncidence signalée jadis par M. Bouchard (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 386). Ces nævi peuvent se montrer sous deux aspects : tantôt ils ont la forme de petites taches rouges ou violacées, planes ou légèrement saillantes et ne disparaissant pas sous la pression du doigt; tantôt ils offrent l'apparence de petits nodules arrondis, gros comme des grains de mil ou de chènevis, situés surtout au niveau du visage ou des extrémités, généralement animés de battements synchrones de ceux du pouls et pouvant donner lieu à des écoulements sanguins très abondants. Autour de ces petites tumeurs existe souvent une aréole de capillaires dilatés formant une sorte de tache vineuse qui s'efface sous la pression du doigt.

Les nævi du second type, ou *nævi artériels*, ont avec les maladies du foie des relations mieux établies que celles des nævi du premier groupe. L'expression de nævi artériels n'est peut-être pas très exacte au point de vue histologique; elle mérite cependant d'être conservée, car elle exprime assez bien le caractère anatomo-clinique de ces angiomes où la circulation est presque aussi rapide que dans les artères. Quoi qu'il en soit, l'existence de ces tumeurs doit attirer l'attention du côté du foie sans que, cependant, leur nombre ou leur volume puisse fournir des indications sur l'importance de l'altération hépatique.

M. Hirtz dit avoir constaté la présence d'une dizaine de nævi sur le tronc d'une femme qui était atteinte de cirrhose du foie; un seul de ces nævi était animé de battements. D'après l'orateur, ces petites tumeurs disparaissent souvent après la mort, sans laisser la moindre trace.

M. Achard a remarqué également que les télangiectasies étaient plus fréquentes chez les sujets atteints d'altérations du foie.

Syphilis héréditaire précoce avec splénomégalie, anémie et réaction myéloïde du sang.

M. Labbé communique, en son nom et au nom de M. Armand-Delille, l'observation d'un nourrisson hérédo-syphilitique chez lequel on constatait, en même temps que des éruptions diverses, de la fièvre, du coryza et une hypertrophie considérable du foie et de la rate. L'examen du sang démontra que le nombre des globules rouges atteignait 1,981,000 et celui des hématies nucléées 300 par millimètre cube. Il y avait en outre une hyperleucocytose intense avec une formule leucocytaire spéciale (polynucléaires 8, lymphocytes 32, mononucléaires 50, éosinophiles 7, mononucléaires à granulations neutrophiles 3).

Sous l'influence du traitement spécifique par les frictions mercurielles, les éruptions et la splénomégalie disparurent, et quelque temps après la formule leucocytaire redevint normale.

Ce fait prouve que la syphilis est susceptible de produire le syndrome de l'anémie pseudoleucémique infantile.

M. Barbier. — J'ai observé 3 enfants qui ont été atteints de cette variété d'anémie pseudoleucémique avec hypertrophie du foie et de la rate, le premier à la suite de troubles gastro-intestinaux, le second sous l'influence d'un commencement de tuberculose et le troisième comme conséquence d'une hérédo-syphilis. Il s'agit donc là, comme l'a dit M. Labbé, non d'une entité morbide, mais d'un syndrome que peuvent faire apparaître des conditions étiologiques très différentes.

Sur l'activité de la circulation capillaire de la peau.

M. Laignel-Lavastine. — Nous avons établi précédemment, M. Hallion et moi, que l'activité de la circulation capillaire peut être assez exactement appréciée au moyen du procédé de la « tache blanche » (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 215). Les recherches que nous avons faites depuis lors sur près de 400 malades, notamment sur des hémiplégiques, prouvent que la rougeur cutanée que l'on attribue généralement à une vaso-paralysie est, en réalité, la conséquence d'une vaso-constriction. Nous avons constaté, en outre, que la durée de la tache blanche est faible dans les cas d'angioparésie, prolongée au contraire dans ceux d'angiospasme.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 26 janvier et 2 février 1903.

La voie réflexe du refroidissement et des impressions thermiques.

M. Kohnstamm (de Königstein-Taunus). — Parmi les composants physiologiques des affections *a frigore*, le plus important est constitué par une hyperémie, une dilatation vasculaire, particulièrement au niveau de la muqueuse des voies respiratoires; d'autre part, l'impression de froid se traduisant fréquemment par un accès de toux ou d'éternuement, il faut admettre que l'irritation thermique suit une voie nerveuse en connexion intime avec le centre de l'expiration.

En effet, les fibres chargées de la transmission des sensations thermiques cheminent dans le faisceau de Gowers et se terminent en partie dans le cervelet, en partie dans le cerveau où elles constituent le faisceau d'Edinger; certaines d'entre elles aboutissent à la formation réticulaire grise, d'où partent, d'après les recherches les plus récentes, des filets moteurs se distribuant dans la moelle aux noyaux des muscles respiratoires.

En ce qui concerne les rapports du refroidissement avec l'hyperémie des voies aériennes, on peut les expliquer par la présence des noyaux sympathiques du bulbe, notamment du noyau dorsal du vague et des deux noyaux salivatoires supérieur et inférieur, et aussi par l'intervention des noyaux sensitifs terminaux du trijumeau et du pneumogastrique.

Ces considérations rendent compte des réactions que provoque l'impression de froid; elles permettent de comprendre comment agissent l'air froid et la cure de « bains d'air », en excitant par l'intermédiaire de la formation réticulaire non seulement les fonctions respiratoires, mais aussi la plupart des autres fonctions de la vie végétative.

M. Jastrowitz fait observer que M. Kohnstamm paraît placer le centre de la respiration

dans la couche optique; or, on admet généralement qu'il est situé dans le corps strié. Pour ce qui est des rapports de la formation réticulaire avec les centres voisins, il ne faut pas oublier que deux centres peuvent être très rapprochés l'un de l'autre sans avoir la moindre connexion.

M. Munter ne se déclare pas convaincu par la théorie de M. Kohnstamm, qui n'explique pas pourquoi l'impression de froid détermine parfois des phénomènes morbides du côté de l'abdomen ou du visage (paralysie faciale); en outre, comment concevoir que la soustraction considérable de calorique résultant d'un bain froid, par exemple, ne produise pas d'effets nuisibles, si elle est suivie d'une réaction suffisante? Pour l'orateur, le refroidissement serait la conséquence d'un abaissement progressif de la température, non suivi d'une réaction énergique.

M. Rothmann fait remarquer que, quelque séduisante que soit la théorie de M. Kohnstamm, il lui manque encore la consécration de l'expérimentation sur les animaux : il faudrait établir qu'après section du faisceau de Gowers le refroidissement ne se traduit pas par ses effets habituels.

Le pronostic des arythmies.

M. Rehfisch fait une communication dans laquelle il rappelle que les fonctions du cœur sont régies, outre les influences nerveuses (automatisme neurogène), par trois propriétés fondamentales de la fibre cardiaque (automatisme myogène), à savoir son irritabilité automatique, sa conductibilité et sa contractilité. Chacun de ces trois éléments peut être mis en cause isolément, mais dans tous les cas il survient une modification identique des contractions du cœur, l'arythmie; toutefois, le pronostic de celle-ci est fort variable, selon le mécanisme qui lui a donné naissance.

Ce peut être l'irritabilité qui est en jeu dans la production de l'arythmie; on sait qu'à la phase d'inexcitabilité de la fibre cardiaque, correspondant à peu près à la systole, succède une période d'excitabilité; si, pendant celle-ci, une irritation est appliquée au cœur, la diastole se trouve interrompue par une contraction supplémentaire, dont le cœur se repose ensuite, et ce repos dure précisément ce qu'aurait duré la systole suivante; puis le cycle recommence. C'est là le pouls bigéminé, tel qu'on l'observe dans l'artériosclérose, les états névropathiques, les maladies infectieuses; à elle seule cette variété d'arythmie ne suffit pas à aggraver le pronostic.

Quand la conductibilité du cœur est intéressée, l'irritation normalement partie des sinus — où elle est continue — ne peut plus agir sur les oreillettes et les ventricules; il en résulte une interruption des pulsations, constituant le pouls intermittent ou mieux déficient, de pronostic déjà plus sévère.

Enfin le trouble peut porter sur la contractilité du cœur et l'arythmie prend alors la forme de pouls alternant, traduisant une atteinte grave du muscle cardiaque; cette modification ne se produit qu'aux derniers moments.

Quant à l'hémisystolie (von Leyden), elle ressortirait aux manifestations extrasystoliques.

Un cas de tuberculose réno-vésicale terminé par guérison.

M. Levin relate l'observation d'un homme qui était atteint d'une tuberculose grave du rein et de la vessie, avec pus, albumine et bacille de Koch très nombreux dans l'urine et état général fort compromis. Le rein droit était le plus altéré; mais devant l'impossibilité de s'assurer de l'état du rein gauche par le cathétérisme urétéral — cette manœuvre offrait de grands dangers d'infection, étant donnée la purulence des urines —, M. J. Israel refusa d'intervenir. On soumit donc le patient à un régime reconstituant (suralimentation, cure d'air), en même temps qu'on traitait localement les lésions vésicales. Sous l'influence de ces moyens, cet homme ne tarda pas à reprendre des forces; il a augmenté de 25 livres; ses urines ne contiennent plus ni albumine ni bacilles tuberculeux; les ulcérations vésicales se sont cicatrisées; en un mot, il offre toutes les apparences d'une guérison complète.

Dr Villaret.

LETTRES D'AMÉRIQUE

New-York, le 25 janvier 1903.

Le traitement de l'appendicite en Amérique.

On a tant parlé et tant écrit sur le traitement de l'appendicite, qu'il est difficile, sinon impossible, de faire connaître quelque chose d'entièrement nouveau ou d'inédit sur ce sujet. Malgré le grand nombre de travaux consacrés à cette question, il n'en est pas moins vrai qu'en France, notamment, les chirurgiens se divisent encore en deux camps opposés : les uns partisans d'une opération précoce, les autres proclamant que rien n'est plus désastreux qu'une intervention hâtive. La discussion qui se poursuit depuis plusieurs mois à la Société de chirurgie de Paris fait foi de cette divergence des opinions et prouve que la question est toujours en évolution. Aussi m'a-t-il paru intéressant de rendre compte de la façon dont les chirurgiens américains envisagent actuellement le problème du traitement de l'appendicite. D'ailleurs il serait impossible de concevoir un voyage consacré à l'étude de la situation médicale aux Etats-Unis sans qu'un des rapports au moins que je suis chargé de faire fût consacré à cette affection, si fréquente dans ce pays qu'elle y passe, à bon droit, semble-t-il, pour une véritable « maladie nationale ».

Fréquente, elle l'est en effet, en Amérique, plus fréquente certainement qu'en France. Il est vraisemblable, et nos confrères américains sont fort disposés à l'admettre, que les habitudes diététiques des Américains — ingestion hâtive d'une nourriture lourde et indigeste, généralement mal préparée et insuffisamment cuite — y sont pour beaucoup.

Je ne m'étendrai pas sur ce que j'ai vu à New-York, ville d'où partirent les travaux de M. McBurney, trop connus en France pour que j'y insiste, ni à Baltimore où M. le professeur Howard A. Kelly va très prochainement publier un ouvrage donnant le résultat de ses études sur l'appendicite. Par contre, à Boston où le nom de la maladie fut créé par M. Fitz, médecin du Massachussetts General Hospital, nous trouvons M. le docteur Maurice H. Richardson, chirurgien du même hôpital et professeur adjoint à la Harvard Medical School, et à Philadelphie M. le docteur John B. Deaver, chirurgien du German Hospital, qui tous deux possèdent, en matière d'appendicite, une autorité considérable aux Etats-Unis. Pour montrer sur quelle vaste expérience est basée cette autorité, il me suffira de signaler que, dans une seule des séances opératoires de M. Deaver, à laquelle j'eus l'occasion d'assister, je comptai 7 cas d'appendicite sur 10 interventions pratiquées par ce chirurgien, et cette proportion n'était nullement due aux hasards d'une série exceptionnelle.

M. Deaver pose en principe que le traitement de choix de l'appendicite est l'exérèse de l'organe malade, pratiquée le plus tôt possible. On a dit que 80 à 95 % des cas peuvent guérir sans opération, à la faveur d'un simple traitement médical ou expectatif. M. Deaver ne reconnait le fait comme exact qu'en ce qui concerne les attaques en elles-mêmes. Or, celles-ci récidivant, une ou plusieurs fois, chez 80 % des patients, d'après sa statistique, la crise pourra rétrocéder sans que pour cela l'appendicite soit guérie, voire que fréquemment une des attaques subséquentes a une issue fatale. En effet, bien que les rechutes soient d'autant plus rares que la première crise a été moins grave, il s'en faut que la bénignité d'une première atteinte soit une garantie de non-récidive ou de la bénignité des attaques ultérieures. Dans la plupart des cas, la rechute survient dans les six mois qui suivent, ou du moins dans le courant de l'année. La guérison n'est réellement définitive que chez un cinquième des malades; le seul traitement, par conséquent, qui soit susceptible de mettre le patient à l'abri d'une récidive trop souvent mortelle, est celui qui consiste à enlever l'appendice.

Au point de vue du moment où il convient d'opérer, je dois dire que les chirurgiens américains sont à peu près tous du même avis : si quelques-uns d'entre eux donnent la préférence à l'intervention à froid, l'immense majorité préconise et pratique l'opération précoce, autant que possible dans les vingt-quatre premières heures, et cette tendance radicale s'accentue tous les jours. J'ajouterai, pour bien montrer combien l'accord est général à cet égard, que la tendance interventionniste à outrance est même en voie de pénétrer très profondément dans l'opinion du public extra médical, à en croire du moins certains propos qui m'ont été tenus récemment par un chirurgien bien placé pour connaître à fond la question : il paraîtrait qu'en Amérique le médecin appelé auprès d'un malade atteint d'appendicite et qui ne conseillerait pas l'intervention immédiate courrait les plus grands risques au point de vue de sa réputation et de sa clientèle. M. le docteur Joseph Price (de Philadelphie) compare l'appendicite à un incendie : de même qu'on fait venir les pompiers non pour regarder le feu, mais pour le combattre sans retard, de même l'appendicite exige non la temporisation, mais l'opération immédiate.

Si l'accord est à peu près complet pour considérer l'appendicectomie hâtive comme l'intervention de choix, les raisons qui ont déterminé les divers chirurgiens sont un peu différentes. Certains, comme M. Richardson, pensent que dans un cas d'appendicite caractérisé par une douleur subite, spontanée et à la pression, avec des vomissements, du tympanisme abdominal et une accélération du pouls, on se trouve en présence d'une lésion à traiter suivant les mêmes principes qu'une plaie pénétrante par arme à feu, par exemple, parce que dans les deux éventualités il y a menace de péritonite générale par perforation intestinale. Pour d'autres, c'est l'allure insidieuse qu'affecte souvent la maladie, l'impossibilité de prévoir l'issue d'un cas se présentant même avec tous les caractères de la bénignité, qui les ont rendus interventionnistes. L'appendicite, dit M. Deaver, est comme la fièvre typhoïde : on ne sait jamais comment elle évoluera ni comment elle finira.

Quand un patient ne peut être opéré dans les premières heures de la crise — soit parce que le chirurgien a été appelé trop tard, soit pour toute autre raison —, on a recours à l'intervention à froid; il est intéressant de noter que les Américains disent alors qu'ils opèrent « dans l'intervalle des attaques ». Cette locution montre combien la conviction de la fréquence de la récidive est profondément enracinée, pour être ainsi passée dans le langage courant.

C'est quand on voit le patient pour la première fois du troisième au cinquième jour que l'on pourrait temporiser dans certains cas avec une sécurité relative. A cette période de la crise, il est trop tard pour une intervention précoce, trop tôt pour une opération à froid. Cependant, même alors, M. Richardson donne la préférence à l'intervention active; il a toutefois le plus grand soin de ne pas rompre les adhérences péritonéales encore peu solides qui sont en train de se former, et d'éviter ainsi l'infection de la grande cavité séreuse. Ce sont les appendicites opérées à cette période qui fournissent les plus mauvais résultats; or, les chirurgiens qui attendent la formation de pus pour se décider à intervenir, opèrent d'une façon générale des cas évoluant depuis trois, quatre ou cinq jours, c'est-à-dire dans les plus mauvaises conditions possibles.

Tout en considérant l'intervention hâtive comme un axiome, M. Deaver ne lui reconnait pas moins un certain nombre de contre-indications, telles qu'un mal de Bright avancé, un diabète, une tuberculose au troisième degré. Il refuse également d'opérer quand, dans une péritonite septique diffuse par perforation de l'appendice, le malade ne lui paraît pas à même de supporter l'intervention.

Dans les cas où l'opération est contre-indiquée, le traitement médical auquel a recours M. Deaver consiste essentiellement dans l'administration d'un purgatif. Cette pratique aurait pour effet de soulager l'intestin de masses irritantes et par leur stagnation et par la virulence des microbes qu'elles renferment. En outre, les mouvements péristaltiques que détermine la purgation débarrassent l'appendice des microbes, des concrétions fécales, etc., qu'il peut contenir. M. Deaver prescrit dans ce but l'huile de ricin, qui a l'avantage de ne pas déterminer d'hypersécrétion de la muqueuse intestinale. Toutefois, quand le patient éprouve de la répugnance à l'égard de ce médicament, il le remplace par un purgatif salin ou plus volontiers encore par le calomel (à la dose de 0 gr. 005 à 0 gr. 010 milli-

grammes répétée toutes les quinze minutes jusqu'à concurrence de 0 gr. 10 centigr.), additionné d'un peu de bicarbonate de soude. On peut remplacer le purgatif par un lavement chaud ordinaire auquel on ajoute une cuillerée à café d'essence de térébenthine. Pour que la purgation produise son effet maximum, il importe, toutefois, qu'elle soit administrée le plus tôt possible et à une dose suffisante pour provoquer une ou plusieurs selles abondantes. Partisan convaincu du purgatif dans l'appendicite, M. Deaver est un adversaire non moins résolu de l'opium auquel il reproche de masquer les symptômes de la maladie. A son avis, le seul effet bienfaisant de l'opium dans l'appendicite est de calmer les souffrances; or, une évacuation alvine obtenue à l'aide d'un purgatif donnerait exactement le même résultat et à beaucoup moins de frais.

Au contraire de M. Deaver, M. Richardson redoute l'administration d'un purgatif, parce que celui-ci, de par ses propriétés nauséeuses, provoque les vomissements et affaiblit ainsi le patient. En outre, dans le cas de perforation de l'appendice, l'augmentation des mouvements péristaltiques est susceptible de chasser une plus grande quantité de matières infectieuses dans la cavité péritonéale.

Au point de vue de la technique de l'opération, qui doit consister en une appendicectomie et non en une simple ouverture d'abcès, il n'y a guère lieu d'insister longuement ici : elle est essentiellement la même aux Etats-Unis qu'en France. La plupart des chirurgiens américains emploient l'incision transmusculaire de McBurney dans les cas simples, sans abcès; quelques-uns font une incision analogue dans son principe à celle de Jalaguier, dite ici de Kammerer. Quand il y a une collection purulente, c'est généralement à une incision — variable suivant les cas — conduisant directement sur le foyer purulent et fournissant par ses dimensions un jour suffisant, que l'on donne la préférence.

Quant aux adhérences péritonéales, elles sont le plus souvent respectées par le chirurgien qui y voit une barrière protectrice empêchant le pus de pénétrer dans la cavité péritonéale. Aussi bien M. Richardson considère-t-il comme absolument exceptionnels les faits où il existe plus d'une poche purulente.

Dans ce qui précède, j'ai tenté d'exposer les idées actuellement régnantes aux Etats-Unis sur le traitement de l'appendicite : comme on le voit, les tendances à une intervention à outrance n'ont fait que s'y fortifier et y gagner du terrain. En Europe, pendant ce temps, une évolution inverse se faisait; en Allemagne d'abord, à la suite de M. Sonnenburg, ainsi que le montrait naguère M. de Quervain dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 191), l'opération à froid recrutait tous les jours de nouveaux partisans, et, en France, M. Aug. Broca défendait les mêmes idées. Des opinions contraires se faisaient donc jour, au même moment, dans les deux moitiés du globe; il m'a paru intéressant de le signaler.

Dr Francis Munch (de Paris).

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les indications et le mode d'emploi du phénosalyl dans le traitement de la tuberculose laryngée.

Partant de ce fait que le mélange antiseptique connu sous le nom de *phénosalyl* est doué d'un pouvoir bactéricide beaucoup plus considérable que chacun de ses éléments constituants pris isolément (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 240), M. le docteur S. F. von Stein, privatdocent d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Moscou, a eu l'idée, il y a environ deux ans et demi, d'expérimenter ce produit dans le traitement de la laryngite tuberculeuse et de quelques affections du nez et de l'oreille. Notre confrère se servait de solutions glycérinées de phénosalyl à 3 ou 5 %, qu'il appliquait à l'aide d'un tampon de coton, monté sur une sonde, après avoir insensibilisé la région au moyen d'une solution contenant 0 gr. 50 centigr. de chlorhydrate de cocaïne, autant d'antipyrine et 0 gr. 10 centigr. d'acide phénique pour 10 grammes d'eau distillée.

Depuis lors, un autre médecin russe, M. le docteur M. V. Dempel (de Yalta) a eu l'occasion d'employer le phénosalyl dans 54 cas de tuberculose laryngée, en utilisant, de préférence, une solution *aqueuse* à 3 %, afin d'éviter aux malades la sensation d'engluement que provoque la glycérine et qui peut même donner lieu à des vomissements. Les badigeonnages étaient pratiqués deux ou trois fois par semaine et, au besoin, tous les jours. Le plus souvent, notre confrère n'avait recours à la cocaïnisation préalable qu'au cours des trois ou quatre premières séances, mais dans les cas graves on ne pouvait guère se dispenser de cette insensibilisation pendant toute la durée du traitement.

D'après l'expérience de M. Dempel, le phénosalyl se montrerait particulièrement efficace à l'égard des excoriations et des ulcérations superficielles du larynx : en pareille occurrence, trois à cinq badigeonnages suffiraient pour amener la cicatrisation complète, et cela quels que fussent l'état général du malade et le degré des lésions pulmonaires concomitantes. Les ulcérations profondes nécessiteraient un traitement assez long (un ou deux mois), et encore ne se laisseraient-elles pas toujours influencer d'une manière sensible.

Les infiltrations modérées, tout en exigeant des applications fréquentes et nombreuses, finiraient cependant par se résoudre sous l'influence du médicament en question. Mais il n'en serait pas de même pour les infiltrations étendues et, en particulier, pour celles qui intéressent l'espace inter-aryténoïdien et l'épaisseur des cartilages.

Les badigeonnages au phénosalyl présenteraient aussi l'avantage d'agir très efficacement sur la dysphagie, en rendant plus intense et plus durable l'action de la cocaïne.

Traitement des plaies infectées et des affections septiques par l'acide phénique associé au camphre.

On se rappelle que M. le docteur P. von Bruns, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Tubingue, a proposé de traiter les plaies infectées au moyen de l'acide phénique pur (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 121-122). M. le docteur V. Chlumsky, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Cracovie, a été à même de se convaincre que l'emploi de l'acide phénique associé au camphre est susceptible de rendre d'excellents services dans le traitement de l'érysipèle et des lymphangites. Notre confrère s'était d'abord servi d'un mélange composé, par parties égales, de camphre en poudre et d'acide phénique liquide pur. Toutefois, comme, par suite de l'évaporation d'une partie du camphre, ce mélange devient caustique en vieillissant, M. Chlumsky fait actuellement usage d'une mixture contenant 20 grammes d'acide phénique et 40 grammes de camphre. Il enduit, une ou deux fois par jour, les parties malades avec ce liquide et les recouvre ensuite d'un pansement ouaté. Sous l'influence de ces applications, les phénomènes inflammatoires ne tarderaient pas à se dissiper, parfois dans l'espace de vingt-quatre heures, en même temps qu'on verrait la température s'abaisser; la guérison se produirait au bout de deux à quatre jours.

Encouragé par ces résultats, notre confrère a essayé le même mélange comme moyen de traitement des plaies infectées, en versant le liquide directement dans la plaie et en l'épongeant ensuite à l'aide d'un petit tampon. Le pansement est renouvelé d'abord quotidiennement, puis tous les deux jours. Les plaies ainsi traitées se détergeraient rapidement, de sorte qu'après quelques jours on pourrait substituer au mélange phéniqué une pommade inerte.

Enfin, M. Chlumsky se sert avec succès du même liquide dans les cas de panaris n'ayant pas encore abouti à la suppuration, en pratiquant des onctions suivant le procédé susmentionné.

Les applications dont il s'agit ne provoqueraient qu'une sensation de cuisson modérée et peu durable, et encore celle-ci ferait-elle défaut chez beaucoup de malades. Toutefois, il importe d'éviter l'évaporation du camphre, cette substance affaiblissant le pouvoir caustique de l'acide phénique; à cet effet on ne prescrira le mélange que par petites quantités et l'on aura soin de le conserver dans des flacons soigneusement bouchés.

Le citron comme antihydropique.

M. le docteur N. Th. Tchigaïev, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, a récemment eu l'occasion d'observer une femme de quarante-cinq ans, atteinte d'anasarque avec hydropisie très marquée et albuminurie, d'origine cardiaque, chez laquelle le traitement par la digitale, les diurétiques et les purgatifs était resté presque sans aucun effet. Or, en revoyant cette malade un mois et demi plus tard, notre confrère ne fut pas peu surpris de constater que l'hydropisie avait complètement disparu. Il apprit que la patiente était redevable de cette cure à l'emploi de citrons en nature : sur le conseil d'un guérisseur, elle avait commencé par manger la moitié d'un citron (avec l'écorce); puis, le lendemain, un citron tout entier; le jour suivant, un citron et demi, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle fût arrivée à en absorber trois; alors elle avait diminué la dose, en suivant la même progression en sens inverse. Sous l'influence de ce traitement, elle avait trois ou quatre selles par jour et urinait très abondamment, en même temps qu'elle voyait disparaître les œdèmes.

Se basant sur ce fait, M. Tchigaïev estime que l'usage du citron mérite d'être essayé contre l'hydropisie. Ajoutons que le cas signalé par notre confrère cadre bien avec la constatation faite jadis par un autre médecin russe, le docteur Trinkovsky, d'après laquelle le suc de citron posséderait des propriétés diurétiques très prononcées.

Les injections de sérum antidiphtérique comme moyen de traitement de la stomatite aphteuse.

Il y a quelques années, un médecin italien, M. le docteur M. Sangiovanni (de Vasto) a fait connaître un cas de stomatite aphteuse qui, après avoir résisté aux moyens thérapeutiques usuels (gargarismes antiseptiques, cautérisations au nitrate d'argent), guérit complètement à la suite d'une atteinte de diphtérie traitée par le sérum antidiphtérique. D'autre part, MM. les docteurs E. Gaspardi et E. Santi (de Gualdo Cattaneo) ont eu l'occasion d'employer avec succès le même moyen dans un cas de maladie de Riga.

Fort de ces exemples, M. le docteur C. Del Monaco (de Palmoli), appelé récemment à donner ses soins à une fillette d'un an, atteinte de stomatite aphteuse grave avec cachexie très prononcée, se décida à pratiquer une injection de sérum antidiphtérique. Sous l'influence de cette médication, notre confrère ne tarda pas à constater une amélioration sensible de l'état général, en même temps qu'il voyait se dissiper la tuméfaction sublinguale, qui avait cependant résisté aux badigeonnages avec des solutions de permanganate de potasse et de nitrate d'argent.

Traitement du lupus par l'excision suivie de replantation du lambeau excisé.

Un confrère anglais, M. le docteur B. H. Nicholson, chirurgien de l'Essex and Colchester Hospital, appelé récemment à traiter un jeune garçon atteint de lupus vulgaire s'étendant à tout un côté du pied et empiétant même sur la région plantaire, se décida à essayer, en raison des dimensions considérables des lésions, une opération conservatrice, en procédant comme il suit :

Après avoir soigneusement aseptisé le pied à l'aide de l'essence de térébenthine et de solutions de bichlorure de mercure et d'acide phénique, le patient étant anesthésié, notre confrère excisa tout le placard lupique en dépassant les limites du mal. Il enleva ensuite, au moyen des ciseaux, le tissu adipeux sous-cutané et plaça le lambeau excisé dans une solution chaude d'acide phénique à 2.5 %; puis, après avoir arrêté l'écoulement sanguin à l'aide de la compression de la plaie et de lavages à l'eau phéniquée chaude, il assécha le lambeau, le replanta et compléta l'intervention par un pansement iodoformé.

La greffe ainsi pratiquée ne tarda pas à prendre, en même temps qu'on vit les points ulcérés se cicatriser rapidement. Le résultat de l'intervention paraît tout à fait satisfaisant, sauf en ce qui concerne la coloration des téguments de la région, qui restent toujours livides.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur l'action de l'extrait de capsules surrénales.

Le principe actif des capsules surrénales est actuellement utilisé par les spécialistes pour prévenir les hémorrhagies des muqueuses. On l'a employé aussi dans le traitement de certaines maladies internes. En attendant que des observations suffisamment nombreuses permettent de porter un jugement sur sa valeur thérapeutique, voyons ce qu'on sait de son action. Cette étude ne paraîtra sans doute pas inutile, même après la monographie de M. Langlois sur les capsules surrénales, car la science s'est récemment enrichie d'un grand nombre de faits nouveaux.

I

On doit à Vulpian la découverte que le suc des capsules surrénales prend une coloration verte quand on l'additionne de perchlorure de fer, et que l'eau iodée, ainsi que d'autres oxydants, lui donne une coloration rouge (1). Virchow a confirmé cette observation (2).

Arnold (3), dans un travail important sur l'histologie des capsules, ajouta quelques particularités à ce qu'on savait déjà du chromogène surrénal, notamment sa précipitation par l'acétate de plomb ammoniacal, son insolubilité dans l'éther, etc. Krukenberg (4) admit l'existence de plusieurs chromogènes dans les capsules, et considéra comme de la pyrocatéchine celui qui donne, avec le perchlorure de fer, une coloration verte. En somme, les travaux précédents renferment des faits importants pour les chimistes, mais, en raison de leur caractère spécial, ils n'attirèrent que peu l'attention des médecins.

Pellacani (5) parut ouvrir une nouvelle voie en signalant la toxicité de l'extrait aqueux de capsules surrénales. Ce fait, confirmé par plusieurs expérimentateurs italiens (6), ne fut malheureusement pas interprété d'une manière exacte. Tizzoni (7) nia même que la substance toxique existât dans ces organes pendant la vie, et ce fut seulement à partir de 1894 que les principaux effets de cette substance furent mis en lumière par les travaux presque simultanés de MM. Oliver et Schäfer (8), à Londres, et de MM. Cybulski et Szymonovicz (9), à Cracovie. Ces expérimentateurs firent l'importante découverte que l'injection d'extrait de capsules dans la veine d'un chien est immédiatement suivie d'une augmentation de la tension artérielle.

(1) A. Vulpian. Note sur quelques réactions propres à la substance des capsules surrénales. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 29 sept. 1856, p. 663.)
S. Cloez et A. Vulpian. Note sur l'existence des acides hippurique et choléique dans les capsules surrénales des animaux herbivores. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 7 sept. 1857, p. 340.)

(2) R. Virchow. Zur Chemie der Nebennieren. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1857, XII, p. 481.)

(3) J. Arnold. Ein Beitrag zu der feineren Structur und dem Chemismus der Nebennieren. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1866, XXXV, p. 64.)

(4) C. F. W. Krukenberg. Die farbigen Derivate der Nebennierenchromogene. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1885, CI, p. 542.)

(5) P. Pellacani. Intorno agli effetti tossichi delle diluzioni acquose degli organi freschi introdotte nell' organismo di alcuni animali. (*Arch. per le scienze med.*, 1879, III, 24.)

(6) G. Guarnieri et F. Marino-Zuco. Recherches expérimentales sur l'action toxique de l'extrait aqueux des capsules surrénales. (*Arch. ital. de biol.*, 1888, X, p. 334.)
T. Carbone. Neurine et capsules surrénales. (*Arch. ital. de biol.*, 1895, XXII, p. CXXII.)

(7) G. Tizzoni. Sur la physio-pathologie des capsules surrénales. (*Arch. ital. de biol.*, 1884, V, p. 333 et VI, p. 386.)

(8) G. Oliver et E. A. Schäfer. On the physiological action of extract of the suprarenal capsules. (*Proceed. of the Physiol. Soc. of London*, 10 mars 1894, et *Journ. of Physiol.*, 1894, XVI, p. 1.)

(9) N. Cybulski. O funkcyi nadniercza. (*Gaz. lekarska*, 23 mars 1895, p. 299.) — Ueber die Funktion der Nebenniere. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er et 8 fév. 1896.)
Szymonowicz. Die Function der Nebenniere. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1896, LXIV, p. 97.) — Ce travail avait paru antérieurement 1893) en langue polonaise.

Les recherches de MM. Langlois (1), Gottlieb (2), Boruttau (3), Langley (4), Blum (5), Herter (6), Batelli (7), etc. ont beaucoup ajouté à nos connaissances sur les effets de l'extrait de capsules surrénales. D'autre part, MM. Moore (8), Abel (9), von Fürth (10), Aldrich (11) et Takamine (12) arrivèrent, en employant chacun une méthode un peu différente, à en extraire un principe actif. M. Abel a nommé *épinéphrine* celui qu'il a préparé; M. von Fürth a donné au sien le nom de *suprarénine*, et M. Takamine celui d'*adrénaline*.

Nous nous proposons d'exposer les effets de l'extrait de capsules surrénales : 1° sur la circulation; 2° sur les autres appareils; 3° sur le « métabolisme » des hydrates de carbone dans l'organisme; puis nous dirons le peu qu'on sait du principe actif et de sa toxicité; enfin nous indiquerons ses applications thérapeutiques.

II

Effets sur l'appareil circulatoire. — 1° *Contraction des petits vaisseaux :* Quand on injecte dans la veine de la patte d'un chien une faible dose d'extrait de capsules surrénales (par exemple, un tiers de milligramme, par kilogramme, d'extrait sec de la substance *médullaire*), on observe, si l'on a mis un manomètre en rapport avec une artère, une augmentation de la tension artérielle qui débute moins de trois minutes après la fin de l'injection : de 14 centimètres de mercure, par exemple, elle peut s'élever à 24 centimètres et même au-dessus. Cette augmentation est de courte durée : elle cesse au bout de trois à quatre minutes pour faire place à une très légère hypotension, également transitoire.

(1) J. P. Langlois. Sur les fonctions des capsules surrénales. (*Thèse de doctorat ès sciences*, Paris, 1897.)

(2) R. Gottlieb. Ueber die Wirkung der Nebennierenextrakte auf Herz und Blutdruck. (*Arch. f. experim. Pathol u. Pharmakol.*, 1897, XXXVIII, 1-2.) — Ueber die Wirkung des Nebennierenextracts auf Herz und Gefässe. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1899, XLIII, 3-4.)

(3) H. Boruttau. Erfahrungen über die Nebennieren. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1899, LXXVIII, p. 97.)

(4) Langley. Observations on the physiological action of extracts of the suprarenal bodies. (*Journ. of Physiol.*, oct. 1901.)

(5) F. Blum. Ueber Nebennierendiabetes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1901, LXXI, 2-3, p. 146.)

(6) C. A. Herter et A. N. Richards. Note on the glycosuria following experimental injections of adrenalin. (*Med. News*, 1er fév. 1902.)
C. A. Herter. On adrenalin glycosuria and allied forms of glycosuria due to the action of reducing substances and other poisons on the cells of the pancreas. (*Med. News*, 10 mai 1902.) — Note on the newly recognized sugar-controlling function of the suprarenal glands. (*Med. News*, 25 oct. 1902.)
C. A. Herter et A. J. Wakeman. Ueber Adrenalin-Glykosurie und verwandte, durch die Wirkung reducirender Substanzen und anderer Gifte auf die Pankreaszellen hervorgerufene experimentelle Glykosurien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1902, CLXIX, 3, p. 479.) — On adrenalin glycosuria and certain relations between the adrenal glands and carbo-hydrate metabolism. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv. 1903, p. 46.)

(7) F. Batelli. Plusieurs notes à la *Société de biologie* en 1902 et 1903.

(8) B. Moore. On the chemical nature of the physiologically active substance occurring in the suprarenal gland. (*Proceed. of the Physiol. Soc. of London*, 16 mars 1895, et *Journ. of Physiol.*, 1895, XVII, p. XIV.)

(9) J. J. Abel et A. Crawford. On the bloodpressure-raising constituent of the suprarenal capsule. (*Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, juillet 1897.)
J. J. Abel. On the phenylcarbamic ether of epinephrin. (*Amer. Journ. of Physiol.*, 1900, III, p. XVII.) — On the behaviour of epinephrin to Fehling's solution and other characteristics of this substance. (*Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, nov. 1901.) — On a simple method of preparing epinephrin and its compounds. (*Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, fév.-mars 1902.)

(10) O. von Fürth. Zur Kenntnis der brenzcatechinähnlichen Substanz der Nebennieren. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1898, XXIV, 1-2, p. 142 et XXVI, 1-2, p. 15, et 1900, XXIX, 2, p. 105.)

(11) T. B. Aldrich. A preliminary report on the active principle of the suprarenal glands. (*Amer. Journ. of Physiol.*, 1901, V, 7, p. 457.)

(12) J. Takamine. The blood-pressure-raising principle of the suprarenal glands. (*Therap. Gazette*, 15 avril 1901, p. 225.)

On explique la courte durée de l'hypertension par la rapidité avec laquelle le principe actif, avide d'oxygène, se détruit par oxydation dans le sang vivant.

MM. Oliver et Schäfer n'ont pas hésité à attribuer l'hypertension à une contraction des artérioles périphériques. Celle-ci est, en effet, incontestable : il suffit d'observer attentivement une muqueuse — ou mieux le mésentère, au moyen d'une petite incision de la paroi abdominale — pour constater la constriction des artérioles (1).

La pâleur des tissus dure un quart d'heure et plus. Elle est donc plus prolongée que l'élévation de la tension artérielle.

La vasoconstriction ne se produit pas dans certains organes. Ce fait n'est pas sans importance pratique, car il semble indiquer qu'on ne peut compter arrêter ou prévenir une hémorrhagie dans ces organes. Parmi eux, il faut citer le poumon (2), le cerveau (3), le foie (4).

Cette vasoconstriction dépend, pour une grande part, de l'excitation des ganglions nerveux périphériques : en effet, on l'observe, à la vérité moins prononcée, malgré la section de la moelle (5) et malgré l'administration simultanée de chloral (6), qui, comme on sait, paralyse le centre vasomoteur. Si l'on fait circuler à travers un organe isolé (par exemple à travers le rein), un sang additionné de principe toxique, on constate une diminution du débit du sang veineux : ainsi, dans la première expérience de M. Gottlieb (7), on voit que 25 c.c. de sang normal s'écoulent de la veine émulgente en deux minutes; si le sang est additionné de chloral, la même quantité passe en quarante secondes, et même en vingt; que si, au contraire, on l'additionne d'extrait capsulaire, il faut de cinq à six *minutes* pour recueillir la même quantité.

Chez l'animal vivant, cette constriction des artérioles rénales, qui amène une anurie passagère plus ou moins prononcée, ne s'accompagne pas nécessairement d'une diminution notable du débit veineux, parce qu'elle est, au moins en grande partie, compensée par un facteur antagoniste, l'augmentation de la pression artérielle (8).

J'ai dit plus haut que la vasoconstriction est moindre après la section de la moelle que chez l'animal sain. MM. Cybulski et Szymonowicz, et plus récemment M. de Cyon, ont prétendu qu'elle était surtout due à l'excitation du centre vasomoteur. D'après ce dernier auteur, la section des splanchniques succédant à l'injection

(1) On peut aussi avoir recours aux instruments (pléthysphygmographes) qui inscrivent les variations de volume des organes. MM. Oliver et Schäfer ont particulièrement insisté sur la diminution du volume de la rate.

(2) A. Velich. Ueber die Einwirkung des Nebennierenextractes auf den Blutkreislauf; 2. Mitteilung. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 juin 1898, p. 1258.)
P. Carnot et P. Josserand. Des différences d'action de l'adrénaline sur la pression sanguine, suivant les voies de pénétration. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 20 déc. 1902, p. 1472.)

(3) W. M. Bayliss et L. Hill. On intra-cranial pressure and the cerebral circulation. Part I : Physiological. (*Journ. of Physiol.*, 1895, XVIII, p. 334.)
A. Spina. Experimentelle Untersuchungen über die Bildung des Liquor cerebrospinalis. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1899, LXXVI, p. 204.) — Je dois ajouter que M. E. de Cyon (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1899, LXXIV, p. 97) a vu survenir, après l'injection d'extrait surrénal, une contraction des vaisseaux *de la dure-mère.*

(4) P. Carnot et P. Josserand. (*Loc. cit.*)

(5) G. Oliver et E. A. Schäfer. (*Loc. cit.*)
A. Velich. Ueber die Einwirkung des Nebennierensaftes auf den Blutkreislauf. (*Wien. med. Blätter*, 9, 16, 23 et 30 avril, 7, 14 et 21 mai 1896.)
Biedl. Action de l'extrait de capsules surrénales sur la pression sanguine. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 87.)

(6) R. Gottlieb. (*Loc. cit.*, 1897, XXXVIII, 1-2, p. 101.)

(7) R. Gottlieb. (*Loc. cit.*, 1899, XLIII, 3-4, p. 249.)

(8) F. Pick. Ueber die Beeinflussung der ausströmenden Blutmenge durch die Gefässweite ändernde Mittel. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1899, XLII, 5-6, p. 399.)

d'extrait amènerait une chute considérable de la tension artérielle. Mais M. Boruttau (1), en injectant une nouvelle dose d'extrait dans la veine, aussitôt apres la section des splanchniques, n'a vu qu'un abaissement insignifiant de la tension. Il est donc certain que la vasoconstriction est essentiellement de cause périphérique.

2° *Action sur le cœur :* L'extrait de capsules surrénales augmente l'énergie du cœur, mais pendant un temps assez court. Le fait que l'élévation de la pression dure moins longtemps que la constriction des petits vaisseaux permettait déjà de soupçonner cette action, sur laquelle insistent la plupart des expérimentateurs.

MM. Oliver et Schäfer, puis MM. Gottlieb, von Fürth, Hedbom (2), Cleghorn (3), etc., ont montré qu'un sang additionné d'extrait capsulaire augmente les battements d'un cœur *isolé*. Mais le cœur de l'animal vivant, soumis à l'influence modératrice du vague, ne se comporte pas de même; et les expériences de M. Gerhardt (4) semblent indiquer qu'en réalité cette influence modératrice intervient chez l'animal ayant reçu une dose modérée d'extrait surrénal (5).

Cet expérimentateur déclare, en effet, qu'après l'injection d'extrait capsulaire, la pression peut augmenter dans l'oreillette *gauche*, si les nerfs vagues sont intacts, et qu'elle ne s'élève pas, s'ils ont été préalablement coupés. En d'autres termes, dans le premier cas, l'énergie ventriculaire peut n'être pas suffisante pour lutter d'une manière complète contre l'obstacle créé par la contraction des artérioles.

On aurait toutefois tort de contester l'action renforçante exercée sur le cœur par l'extrait surrénal. La preuve de la réalité de cette action, même quand toutes les connexions nerveuses sont respectées, a été donnée par M. Gottlieb (6), qui a vu, chez un lapin intoxiqué par le chloral, le cœur recouvrer son énergie sous l'influence d'une petite dose d'extrait, et même recommencer à battre alors qu'il était arrêté depuis cinq minutes, à la condition qu'on ajoutât à l'action de l'extrait celle du massage direct du cœur. De son côté, M. Clopatt (7) a constaté aussi l'influence revivifiante de l'extrait capsulaire, le cœur étant intoxiqué par le chloral ou le chloroforme. Il est superflu d'insister sur l'importance pratique de ces faits.

Sur l'animal sain, l'extrait surrénal injecté dans une veine peut amener le ralentissement du cœur avant que la tension artérielle soit sensiblement élevée. J'insiste d'autant plus sur ce point que, d'après plusieurs expérimentateurs, le ralentissement du cœur serait exclusivement dû à l'augmentation de la tension artérielle. Mais j'ai constaté trop nettement le contraire pour conserver le moindre doute à cet égard. Il faut donc admettre que l'extrait surrénal peut exciter le vague avant qu'il ait amené une contraction des artérioles, suffisante pour élever notablement la tension artérielle. Il est bien probable que l'excitation porte sur le noyau bulbaire du vague, car MM. Biedl et

(1) H. Boruttau. (*Loc. cit.*, p. 99.)

(2) K. Hedbom. Ueber die Einwirkung verschiedener Stoffe auf das isolirte Säugetierherz. I. Abhandlung : Die Einwirkung gewisser Organextracte. (*Skand. Arch. f. Physiol.*, 1898, VIII, p. 147.)

(3) A. Cleghorn. The action of animal extract, bacterial cultures, and culture filtrates on the mammalian heart muscle. (*Amer. Journ. of Physiol.*, 1899, II, 3, p. 273.)

(4) D. Gerhardt. Ueber die Wirkungsweise der blutdrucksteigernden Substanz der Nebennieren. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1900, XLIV, 3-4, p. 161.)

(5) Une dose très forte peut amener une paralysie du vague, c'est-à-dire l'accélération des battements du cœur. J'ai vu moi-même plusieurs fois, après une dose élevée, la mort arriver au bout de quelques heures par arrêt *brusque* du cœur, en *diastole*.

(6) R. Gottlieb. (*Loc. cit.*, 1899, XLIII, 3-4, p. 292.)

(7) Clopatt. (*Virchow's Jahresbericht*, 1900, II, p. 508.)

Reiner (1), aussitôt après avoir injecté une faible dose d'extrait dans le bout périphérique de la carotide, ont noté que le cœur était très ralenti.

La durée du ralentissement cardiaque consécutif à l'injection d'extrait dans une veine peut être plus longue que celle de l'augmentation de la tension artérielle. Elle est toutefois assez faible. M. Langlois l'a prolongée en refroidissant artificiellement l'animal (chien). Dans un cas où la température rectale était tombée à 31°, il a vu l'extrait capsulaire agir sur le cœur pendant vingt-six minutes, ou, en ne tenant compte que de la période des grands ralentissements et des hautes pressions, pendant neuf minutes et demie (2). Par contre, l'échauffement d'un animal à sang froid (tortue) diminue l'action de l'extrait sur le cœur de cet animal.

D'après M. Gottlieb, l'extrait surrénal n'augmente pas l'irritabilité du myocarde, mais bien l'excitabilité des ganglions intra-cardiaques. On admet, par analogie, qu'il n'excite pas directement les fibres musculaires lisses des vaisseaux, mais qu'il agit sur l'appareil nerveux périphérique. M. Josué (3) a vu que l'injection d'adrénaline dans une veine, chez un lapin auquel on a arraché le ganglion cervical supérieur d'un côté, détermine une anémie *égale* des deux oreilles. Cette expérience prouve, après d'autres, que l'intervention des centres n'est pas nécessaire; mais elle ne démontre nullement que l'action de l'adrénaline porte sur les fibres musculaires lisses, car l'intervention des cellules nerveuses périphériques n'est pas supprimée par l'arrachement du sympathique.

III

Influence de la voie d'introduction. — M. Langlois avait déjà injecté l'extrait dans différents vaisseaux. MM. Carnot et Josserand (4) ont repris ces expériences. Ils ont constaté que si un quart de milligramme d'adrénaline, dans la veine saphène d'un chien de 15 kilogrammes, élève la tension artérielle de plusieurs centimètres de mercure, il faut doubler la dose pour obtenir le même effet, quand on l'injecte dans le bout périphérique d'une artère musculaire; encore cette double dose est-elle insuffisante si l'artère irrigue des muscles préalablement fatigués (5).

Dans ses premiers travaux, M. Langlois (6) n'avait pas remarqué que l'injection d'extrait dans une veine mésentérique fût moins efficace que l'injection dans une veine de la patte; mais les faits suivants modifièrent ses idées : 1° une macération de foie neutralise l'action sphygmogénique de l'extrait capsulaire; 2° l'injection dans une veine mésentérique n'est suivie que d'un faible effet, si elle est lente; 3° si l'on supprime fonctionnellement le foie, l'hypertension est prolongée.

Plus récemment, MM. Carnot et Josserand ont confirmé les idées de M. Langlois sur le rôle antitoxique du foie. Ils ont vu que l'injection intrahépatique produit un effet sphygmogénique très inférieur à celui qu'on observe après l'injection intraveineuse; mais il serait

(1) Biedl et Reiner. Studien über Hirncirculation. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1897, LXXIII, p. 385.)

(2) J. P. Langlois. (*Loc. cit.*) — Cet auteur fait remarquer qu'un refroidissement à 31° n'est pas excessif. Ce n'est que plus bas, à 26°, que le mammifère revêt « le type classique de l'animal à sang froid ».

(3) O. Josué. La vasoconstriction déterminée par l'adrénaline n'est pas due aux centres sympathiques. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 10 janv. 1903, p. 30.)

(4) P. Carnot et P. Josserand. (*Loc. cit.*)

(5) P. Carnot et P. Josserand. Influence du travail musculaire sur l'activité de l'adrénaline. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 10 janv. 1903, p. 51.)

(6) J.-P. Langlois. Action des agents oxydants sur l'extrait de capsules surrénales. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 29 mai 1897 et *Semaine Médicale*, 1897, p. 209.) — De la destruction de la sphygmogénine surrénale dans l'organisme; antagonisme du foie et des capsules surrénales. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 12 juin 1897 et *Semaine Médicale*, 1897, p. 232.)

un peu plus durable (1). Après l'injection intrapulmonaire, ou dans la paroi intestinale, les effets seraient nuls (2).

Si l'on injecte l'extrait surrénal sous la peau, même à dose élevée (3), les effets sphygmogéniques font presque entièrement défaut (4). M. Cybulski, puis M. Langlois, ont expliqué ce résultat par l'oxydation du principe actif dans les tissus.

IV

Action sur les autres appareils. — 1° *Appareil respiratoire :* Le badigeonnage de la muqueuse des fosses nasales est suivi d'une diminution et de la rougeur et de l'épaisseur de cette membrane. Cette action dure un bon quart d'heure et permet d'opérer sur elle sans notable effusion de sang.

L'injection intraveineuse d'une dose moyenne, chez le chien, amène des modifications objectives des mouvements respiratoires, qui deviennent, habituellement, plus superficiels. La période inspiratoire est raccourcie, l'expiration très prolongée. Parfois même, on observe des pauses expiratrices. M. Doyon (5) a observé, au moyen d'appareils enregistreurs, la contraction des muscles bronchiques. Il y aurait donc, sous l'influence de l'extrait capsulaire, comme une ébauche d'asthme.

Dans le cas où la dose injectée est très forte, les mouvements respiratoires peuvent s'arrêter *avant le cœur*, et sans que la respiration artificielle parvienne à les faire reparaître.

2° *Appareil oculaire :* M. Bates (6) remarqua, le premier, que l'instillation d'une goutte d'extrait aqueux sur le globe oculaire faisait contracter les vaisseaux de la conjonctive et, peu après, M. L. Dor (7) montrait le bénéfice que pouvait retirer la thérapeutique oculaire de cet agent nouveau.

M. Badano (8) et M. Lewandowsky (9) ont signalé la mydriase à la suite de l'injection intraveineuse; pour le dernier de ces auteurs, elle commence *après* l'augmentation de la tension artérielle, mais dure bien plus longtemps. Elle ne se produit pas par simple instillation sur la conjonctive (10). Indiquons, comme phénomènes parallèles à la dilatation de la pupille,

(1) D'après M. F. Batelli (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 27 déc. 1902), du sang défibriné, additionné d'adrénaline dans la proportion de 1 pour 300,000, injecté dans la jugulaire d'un lapin *après un seul passage à travers un foie isolé*, n'a plus aucune action sur la tension artérielle. Si au lieu de sang on fait circuler dans le foie isolé du sérum renfermant 1 pour 500,000 d'adrénaline, celle-ci n'est transformée que dans la proportion d'un tiers environ. On obtient le même résultat en faisant la circulation artificielle avec du sang défibriné, privé en grande partie de son oxygène par l'action du vide. Si ces expériences ont été exécutées dans des conditions rigoureuses d'exactitude, elles nous donnent des renseignements précieux sur la valeur respective de l'action oxydante du sang et de l'action antitoxique du foie.

(2) On sait qu'on a trouvé une proportion variable d'oxydase dans les tissus (Abelous, Jacoby).

(3) MM. Carnot et Josserand ont injecté un demi-milligramme, soit plus du double de la dose qui est mortelle dans une veine.

(4) Voir cependant les expériences de M. S. Amberg (*Arch. internation. de pharmacodynamie et de thérapie*, 1902, XI, p. 86 et suivantes).

(5) M. Doyon. Action de l'adrénaline sur différents réservoirs ou organes contractiles. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 20 déc. 1902, p. 1477.)

(6) Bates. The use of extract of suprarenal capsule in the eye. (*New York Med. Journ.*, 16 mai 1896, p. 647, et *Semaine Médicale*, 1896, Annexes, p. CXLII.)

(7) L. Dor. L'extrait de capsules surrénales en ophtalmologie. (*Province méd.*, 11 juillet 1896 et *Semaine Médicale*, 1896, Annexes, p. CXLII.)

(8) Badano. Azione dell'estratto di capsule surrenali sul sistema respiratorio e cardiovascolare. (*Gazz. degli Osped.*, 13 fév. 1898, p. 202.)

(9) M. Lewandowsky. Ueber die Wirkung des Nebennierenextractes auf die glatten Muskeln, im besonderen der Augen. (*Arch. f. Physiol.*, 1899, p. 360.)

(10) M. Radziejewski. Ueber den augenblicklichen Stand unserer Kenntnisse von den Nebennieren und ihren Functionen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juin 1898, p. 572.)

la rétraction de la membrane nictitante et celle du globe (Lewandowsky).

Egalement, comme effet de l'injection intraveineuse, on observe la sécrétion de la glande lacrymale (Langley). Cette sécrétion est diminuée par l'injection intraveineuse de 0 gr. 005 à 0 gr. 010 milligr. d'atropine (chez le chat), mais point par l'excision du ganglion cervical supérieur.

3° *Tube digestif :* D'après M. Boruttau, dont les expériences ont été faites surtout sur le lapin, l'extrait de capsules, en badigeonnage sur l'intestin, l'estomac et l'œsophage, fait cesser les mouvements péristaltiques. Il exerce donc une action analogue à celle de certains alcaloïdes.

Les expériences de M. Langley, sur le chat, montrent que l'injection intraveineuse d'extrait surrénal excite la sécrétion de la salive comme celle des larmes. L'intensité et la durée de la sécrétion augmentent avec la dose injectée. Une dose faible, suffisante pour élever la tension artérielle, peut n'avoir aucune action sur la sécrétion salivaire. Une légère excitation de la corde du tympan ajoute son effet à celui de l'extrait. L'injection d'atropine diminue la sécrétion.

Le premier effet de l'extrait surrénal sur la glande sous-maxillaire est la pâleur, mais celle-ci dure peu; si bien que pendant la période où la sécrétion est le plus active, la glande est notablement plus rouge qu'à l'état normal. La pâleur initiale est moindre que celle que produit l'excitation du sympathique, la rougeur moins intense que celle que détermine l'excitation de la corde du tympan (1).

Le vomissement est un symptôme banal après l'injection intraveineuse.

M. Doyon, qui a expérimenté avec l'adrénaline sur des chiens curarisés, et qui a injecté une dose certainement très différente de celle qui était contenue dans l'extrait utilisé par M. Boruttau en badigeonnage, a noté des contractions de l'œsophage, de l'intestin grêle, de la vésicule biliaire et du canal cholédoque. Pour l'estomac, l'effet serait variable.

4° *Appareil urinaire :* MM. Bardier et Frenkel (2) disent que l'injection dans une veine d'une dose très faible d'extrait surrénal *diminue* ou même *arrête* pendant trois minutes l'écoulement de l'urine, puis l'accélère énormément. Ces phases correspondraient à des changements de volume du rein et elles entraînent de remarquables modifications dans la teneur de l'urine en acide phosphorique par rapport à l'urée, ainsi que je l'ai signalé à la Société médicale des hôpitaux de Lyon au mois de décembre dernier; dans la phase d'oligurie, le rapport de l'acide phosphorique à l'urée est très bas. Quant à l'action sur la vessie, M. Lewandowsky avait observé que l'injection, dans une veine, d'extrait surrénal, faisait diminuer la pression que le réservoir urinaire exerce sur son contenu. M. Langley a répété cette expérience sur le chat et a vu que, quinze secondes après l'entrée de l'extrait dans la veine, la pression tombe à 0°; avec l'adrénaline, M. Doyon a obtenu le même résultat.

5° *Peau :* A la suite de l'injection intraveineuse, M. Langley signale la contraction des *erectores pilorum* chez le chat; pas de sécrétion de la sueur chez cet animal.

6° *Système nerveux central :* L'action de l'extrait capsulaire ou de l'adrénaline sur le système nerveux central demanderait une étude que les expérimentateurs n'ont pas encore faite d'une manière suffisamment approfondie. D'après mon observation personnelle, je puis dire que, dans les instants qui suivent l'entrée dans les veines d'une dose modérée d'extrait capsulaire, le psychisme des animaux (chiens) est très troublé : ils sont peureux, le plus souvent à un haut degré; ils se cachent dans un coin du laboratoire; si la dose est forte, ils peuvent avoir des convulsions.

7° *Température :* Dans les heures consécutives à l'injection intraveineuse d'une dose d'extrait capable de déterminer l'élévation de la tension artérielle, j'ai *toujours* observé une augmentation, plus ou moins marquée et de durée assez courte, de la température centrale; aussi suis-je assez surpris de ne trouver nulle part mention de ce symptôme. Il me paraît difficile d'admettre que cette hyperthermie tienne *exclusivement* à la diminution de la perte de calorique, par suite de l'ischémie cutanée, car, à en juger par la palpation, la peau du chien n'est pas froide. On est ainsi conduit à supposer que l'extrait surrénal pourrait exciter le centre calorique (?).

(1) Langley. (*Loc. cit.*, p. 247.)

(2) Bardier et Frenkel. Action de l'extrait capsulaire sur la diurèse et la circulation rénale. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 24 juin 1899, p. 544 et *Semaine Médicale*, 1899, p. 221.

V

Action sur le « métabolisme » des hydrates de carbone. — L'hyperthermie que je viens de signaler rend encore plus remarquable la production d'une glycosurie surrénale, car il existe, comme on sait, un certain antagonisme entre l'hyperthermie et la glycosurie.

On doit à M. Blum la découverte de la glycosurie surrénale : si à un chien bien nourri on injecte une quantité d'extrait supérieure à celle qui élève la tension, mais inférieure à la dose mortelle, on trouve que l'urine émise dans les heures suivantes renferme quelques grammes de sucre par litre.

Chez les chiens à l'inanition, on ne constate que peu de glycosurie (1).

Les recherches de M. G. Zülzer (2) et de M. Metzger (3) ont appris que l'injection d'extrait surrénal produit une hyperglycémie. M. Boulud et moi (4) avons remarqué que, peu de minutes après l'introduction dans les veines d'une dose d'adrénaline suffisante pour produire la glycosurie, le sang a perdu la plus grande partie de son pouvoir glycolytique. Il ne le récupère que dans les heures suivantes.

D'autre part, M. Herter a fait la découverte que si, chez un chien, on badigeonne *une partie* de la surface du pancréas avec 1 c.c. d'une solution au millième d'adrénaline — ou avec une petite quantité d'extrait capsulaire — on observe, au bout d'un temps très court, le plus souvent inférieur à une heure, que l'urine renferme une proportion de sucre plus forte que si l'on avait injecté la même quantité d'adrénaline dans une veine. M. Herter insiste sur le fait qu'il suffit de badigeonner le tiers environ du pancréas. Comme l'ablation du pancréas doit être *totale* ou à peu près pour être suivie de glycosurie, on voit que l'adrénaline agit autrement qu'en produisant une simple inhibition de cet organe. Il importe, en outre, de se rappeler que la glycosurie provoquée par l'extirpation du pancréas ne débute qu'au bout d'un certain nombre d'heures.

Le badigeonnage de la rate et du foie n'est pas, en général, suivi de glycosurie; celui des reins serait peut-être plus efficace, mais jamais, à beaucoup près, autant que celui du pancréas.

(1) D'après M. F. Blum (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1902, XC, p. 625 et suivantes), on peut la provoquer chez le chien inanitié en lui injectant de l'huile sous la peau. Ainsi, dans ces conditions, l'huile donnerait naissance à un hydrate de carbone.

(2) G. Zülzer. Zur Frage des Nebennierendiabetes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 déc. 1901, p. 1209.)

(3) L. Metzger. Zur Lehre vom Nebennierendiabetes. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 mars 1902, p. 478.)

(4) R. Lépine et Boulud. Sur la glycolyse dans le sang *in vitro* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 12 janv. 1903 et *Semaine Médicale*, 1903, p. 49.) — Cette perte *presque complète* du pouvoir glycolytique est d'autant plus remarquable que, dans nos nombreuses recherches sur le pouvoir glycolytique du sang, nous ne l'avons guère observée que chez des chiens assommés.

En conséquence, M. Herter admet que l'adrénaline exerce une action toute particulière sur ce dernier organe, et il pense que, si elle détermine de la glycosurie quand elle est injectée dans une veine (1), c'est peut-être parce qu'elle agit sur le pancréas.

Cette hypothèse, très hardie, ne semble pas confirmée par les résultats d'expériences que je viens de faire, avec la collaboration de M. Boulud. En effet, si l'on enlève le pancréas à un chien, et qu'aussitôt après on injecte dans une veine une dose d'adrénaline suffisante, on produit presque immédiatement une glycosurie qui ne paraît pas différer beaucoup de celle qu'on observait, avec la même dose, chez un chien non dépancréaté. Bien entendu, je ne parle ici que de la glycosurie qui suit immédiatement l'injection : il est clair que, chez les chiens dépancréatés, on observe, *au bout de quelques heures*, la glycosurie progressive que l'on connaît depuis les travaux de MM. von Mering et Minkowski.

Dans le cas de badigeonnage du pancréas, l'adrénaline n'agit pas en tant que substance réductrice, bien qu'elle soit très avide d'oxygène, comme on sait, et qu'un bon nombre de substances réductrices, appliquées sur le pancréas, soient diabétogènes (Herter); car les recherches de ce savant nous ont appris que certaines substances non réductrices (voire même une substance *oxydante*, l'acide picrique), également en badigeonnage sur le pancréas, provoquent une glycosurie.

M. Herter s'est demandé si l'action de l'adrénaline porte ou non sur les îlots de Langerhans, qui, pour M. Laguesse et un certain nombre d'histologistes, seraient les organes producteurs de la sécrétion interne. Mais cette supposition ne lui paraît pas fondée, par la raison que dans une double série d'expériences, portant chacune sur 15 chiens, le badigeonnage avec l'adrénaline, soit de la tête, soit de la queue du pancréas, a été également diabétogène : or, selon M. Opie, les îlots sont beaucoup plus nombreux dans la queue de l'organe.

VI

Variation de la toxicité de l'extrait et détermination de la substance active. — M. Dubois (de Nancy) a montré que l'extrait fait avec les capsules d'un animal surmené, ou injecté avec des toxines, ou bien encore alimenté avec des substances avariées, est plus toxique que l'extrait obtenu avec des capsules d'un animal sain (2).

D'après M. Livon, l'extrait aqueux, vieux de quelques semaines et ayant pris une coloration brune, conserve le pouvoir d'élever la tension artérielle, mais est capable d'arrêter brusquement le cœur, même pendant la période d'hypertension, les mouvements respiratoires persistant (3).

Mais il ne faut pas oublier qu'un semblable effet peut être obtenu avec une forte dose d'un extrait *frais*. L'opinion de M. Livon, quant au danger plus grand que présenterait un extrait vieilli, quelque plausible qu'elle soit, demande donc à être vérifiée.

(1) M. C. A. Herter. (*Med. News*, 25 oct. 1902) a eu l'idée ingénieuse de faire pénétrer dans la veine cave d'un chien sa propre adrénaline, en lui *massant* les capsules surrénales; il a ainsi produit de la glycosurie. Le massage d'un organe, en faisant passer dans le sang ce qu'on appelle sa « sécrétion interne », peut donc nous renseigner sur les fonctions de cet organe. Dans cet ordre d'idées, je mentionne le fait que le massage du pancréas est suivi d'*hypoglycémie* et d'*augmentation de la glycolyse* (R. Lépine et Boulud).

(2) L.-A. Dubois. Note préliminaire sur l'action des extraits de capsules surrénales. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 11 janv. 1896, p. 14 et *Semaine Médicale*, 1896, p. 27.) — C'est aussitôt après l'injection de toxines que l'extrait est le plus toxique.

(3) Livon. Danger du principe actif des capsules surrénales dialysé. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 16 déc. 1902, p. 1501.) — Je puis ajouter, d'après mon observation personnelle, que le cœur s'arrête en diastole.

Plusieurs auteurs ont d'ailleurs signalé dans les extraits frais une substance antagoniste de celle qui élève la pression artérielle. En décrivant les effets de l'injection intraveineuse, j'ai dit que l'hypertension était suivie d'une hypotension, à la vérité courte et faible. Il se pourrait que celle-ci fût due à une substance particulière (1). M. Dubois dit que l'extrait capsulaire renferme une substance *insoluble dans l'alcool à 90°*, et amenant une vasodilatation générale. M. Metzger prétend de son côté qu'au moyen de l'alcool à la température de 0° on peut séparer une substance abaissant la pression.

Quoi qu'il en soit, il faut savoir que l'extrait aqueux de capsules surrénales contient un grand nombre de substances, dont quelques-unes sont en forte proportion. Ainsi, l'extrait aqueux de 2 kil. 800 gr. de capsules, débarrassé des matières albuminoïdes, a donné 8 grammes de substances cristallisées, qui consistaient en xanthine pour la majeure partie (5 gr. 50 centigrammes), puis en méthylxanthine, hypoxanthine, épiguanine et adénine (2).

D'après MM. Salvioli et Pezzolini (3), l'extrait de la substance *corticale* ralentit le cœur et renforce ses battements (4), tandis que celui de la substance *médullaire* l'accélère et l'affaiblit; le premier n'a pas d'action sur la respiration; c'est le second qui la rend plus fréquente et plus superficielle. Je mentionne cette assertion, mais sous réserves; en admettant qu'il existe dans les capsules une substance antagoniste de celle qui élève la pression artérielle, il n'est pas actuellement démontré que cette substance soit localisée dans la portion corticale.

Quant à la substance augmentant la tension artérielle, que M. Fränkel (5), *sans l'avoir isolée*, a désignée sous le nom de sphygmogénine, plusieurs chimistes, ainsi que je l'ai dit au début de cet article, croient l'avoir obtenue à l'état de pureté et l'ont nommée *épinéphrine*, *suprarénine*, *adrénaline*. Ces chimistes, en employant chacun une méthode un peu différente, ont isolé des substances assez analogues entre elles, dont la composition centésimale en carbone, hydrogène et azote est encore l'objet de discussions, et dont la constitution chimique reste, pour le moment, inconnue (6). Il n'est d'ailleurs pas nécessaire, pour retirer un principe actif des capsules surrénales, d'avoir recours à une méthode bien compliquée : MM. Moore et Purinton (7), en traitant ces organes par l'eau acidulée, puis en faisant bouillir l'extrait aqueux pour précipiter les matières albuminoïdes, enfin en précipitant les impuretés avec de l'acétate de plomb, c'est-à-dire en employant un procédé d'extraction aussi simple que possible, obtiennent une substance qui, à la dose infime de 7 millièmes de milligramme par kilogramme, est capable d'élever la tension artérielle, tandis que l'épinéphrine et la suprarénine ne produisent la même action qu'à une dose beaucoup plus forte.

Il n'est pas absolument prouvé que la sphygmogénine soit identique avec le chromogène qui, au contact du perchlorure de fer, prend une coloration verte. M. Moore (1) affirme que ce sont deux groupes moléculaires parfaitement distincts et combinés entre eux.

Quoi qu'il en soit de l'opinion de cet auteur, il est assez difficile de doser exactement, dans un extrait, la quantité du principe actif à l'aide de la méthode colorimétrique proposée par M. Batelli (2), car il résulte des recherches faites dans mon laboratoire par MM. Boulud et Fayolle que la coloration verte est en rapport avec le degré d'acidité de l'extrait, facteur dont M. Batelli ne paraît pas tenir compte (3).

Ces réserves faites sur l'exactitude du dosage de l'adrénaline par la colorimétrie, il n'est pas impossible que cette substance soit moins toxique qu'un extrait qui en renfermerait la même quantité; mais on ne saurait, en tout cas, souscrire à l'assertion de M. Takamine (4), d'après laquelle l'adrénaline serait dépourvue d'action « irritante, toxique ou nuisible (*injurious*) » et l'on peut se demander dans quel but ce chimiste a pu émettre une proposition aussi éloignée de la vérité. Dire que l'adrénaline n'est pas toxique est un singulier paradoxe, quand on sait que l'injection dans une veine d'un peu plus de deux dixièmes de milligramme de cette substance par kilogramme peut tuer *insidieusement*, par syncope, un chien en parfait état de santé (5).

Chez le lapin, d'après MM. Bouchard et Claude (6), « la dose mortelle paraît être intermédiaire entre 0 milligr. 1 et 0 milligr. 2 par kilogramme (en injection dans une veine). La mort semble due à deux ordres de causes : 1° *troubles nerveux*, dont l'expression la plus simple est la parésie des membres postérieurs, qu'on observe pendant quelques minutes chez les animaux qui survivent, et dont l'expression la plus élevée est représentée par des convulsions cloniques et toniques, avec opisthotonos et mydriase; 2° *troubles cardio-pulmonaires*, caractérisés par une respiration accélérée tout d'abord, puis très ralentie aux approches de la mort, la production d'un œdème pulmonaire signalé par un peu d'écume, parfois rosée... »

L'adrénaline est donc très toxique; il importe de ne pas l'oublier. D'autre part, il faut reconnaître qu'elle n'a pas d'effets cumulatifs, ce qui tient évidemment à sa prompte oxydation dans l'organisme. Il y a même, avec elle, *accoutumance :* un des lapins de MM. Bouchard et Claude a survécu à l'injection de un, puis de deux, de trois et même de quatre dixièmes de milligramme par kilogramme (chaque injection étant séparée de la précédente par quelques jours), sans présenter d'autres accidents qu'une parésie passagère.

VII

Applications thérapeutiques. — Il est temps d'aborder l'examen de l'emploi thérapeutique du principe actif des capsules surrénales.

Partant de l'idée simpliste que la maladie d'Addison était due au défaut de la sécrétion interne des capsules, on a, depuis longtemps, administré aux addisoniens le principe actif de ces organes. Les résultats ont été, en général, mauvais; et nous pouvons le comprendre, maintenant que nous possédons des notions un peu plus exactes sur les fonctions des glandes dépourvues de conduit excréteur :

Brown-Séquard avait pensé que ces glandes n'agissent sur l'économie qu'en déversant dans leurs veines ou leurs lymphatiques efférents certains produits fabriqués par elles. La réalité de cette « sécrétion » ne paraît pas douteuse pour certaines glandes; et, notamment pour les capsules surrénales, elle a été démontrée par M. Langlois, et plus récemment par MM. Langlois et Camus (1). Mais depuis que la notion de *toxicité* a pénétré la biologie, on a supposé, avec raison, qu'elles pourraient agir aussi en détruisant des matières nuisibles. Il semble bien, en effet, qu'elles ont pour fonction, non seulement de verser dans la circulation un ou plusieurs principes nécessaires à l'organisme, mais aussi de détruire certains déchets. On comprend dès lors le peu de succès de l'opothérapie surrénale, ainsi que l'échec de l'opothérapie pancréatique dans le diabète, car ces médications ne donnent pas au malade l'organe en activité, capable de transformer les substances toxiques en substances indifférentes.

Chez quelques addisoniens, cependant, l'injection d'extrait capsulaire a été suivie d'une amélioration apparente. Ce serait pousser trop loin le scepticisme que de supposer, pour ces faits, une simple coïncidence, et l'on peut admettre jusqu'à preuve du contraire que, dans les cas de ce genre, l'extrait surrénal a agi comme aurait fait la sécrétion interne, en relevant la tension vasculaire et, peut-être, en excitant la glycogénie.

C'est surtout à titre de constricteur des petits vaisseaux que le principe actif des capsules surrénales a été utilisé, soit pour prévenir, soit pour arrêter une hémorrhagie des muqueuses. Les rhinologistes badigeonnent la muqueuse de Schneider avec une solution au millième. Les chirurgiens s'en servent également dans les opérations sur l'urèthre et dans les hémorrhagies vésicales (2). Les laryngologistes et les oculistes l'emploient aussi (3). M. Thomas (4) et M. Lange (5) pensent que les hémophiliques pourraient retirer un certain bénéfice de l'adrénaline; si le fait était confirmé, il aurait une réelle importance.

L'ingestion d'adrénaline, aidée de la glace, aurait contribué à arrêter des hématémèses (6). L'injection sous-cutanée de cette substance aurait fait cesser des hémoptysies (7); sans doute, dans ces cas, il ne s'agissait pas de la rupture d'un anévrysme de Rassmüssen. L'utilité de l'adrénaline dans certaines hémoptysies est d'autant plus intéressante à confirmer que chez l'animal sain, comme on l'a vu plus haut, cette substance ne fait pas contracter les vaisseaux pulmonaires d'une manière bien appréciable.

---

(1) Cette conclusion est hypothétique; car plusieurs auteurs prétendent qu'avec la substance active, pure, on peut observer une période d'hypotension consécutive à l'hypertension.

(2) J. Okerblom. Die Xanthinkörper der Nebennieren. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1899, XXVIII, 1-2, p. 60.)

(3) I. Salvioli et P. Pezzolini. Sopra il diverso modo di agire degli estratti midollare e corticale delle capsule surrenali. (*Gazz. degli Osped.*, 16 janv. 1902, p. 35.)

(4) On n'observe pas ce double effet après la section des vagues.

(5) S. Fränkel. Beiträge zur Physiologie und physiologischen Chemie der Nebenniere. (*Wien. med. Blätter*, 2, 9 et 16 avril 1896.)

(6) On a supposé qu'elles dérivent de la pipéridine, dont elles différeraient par l'adjonction d'une ou de plusieurs chaînes latérales; mais c'est une simple hypothèse; et dans l'état d'incertitude où se trouvent à cet égard les chimistes les plus compétents, il est inutile d'essayer de préciser davantage.

(7) B. Moore et Purinton. Ueber den Einfluss minimaler Mengen Nebennieren. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1900, LXXXI, p. 487.)

(1) B. Moore. On the chromogen and on the active physiological substance of the suprarenal gland. (*Journ. of Physiol.*, 1897, XXI, p. 382.)

(2) F. Batelli. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 24 mai 1902, p. 571.)

(3) M. von Fürth dose sa *suprarénine* en combinaison ferrugineuse. Ce dosage paraît beaucoup plus exact; mais il exige que l'on fasse la combinaison préalable, laquelle est longue, difficile, et nécessite une grande quantité de substance.

(4) J. Takamine. (*Loc. cit.*, p. 223.)

(5) J'ai vérifié moi-même, *avec l'adrénaline américaine de Takamine*, le degré de toxicité que j'indique ici, après plusieurs expérimentateurs. Quant à la toxicité exacte de l'épinéphrine employée par M. Amberg (*Loc. cit.*, p. 57), on ne peut la déterminer par les expériences de cet auteur, parce qu'il a eu recours à des doses *beaucoup trop fortes*.

(6) Ch. Bouchard et Claude. Recherches expérimentales sur l'adrénaline. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1er déc. 1902.)

(1) Langlois et Camus. Pression artérielle et capsules surrénales. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 3 mars 1900.)

(2) Pour ces dernières, M. A. von Frisch (*Wien. klin Wochensch.*, 31 juillet 1902) a injecté dans la vessie 150 c.c. d'une solution au dix-millième et l'a laissée quatre minutes. Dans le cas de papillome on peut, à l'aide de l'endoscope, toucher la partie malade avec la solution au millième.

(3) Une goutte de solution d'adrénaline au millième suffit pour faire pâlir la conjonctive congestionnée; l'effet dure trois heures. D'après M. L. Dor, il faut éviter de produire une ischémie trop intense dans certains cas de conjonctivite infectieuse, la réaction de défense étant ainsi diminuée.

(4) W. T. Thomas. Suprarenal extract as a hæmostatic. (*Brit. Med. Journ.*, 23 nov. 1901, p. 1527.)

(5) O. Lange. Ueber die Anwendung des « Adrenalin » als Hæmostatikum in Fällen verzweifelter Blutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 janv. 1903, p. 62.)

(6) L. Renon et Louste. Sur l'action de l'adrénaline dans l'hémoptysie et dans l'hématémèse. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 21 nov. 1902, p. 983.)

(7) Souques et Morel. Du traitement de l'hémoptysie par l'adrénaline. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 14 nov. 1902.)

Au lieu de l'injecter sous la peau, M. Bouchard, dans deux cas d'hémoptysie, a fait pénétrer le médicament directement dans les voies aériennes, en piquant la trachée. Chez un des sujets, 1 c.c. d'une solution au dix-millième a arrêté l'hémoptysie pendant quelques heures; le lendemain on a injecté la même quantité d'une solution deux fois plus forte; l'hémoptysie ne s'est pas reproduite (1).

M. Gray (2) a essayé les préparations capsulaires dans la pneumonie; elles auraient diminué l'expectoration colorée.

Dans cette maladie, le même auteur dit avoir remarqué l'action stimulante de l'extrait surrénal sur le cœur. L'observation ultérieure démontrera si, à cet égard, l'adrénaline peut être comparée à la digitaline. Pour le moment j'en doute beaucoup, et j'hésiterai longtemps encore avant de priver un pneumonique du bénéfice certain de la digitaline, pour l'avantage douteux et à coup sûr moins innocent que pourra lui procurer l'adrénaline.

On se rappelle peut-être que Duboué (de Pau) a proposé autrefois de combattre l'atonie vasculaire des typhoïdiques par l'ergot de seigle. L'adrénaline, qui fait à la fois contracter les vaisseaux et stimule l'énergie cardiaque, pourrait-elle être essayée chez ces malades, si l'hypotension, comme il arrive quelquefois, était une source particulière d'indication? C'est ce que je ne saurais dire pour le moment. Quoi qu'il en soit, dans les hémorrhagies intestinales des dothiénentériques, elle a été déjà utilisée et, paraît-il, avec succès.

Contre l'asthénie cardiaque, l'adrénaline aurait, dit-on, été parfois un remède héroïque. Cela n'est pas impossible, mais dans la plupart des cas de maladie chronique du cœur il me semble douteux qu'elle trouve son emploi; car on peut redouter que la constriction des vaisseaux n'accroisse d'une manière dangereuse l'obstacle contre lequel le cœur doit lutter. Au contraire, après ce que nous avons vu de son action, l'adrénaline paraît indiquée dans le goitre exophtalmique et on a déjà commencé à l'expérimenter dans cette maladie.

M. Le Noir avait proposé l'emploi de l'adrénaline contre les hémorrhoïdes. M. Bouchard a eu l'occasion de constater que l'application d'un tampon de coton imbibé d'une solution d'adrénaline au millième avait été suivie, en moins d'une heure, de la décongestion des veines tuméfiées (3). Dans un cas où le paquet hémorrhoïdal turgescent et irréductible menaçait de s'étrangler, M. Mossé (de Toulouse) a réussi de même (4). Cette médication, si simple, est à recommander dans des circonstances analogues, car il n'est pas probable, à moins que la dose d'adrénaline employée ne soit excessive, qu'on ait à craindre l'absorption d'une quantité de substance capable de causer des accidents.

R. Lépine,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

(1) Le Noir. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 14 nov. 1902, p. 980.)

(2) E. A. Gray. The influence of suprarenals in pneumonia. (*Med. Record*, 5 avril 1902 et *Semaine Médicale*, 1902, p. 144.)

(3) Le Noir. (*Loc. cit.*, p. 981.)

(4) A. Mossé. L'adrénaline dans un cas d'hémorrhoïdes irréductibles avec menace d'étranglement. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 23 janv. 1903.)

MÉDECINE PRATIQUE

La douleur rénale provoquée par une injection urétérale comme moyen de reconnaître l'origine rénale d'une douleur abdominale mal localisée.

Il est parfois difficile de localiser le point de départ de certaines douleurs à siège abdominal. Un procédé que j'ai vu employer dans le service de M. le docteur Howard A. Kelly, professeur de gynécologie à la Johns Hopkins Medical School de Baltimore, paraît alors susceptible de rendre des services, en ce qu'il permet de déterminer si la douleur accusée par le malade doit être rapportée au rein. Dans le cas où je vis notre confrère appliquer le procédé en question, il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, se plaignant de crises douloureuses dans la partie supérieure droite de l'abdomen. Les caractères de ces douleurs étaient indiqués d'une façon assez vague et, en l'absence d'une crise à laquelle aurait assisté le médecin, les renseignements fournis par la malade, tout en faisant penser à des coliques néphrétiques, étaient insuffisants pour qu'on pût établir un diagnostic ferme. Dans ces conditions, M. Kelly décida de *provoquer* artificiellement une douleur rénale; connaissant la nature de la crise ainsi déterminée, on saurait à quoi s'en tenir sur les attaques antérieures: si, en effet, la malade déclarait cette crise identique avec les précédentes, on serait fixé et l'expérience apporterait un appoint décisif au diagnostic; dans le cas contraire, le diagnostic aurait cependant fait un pas de plus, en ce qu'il serait possible d'exclure le rein comme point de départ de la douleur.

Voici comment procède M. Kelly: après avoir placé la patiente dans la position génu-pectorale, il introduit dans l'urèthre l'uréthroscope qu'il a décrit et qui porte son nom. Grâce à la position donnée à la malade et à l'air atmosphérique qui pénètre dans la vessie, celle-ci se déplisse et prend la forme d'une cavité réelle qu'il est alors possible d'explorer dans tous ses détails. Pour faciliter cet examen, notre confrère opère dans une chambre noire, et avec un miroir frontal réfléchit dans la vessie la lumière provenant d'un bec de gaz, comme cela se pratique, par exemple, dans la laryngoscopie (1). Une sonde urétérale, munie d'un mandrin métallique, est alors aisément introduite dans l'orifice urétéral droit et poussée dans l'uretère. Au fur et à mesure que la sonde pénètre, un aide retire progressivement le mandrin métallique dont l'extrémité ne dépasse pas l'entrée de l'uretère. On enlève complètement le mandrin quand la sonde est arrivée à une distance que l'on juge suffisante. Puis on arme la sonde avec une seringue chargée d'une solution stérilisée d'acide borique que l'on injecte très lentement et avec beaucoup de douceur. Il suffit, d'ailleurs, d'une très faible quantité de liquide pour déterminer la douleur rénale. Dans le cas où j'assistai à l'application de ce procédé d'investigation, la douleur survint très rapidement, et la malade ne tarda pas à reconnaître l'identité de cette douleur avec les crises paroxystiques dont elle avait souffert antérieurement. Le diagnostic se trouva ainsi tranché; son bien fondé fut, d'ailleurs, confirmé par une opération ultérieure.

Le procédé est fort douloureux pour le patient, puisqu'il provoque une véritable colique néphrétique dans toute sa violence. La crise est toutefois de courte durée, et la douleur disparaît rapidement une fois que la sonde est retirée de l'uretère. M. Kelly a employé jusqu'à l'heure actuelle ce procédé dans un nombre suffisant de cas pour affirmer sa parfaite innocuité. Il importe, bien entendu, qu'il ne soit appliqué que dans des conditions d'asepsie parfaite, faute de quoi il ne manquerait pas de causer une infection avec des conséquences fort graves (2).

Dr Francis Munch (de Paris).

New-York, le 30 janvier 1903.

(1) Dans les examens uréthroscopiques, M. Kelly a recours habituellement à l'anesthésie générale par l'éther (qu'il fait précéder de l'inhalation de quelques bouffées de protoxyde d'azote). Dans le cas présent, on conçoit qu'il ne fut pas possible d'endormir la malade puisqu'il s'agissait de l'interroger sur une douleur que l'on provoquait intentionnellement. Je dois ajouter que M. le docteur Edgard Garceau, gynécologiste du Free Hospital for Women de Brookline, à Boston, se contente, pour les examens de ce genre, de l'anesthésie locale. — F. M.

(2) M. Kelly utilise le même procédé dans d'autres circonstances encore: par exemple, comme temps auxiliaire dans la néphrotomie, pour faciliter la découverte du bassinet. Après anesthésie, on introduit la sonde urétérale, puis on place la malade sur la table d'opération. Aussitôt que la convexité du rein est mise à nu, on injecte par la sonde urétérale un liquide coloré (notre confrère se sert d'une solution stérilisée d'acide borique, colorée au bleu de méthylène). Si la quantité de liquide injecté est suffisante, le liquide coloré se répand dans le champ opératoire au moment où le couteau du chirurgien ouvre le bassinet. Il n'y a dès lors plus qu'à élargir la boutonnière ainsi pratiquée, avec le doigt qu'on introduit dans cet orifice et qui déchire aisément la substance rénale. — F. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 février 1903.

Leucémie aiguë à forme hémorrhagique, avec non-retractilité du caillot sanguin.

M. Bensaude. — Nous avons eu l'occasion d'observer, M. Hayem et moi, une femme de soixante ans, probablement syphilitique, qui fut prise, sans cause apparente, d'abattement et de lassitude générale: elle ne présentait ni amaigrissement, ni changement notable de coloration de la peau, ni fièvre, ni troubles viscéraux. Plus tard seulement apparurent des troubles digestifs (anorexie, amertume de la bouche, diarrhée) et un léger catarrhe trachéo-bronchique. Dans les quinze derniers jours, il survint de la fièvre et des hémorrhagies multiples, cutanées, muqueuses et viscérales, et la patiente finit par succomber après avoir uriné du sang pendant près d'une semaine, sans qu'à aucun moment de l'affection on eût pu constater une augmentation de volume du foie, de la rate ou des ganglions lymphatiques. En tout, la maladie avait duré environ trois mois.

L'examen du sang pratiqué pendant la vie avait révélé la formule hématologique de la leucémie du type dit lymphatique. Au bout de vingt-quatre heures, le caillot sanguin ne s'était pas rétracté et n'avait pas laissé transsuder une seule goutte de sérum. Cette altération coexistait avec une diminution notable dans le nombre des hématoblastes.

On admet généralement que les hémorrhagies des leucémiques résultent de l'obstruction des petits vaisseaux par les globules blancs. A côté des lésions hémorrhagiques reconnaissant cette pathogénie, il en existe d'autres, analogues à celles du purpura et, d'une manière générale, aux diverses hémorrhagies par toxémie.

Comme M. Hayem l'a démontré, la toxémie du purpura hémorrhagique ressemble à celle que détermine l'injection dans le sang d'un animal d'un sang ou d'un sérum étranger. Par ces injections, le sang est en quelque sorte débarrassé des hématoblastes, ainsi que cela s'observe dans le purpura hémorrhagique; de plus, il se produit une coagulation due à la précipitation granuleuse de ces éléments. Aussi, dans les cas cliniques où l'absence de rétractilité du caillot est associée à une diminution plus ou moins notable du nombre des hématoblastes, nous semble-t-il légitime d'attribuer ce phénomène à une toxémie possédant la propriété de précipiter les hématoblastes.

A la liste des maladies s'accompagnant de cette variété de toxémie (purpura hémorrhagique, anémie pernicieuse progressive, variole hémorrhagique), il faut donc ajouter la leucémie aiguë à forme hémorrhagique.

Anévrysme de la crosse de l'aorte, encapsulé dans le sommet du poumon.

M. Chauffard présente un anévrysme de la crosse de l'aorte, provenant d'un homme de cinquante ans, syphilitique, qui était atteint d'hémoptysies depuis huit jours lorsqu'il entra à l'hôpital. Le début de ces crachements de sang avait eu lieu un soir, pendant le repas, à la suite d'une quinte de toux; les hémorrhagies avaient continué les jours suivants. En examinant ce malade, qui de prime abord faisait l'effet d'un artérioscléreux plutôt que d'un tuberculeux, on constata à la partie externe de la région sous-claviculaire gauche des battements appréciables par la vue et par la palpation et donnant lieu à un double claquement; les pulsations des radiales et des temporales étaient

synchrones à droite et à gauche. On diagnostiqua un anévrysme de la dernière portion de la crosse de l'aorte.

Quelques jours après son admission à l'hôpital, le patient fut pris brusquement d'une nouvelle hémoptysie à laquelle il succomba. A l'autopsie, on trouva la cavité pleurale gauche remplie de caillots dont le poids atteignait 3 kilogrammes; il existait, en outre, à la partie inférieure de l'aorte thoracique, un anévrysme qui était resté méconnu pendant la vie et un autre sac anévrysmatique de l'aorte, situé immédiatement au-dessous de la naissance de la sous-clavière gauche et encapsulé dans le sommet du poumon auquel il adhérait intimement. A la partie antérieure et externe de cette poche anévrysmale, une déchirure étendue avait permis l'irruption du sang, dans les bronches d'abord, et ensuite dans la plèvre.

Tuberculose primitive de l'endocarde et de la rate.

M. Ferrand montre, en son nom et au nom de M. Rathery, les pièces anatomiques d'une malade qui présentait une grosse rate et un gros foie, ainsi que des signes de lésion mitrale, sans fièvre, et qui succomba dans un état de profonde cachexie. L'autopsie fit reconnaître qu'il s'agissait d'une tuberculose primitive de la rate et d'une endocardite végétante, dont les exsudats, à l'examen histologique, furent trouvés de nature tuberculeuse. On n'aurait jamais, jusqu'ici, observé une endocardite tuberculeuse sans lésions de tuberculose pulmonaire; or, chez cette femme, les poumons étaient absolument sains; seules les coupes de la rate offraient des lésions caséeuses et nécrotiques qui ont été vraisemblablement le point de départ de la maladie, et ce n'est que secondairement que s'est développée une endocardite de même nature. L'examen des caillots du cœur par la méthode inoscopique a révélé, en outre, la présence du bacille de Koch dans le sang. D'après l'orateur, il s'agit là d'un cas de septicémie tuberculeuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 31 janvier, 7 et 14 février 1903.

Des nævi artériels et capillaires dans les maladies du foie et des voies biliaires.

MM. Gilbert et **Herscher.** — On a déjà signalé, au cours des maladies du foie et des voies biliaires, l'existence d'angiomes cutanés qui, d'après nous, peuvent se présenter sous deux types : les angiomes artériels et les angiomes capillaires.

Les premiers siègent à la face et aux mains; ils sont composés d'une élevure centrale violacée d'où partent de petits vaisseaux radiés en forme d'étoiles.

Les seconds occupent de préférence le tronc et se présentent sous l'aspect de petites saillies carminées, entourées d'une étroite aréole blanche à peine visible.

Seuls les angiomes artériels sont animés de battements appréciables par la palpation et peuvent donner lieu à des hémorrhagies. Histologiquement, ils sont constitués par des vaisseaux conglomérés, à lumière irrégulière, à paroi épaissie, à endothélium tuméfié, globuleux et proéminent; dans l'interstice et autour de ces agglomérats vasculaires, on voit quelquefois des granulations mélaniques.

Quant aux angiomes capillaires, ils sont composés de capillaires dilatés.

Ces deux variétés d'angiomes cutanés ont la même valeur séméiologique; les uns et les autres sont en corrélation avec un état pathologique avéré ou latent du foie et des voies biliaires.

Réflexe acide de Pavlov et sécrétine : mécanisme humoral commun.

MM. Enriquez et **Hallion.** — On sait, depuis les recherches de M. Pavlov, que l'introduction d'un acide dans le duodénum provoque régulièrement une sécrétion pancréatique abondante. D'après cet auteur, cette excitation sécrétoire est due à un véritable « réflexe acide », dont le point de départ est la muqueuse duodénale.

D'autre part, MM. Bayliss et Starling ayant réussi également, en injectant dans la circulation générale leur *sécrétine*, c'est-à-dire le liquide obtenu par une macération acide de la muqueuse duodénale, à déterminer une sécrétion pancréatique des plus manifestes, on pouvait se demander si la sécrétion pancréatique obtenue dans l'expérience de M. Pavlov ne relève pas d'un mécanisme humoral identique à celui que met en jeu la sécrétine.

Cette hypothèse semble confirmée par l'expérience suivante, que nous avons vu réussir trois fois sur trois : on établit une fistule pancréatique sur deux chiens; on injecte à l'un d'eux une solution d'acide chlorhydrique dans le duodénum, et peu de temps après la fistule pancréatique se met à couler; si l'on pratique immédiatement la transfusion d'une certaine quantité de sang de ce chien à l'autre, au bout de quelques minutes une sécrétion pancréatique s'établit également chez le second animal.

Le microbisme biliaire normal.

MM. Gilbert et **Lippmann.** — L'étude bactériologique en milieux anaérobies de la bile prélevée aux divers étages de l'appareil biliaire et sur des animaux différents (chiens, chats, lapins, bœufs, porcs) nous a permis d'établir les faits suivants :

A l'état normal, les voies biliaires, sur la presque totalité de leur parcours extra-hépatique, sont le siège d'une abondante flore microbienne anaérobie; ce microbisme latent s'étend de leur embouchure intestinale à leur division en conduits hépatiques, envahissant ainsi le cholédoque, la vésicule biliaire et les conduits hépatiques dans leur portion initiale tout au moins. Les ramifications intra-hépatiques sont stériles.

Les véritables hôtes normaux des voies biliaires sont donc les germes anaérobies (*B. funduliformis*, *B. perfringens*, etc.). Les aérobies les plus constants (colibacille, entérocoque) ne franchissent qu'exceptionnellement le tiers moyen du cholédoque. Il résulte de ces constatations que l'on peut considérer l'arbre biliaire comme constitué par une série de territoires microbiens successifs : infection mixte aéro-anaérobie tout d'abord (moitié inférieure du cholédoque); infection anaérobie pure (moitié supérieure du cholédoque, vésicule biliaire, portion initiale des conduits hépatiques); stérilité absolue enfin (conduits hépatiques, voies biliaires intra-hépatiques).

Ces données nouvelles laissent entrevoir le rôle prépondérant que doivent jouer les germes autochtones dans la genèse des affections biliaires.

Présence du glucose dans le liquide céphalo-rachidien.

MM. Grimbert et **Coulaud.** — Les auteurs sont d'accord pour admettre la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'un corps réducteur, que les uns ont identifié au glucose, les autres à diverses substances.

Dans le but de résoudre la question, nous avons soumis à l'action de la phénylhydrazine 22 échantillons de liquide céphalo-rachidien; 19 fois nous avons obtenu une osazone qui, dissoute à chaud dans une petite quantité d'alcool à 60°, a laissé par refroidissement se déposer des cristaux caractéristiques de glucosazone. La substance réductrice des liquides céphalo-rachidiens que nous avons examinés était donc bien du glucose.

M. J. Lépine dit avoir étudié histologiquement le pancréas d'une série de cobayes rendus glycosuriques par injection de leucomaïnes. Même dans les cas où la glycosurie avait duré plusieurs semaines, le pancréas ne présentait pas de lésions appréciables; les îlots de Langerhans étaient sains, contrairement aux constatations faites par différents auteurs dans un certain nombre de cas de diabète spontané chez l'homme.

MM. Nattan-Larrier et **Griffon** préconisent, pour la recherche du bacille tuberculeux dans des épanchements d'origine diverse (pus d'abcès froid, de tumeur blanche, liquide céphalo-rachidien, etc.), d'injecter 1 c.c. du liquide suspect dans la glande mammaire d'un cobaye en lactation; au bout de peu de jours, dans les cas positifs, il est possible de déceler le bacille de Koch dans l'écoulement puriforme que l'expression de la mamelle fait sourdre au niveau du mamelon.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 4 février 1903.

Sur la tuberculose par ingestion.

M. von Hansemann fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé les travaux de M. Koch sur la non-identité des tuberculoses bovine et humaine, il déclare ne pouvoir accepter les conclusions de cet auteur. On a signalé, en effet, de divers côtés, des cas non douteux de transmission de la maladie humaine à l'animal, faits que l'on ne peut expliquer que par l'identité des deux infections, ou bien par l'hypothèse que, dans ces observations, l'homme ayant fourni la matière à inoculation avait été lui-même infecté par un virus d'origine animale.

En ce qui concerne la tuberculose par ingestion, l'orateur la croit moins exceptionnelle qu'on ne le dit généralement. Il désigne sous ce nom toute tuberculose dont le point de départ est incontestablement au niveau du tube digestif, et a eu l'occasion, depuis sept ans, d'en observer 25 cas, qu'il divise en quatre groupes :

Dans le premier, il s'agit de tuberculose exclusivement intestinale; M. von Hansemann a trouvé cette forme morbide chez 4 malades ayant succombé à d'autres affections; c'est donc une trouvaille d'autopsie; cette tuberculose intestinale pure peut guérir en laissant après elle des cicatrices plus ou moins apparentes, ou bien en se propageant aux ganglions mésentériques et au péritoine;

A la seconde catégorie ressortissent les faits où les ganglions mésentériques ou le péritoine sont primitivement et exclusivement affectés;

Dans la troisième, se rangent les cas où il existe des lésions tuberculeuses dans d'autres organes, mais telles qu'on ne puisse admettre qu'elles aient servi de porte d'entrée à l'infection; par exemple, tuberculose de la plèvre sans lésion pulmonaire, ou tuberculose du péricarde, des méninges, etc.;

Enfin, dans le quatrième groupe l'orateur classe les malades ayant des lésions tuberculeuses dans des organes qui sont souvent le siège de tuberculose primitive, mais chez lesquels les lésions de ces organes sont récentes, tandis que celles de l'intestin sont constituées par des ulcérations anciennes.

Ces différentes formes de tuberculose par ingestion n'aboutiraient jamais à la phtisie pulmonaire, particularité qui a déjà été signalée par divers observateurs. Pour ce qui est du mécanisme de l'inoculation, M. von Hansemann estime qu'elle est impossible en l'absence de toute altération de la muqueuse; mais il peut suffire d'une érosion légère et disparaissant sans laisser de traces.

En ce qui concerne le siège des lésions dans le tube digestif, l'orateur croit les affections tuberculeuses de la bouche, amygdales exceptées, assez communes; celles de l'œsophage et de l'estomac sont tout à fait exceptionnelles; quant à celles de l'intestin, si elles sont somme toute assez rares, c'est qu'il leur faut, pour se développer, un terrain prédisposé : c'est ainsi que sur 40 enfants de moins de dix ans, atteints de tuberculose pulmonaire ouverte et qui, par conséquent, déglutissaient leurs crachats, 16 seulement offraient une tuberculose intestinale. Au reste, la prédisposition joue un rôle dans toutes les variétés de tuberculose par inoculation : sur 250 sujets que M. von Hansemann a observés depuis sept ans, et qui tous avaient été exposés aux mêmes risques de contagion cutanée, il n'y en avait que 4 qui présentassent une tuberculose de la peau.

M. Max Wolff montre des cobayes auxquels il a fait ingérer des produits tuberculeux, soit humains, soit provenant de bovidés; chez les uns, on a trouvé, en l'absence de toute lésion intestinale, une tuberculose splénique, rénale, hépatique et ganglionnaire; chez les autres il existait en plus, au niveau de la muqueuse intestinale, une hypertrophie folliculaire ou même des tubercules. L'orateur est d'avis, contrairement à M. von Hansemann, que le bacille tuberculeux peut parfaitement traverser une

muqueuse intacte, sans y laisser de traces de son passage.

M. B. Fränkel déclare que, dès avant l'ère microbienne, il a émis des doutes sur l'identité de la tuberculose humaine et de la pommelière. Qu'il y ait une tuberculose par ingestion, le fait n'est pas douteux; mais rien ne prouve qu'elle soit communiquée à l'homme par des produits animaux; et d'ailleurs toute tuberculose primitive du tube digestif n'est pas forcément une tuberculose par ingestion; c'est ainsi, par exemple, que l'amygdale palatine, qui n'est pas en contact avec les aliments, est affectée de tuberculose tout aussi souvent que les amygdales pharyngées.

M. A. Baginsky fait observer que la tuberculose primitive des ganglions mésentériques est aussi rare, chez l'enfant, que celle de l'intestin, ce qui prouve bien que la tuberculose intestinale, contrairement à ce qu'a soutenu M. von Hansemann, ne guérit pas dans de nombreux cas.

M. Schütz est d'avis que les expériences sur le cobaye n'ont pas de valeur, cet animal réagissant également à la tuberculose humaine et à la pommelière. Pour sa part, il a fait ingérer à 4 veaux, pendant deux cent trente jours, 100 grammes par jour d'expectoration humaine bacillifère, et à 2 autres, durant deux cents jours, 1 gramme de culture virulente de bacille de Koch, et ces 6 animaux sont restés en bonne santé; au contraire, des veaux ayant pris journellement 2 litres de lait fournis par des vaches atteintes d'altérations des pis ont eu des lésions soit de l'intestin soit des ganglions mésentériques. Aussi l'orateur demeure-t-il convaincu de la non-identité du germe de la tuberculose et de celui de la pommelière.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 14 février 1903.

Des différents modes de transmission héréditaire de la syphilis.

Dans les deux dernières séances de la Société império-royale des médecins de Vienne, a été discutée la question de la transmission héréditaire de la syphilis, notamment au point de vue de l'influence paternelle.

M. Matzenauer a rappelé que cette transmission, selon la théorie classique, serait le fait de la mère ou du père. Dans le premier cas, l'infection pourrait atteindre l'œuf ou le placenta, mais celle de l'œuf étant impossible à démontrer, on admet que l'infection a toujours lieu par l'intermédiaire du placenta. Du reste, le placenta des enfants syphilitiques est régulièrement le siège de lésions endartéritiques, conjonctives et épithéliales. Ces altérations se localisent soit au placenta maternel, soit au placenta fœtal, ou bien elles intéressent les deux, indépendamment de l'origine paternelle ou maternelle de la syphilis. Les différences de gravité de la syphilis chez la mère et chez l'enfant sont dues au plus ou moins de résistance de l'un et de l'autre des deux organismes et aussi à la plus ou moins grande quantité de substances protectrices qu'ils contiennent; il faut noter, en outre, que la syphilis chez l'enfant est d'autant plus sévère que l'infection a eu lieu plus tôt.

Quant à la transmission d'origine paternelle, bien que la possibilité d'une infection spermatique soit aujourd'hui généralement acceptée, elle est passible de plusieurs objections : d'abord, il n'existe pas une seule maladie infectieuse dont la transmission par la voie hérédo-paternelle soit démontrée; il est prouvé ensuite que le sperme des sujets syphilitiques n'est pas infectieux; enfin, il est bien établi qu'un homme syphilitique peut engendrer un enfant indemne de syphilis. On s'expliquerait d'ailleurs assez difficilement que l'enfant pût être infecté sans que l'infection frappât la mère. Ces considérations tendent à faire admettre que beaucoup de cas d'hérédo-syphilis qu'on serait tenté de rapporter à une infection paternelle sont dus, en réalité, à la mère, dont la syphilis est restée méconnue.

On estime que 20 à 38 % des femmes ayant des enfants syphilitiques restent saines; or, le nombre des sujets atteints de syphilis tertiaire dont les antécédents sont négatifs au point de vue de la syphilis est précisément aussi de 38 à 40 %.

D'autre part, l'immunité des mères d'enfants syphilitiques (loi de Colles) peut être attribuée à ce que tout sujet qui a contracté une première fois la syphilis est ensuite réfractaire. L'immunité des femmes, en apparence saines, dont les enfants sont syphilitiques, tiendrait alors à l'existence d'une syphilis demeurée latente.

En réalité, pour l'orateur, il n'y a pas un seul cas d'hérédo-syphilis sans syphilis maternelle; toutes les mères des enfants syphilitiques doivent donc être soumises à un traitement spécifique; elles peuvent sans danger nourrir leurs enfants hérédo-syphilitiques.

M. Paltauf déclare que, s'il est vrai de dire qu'aucun fait ne prouve jusqu'ici la transmission d'une maladie infectieuse par le sperme, il est cependant démontré que ce liquide peut renfermer des bacilles de Koch : il est donc possible que l'agent pathogène de la syphilis soit également transporté par le sperme.

M. Hochsinger dit que, sur 250 familles ayant des enfants syphilitiques et dont l'observation a été régulièrement prise dans le service de M. Kassowitz, on en compte 72 dans lesquelles les mères de ces enfants sont restées indemnes de syphilis. Ces femmes ont fourni un total de 276 accouchements : de ces 276 enfants, 166 sont nés vivants, dont 31 étaient sains; on n'a observé que dans 4 cas une transmission héréditaire alternante. Ce qui plaide encore contre l'opinion de M. Matzenauer, c'est qu'une femme qui a eu des enfants syphilitiques, à la suite de rapports avec un homme syphilitique, peut avoir des enfants sains avec un homme sain ou même avec le susdit syphilitique guéri par un traitement spécifique intensif. Il n'y a donc pas de raison pour obliger toutes les mères d'enfants syphilitiques à se soumettre au traitement spécifique.

M. Lang fait observer que la transmission de la syphilis par la mère est bien difficile à expliquer dans les cas où, deux jumeaux venant au monde, l'un est atteint de syphilis, tandis que l'autre est sain. L'orateur croit donc à la possibilité de la transmission de la maladie par le sperme.

M. Kassowitz déclare que, dans les observations auxquelles M. Hochsinger vient de faire allusion, le fait qu'un certain nombre de femmes ayant eu des enfants hérédo-syphilitiques sont restées saines est d'autant plus remarquable que la grossesse favorise l'apparition des accidents syphilitiques. En outre, il a été établi que les manifestations spécifiques, chez les enfants, sont en rapport avec la période où le père a contracté la syphilis. Enfin, une femme infectée pendant une première grossesse peut donner naissance à un enfant sain, et ce n'est qu'à partir de la seconde grossesse qu'elle mettra au monde des rejetons syphilitiques. De toutes ces constatations, il semble résulter que la transmission héréditaire de la syphilis peut avoir lieu aussi bien par le sperme que par l'ovule.

Ablation intracapsulaire de la prostate.

Dans la séance du 30 janvier de la même Société, **M. O. Zuckerkandl** a présenté un homme de soixante-quinze ans, qui était atteint d'hypertrophie prostatique. Par une incision périnéale, l'orateur ouvrit l'urèthre et pratiqua l'ablation intracapsulaire de la prostate; en même temps il extirpa un calcul phosphatique. L'urèthre fut ensuite suturé, puis on plaça dans la vessie une sonde à demeure. Au point de vue des résultats fonctionnels, la rétention de l'urine est parfaite et le malade n'a besoin de vider sa vessie que toutes les cinq ou six heures; il n'y a plus trace de cystite.

M. von Frisch fait remarquer que les interventions destinées à combattre l'hypertrophie de la prostate ne donnent pas toujours des résultats satisfaisants : sur 85 malades traités chirurgicalement, 8 ont succombé. Dans les cas de rétention urinaire aiguë des prostatiques, il ne faut pas opérer, car cette rétention peut être due simplement à un œdème passager de la prostate.

En ce qui concerne l'ablation intracapsulaire, elle est en général d'exécution facile; elle n'offre des difficultés que dans les vieilles inflammations chroniques ayant déterminé des adhérences de la glande et de la capsule.

Valvules uréthrales comme cause de stase dans les voies urinaires.

Dans la séance du 29 janvier de la Société de médecine interne de Vienne, **M. Robert Breuer** a relaté plusieurs faits de polyurie survenue, en l'absence de tout diabète, chez des jeunes gens atteints d'anomalies des voies urinaires inférieures. C'est ainsi que chez un garçon de quinze ans, polyurique depuis plusieurs années et qui mourut à la suite d'un accès d'urémie, on trouva une néphrite chronique accompagnée d'une dilatation avec hypertrophie de la vessie et des uretères; or, chez ce patient, l'urèthre, bien que perméable à la sonde, présentait une sorte d'opercule incomplet qui en obstruait la lumière. Un autre jeune homme de dix-huit ans, polyurique depuis plusieurs années, devint anurique à la suite d'une opération pratiquée pour une luxation congénitale de la hanche; quelque temps après, il mourait également d'urémie; à l'autopsie, on reconnut les mêmes altérations que chez le précédent malade, et comme cause de stase urinaire on trouva aussi une sorte de diaphragme incomplet de l'urèthre. Chez ces deux sujets le cathétérisme était très facile parce qu'au moment du passage de la sonde les formations valvulaires intra-uréthrales se renversaient en arrière, pour se redresser seulement au moment de la miction.

Dr Schnirer.

LETTRES D'AMÉRIQUE

New-York, le 1er février 1903.

Le traitement des tumeurs malignes à New-York.

Je me propose de faire connaître dans cette lettre la pratique des chirurgiens new-yorkais en matière de traitement du cancer.

C'est M. le docteur William Bradley Coley qui, à New-York, s'occupe surtout de cette question. Fort bien placé pour une étude de ce genre en sa qualité de chirurgien du *General Memorial Hospital* (l'ancien *New York Cancer Hospital*), il s'intéresse particulièrement à la thérapeutique des tumeurs malignes depuis un certain nombre d'années déjà.

Le point de départ des recherches de ce chirurgien a été l'inoculation de tumeurs inopérables avec des cultures virulentes du streptocoque de l'érysipèle. Ayant observé quelques cas de mort à la suite des érysipèles ainsi provoqués, M. Coley a renoncé aux cultures microbiennes pour ne plus injecter que leurs toxines récemment préparées, et dont il a l'habitude d'exalter la virulence par l'addition des toxines du *Bacillus prodigiosus*. L'efficacité de ce traitement paraît dépendre, en majeure partie, de la nature histologique de la tumeur. Ainsi le carcinome n'est influencé qu'exceptionnellement : tout au plus sa croissance paraît-elle retardée par les injections de toxines de l'érysipèle. Quant au sarcome, tandis que dans la variété fuso-cellulaire les toxines exercent une action curatrice dans la moitié des cas environ, la variété globo-cellulaire ne guérit à peu près que chez 5 % des malades; enfin le sarcome mélanique est plus rebelle encore que l'épithélioma à la thérapeutique préconisée par M. Coley.

En général, au bout d'un mois d'un traitement suivi (injections quotidiennes), on peut juger des résultats que l'on est en droit d'espérer. Toutes les fois, en effet, qu'après ce laps de temps il ne constate pas d'amélioration notable dans l'état du patient, M. Coley pense qu'il n'y a pas avantage à prolonger l'expérience et considère le cas comme dépassant les ressources de sa méthode. Quand, au contraire, le malade retire quelque bénéfice du traitement, on continue les injections quotidiennes de toxines à dose modérée, jusqu'à ce que la tumeur ait entièrement disparu. Chez un certain nombre de sujets, cette guérison est complète et définitive, et M. Coley en a vu chez lesquels elle se maintient depuis plusieurs années. Parfois, la récidive survient après un délai plus ou moins long; à cet égard, il est intéressant de noter que la lésion initiale peut rester guérie, la récidive étant le fait d'une métastase.

Parmi les malades que M. Coley voulut bien me montrer dans son laboratoire de radiothérapie du General Memorial Hospital, se trouvait, par exemple, un jeune garçon porteur d'un vaste ostéosarcome de la cuisse. La tumeur a presque disparu, mais le patient commence à présenter des signes qui font penser à l'existence de métastases pulmonaires. Il en a été de même dans d'autres faits que M. Coley a eu l'occasion d'observer.

Malgré les bons résultats que depuis plusieurs années ce chirurgien obtient de sa méthode, celle-ci ne lui paraît pas encore avoir subi l'épreuve du temps au point d'être appelée à remplacer l'exérèse sanglante là où elle est possible. Aussi M. Coley ne pratique-t-il et ne recommande-t-il les injections de toxines que pour les récidives et les tumeurs inopérables.

Il est assez difficile d'expliquer comment les toxines agissent sur le sarcome. M. Coley croit que c'est surtout le caractère de malignité de la tumeur qui est influencé. C'est ainsi qu'un de ses cas, où la guérison a persisté plusieurs années, concerne un sarcome superficiel de la fesse qui, sous l'influence du traitement, se réduisit à un nodule reconnu comme étant de nature fibreuse après excision et examen microscopique.

Ces tentatives de traitement du sarcome sont d'autant plus intéressantes que la radiothérapie, alors qu'elle semble présenter une certaine efficacité quand il s'agit d'un néoplasme épithélial, paraît, au contraire, peu active en ce qui touche le traitement du sarcome. M. le docteur F. H. Williams (de Boston) dont j'ai précédemment signalé les travaux sur la radiothérapie du cancer (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 425-426), n'a guère confiance dans ce moyen contre le sarcome.

M. Coley, depuis quelque temps, emploie les rayons de Röntgen concurremment avec les toxines de l'érysipèle, dans le traitement des tumeurs sarcomateuses. Pour lui, il serait possible, dans un certain nombre de cas de ce genre, d'obtenir des résultats favorables (1). Il a vu, en effet, des sarcomes très étendus ou même inopérables disparaître entièrement, comme à la suite d'une véritable fonte des tissus, et avec un résultat cosmétique bien supérieur à celui qu'aurait procuré une intervention chirurgicale. Dans certains cas, M. Coley a même cru obtenir, par les rayons de Röntgen, des effets meilleurs que par l'emploi des toxines. Il s'agit de malades chez lesquels ces dernières étaient restées sans efficacité aucune, alors que la radiothérapie amena une amélioration ou la guérison.

J'ajoute cependant que tous les chirurgiens de New-York ne partagent pas l'avis de M. Coley au sujet de la valeur comparative de ces deux agents thérapeutiques. C'est ainsi, par exemple, que M. le docteur Howard Lilienthal, chirurgien du *Mount Sinaï Hospital*, a beaucoup plus confiance dans les toxines que dans les rayons de Röntgen. A cet égard, il a bien voulu me faire voir une malade ayant eu un vaste ostéosarcome de l'omoplate droite, ainsi qu'il était facile de s'en rendre compte par l'examen d'un moulage en plâtre pris avant l'institution de tout traitement. La plus grande partie de cette tumeur a actuellement disparu. Bien que, dans ce cas particulier, les toxines et la radiothérapie aient été employées simultanément, M. Lilienthal, de par les résultats qu'il a obtenus dans des cas antérieurs, croit pouvoir attribuer cette amélioration à l'usage des toxines. Afin, d'ailleurs, de s'assurer du fait, il va interrompre le traitement radiothérapique et ne continuer que les injections de toxines.

Au point de vue de la permanence des succès thérapeutiques en matière de radiothérapie du cancer, M. Coley a jusqu'ici observé personnellement cinq récidives dans des cas qu'il avait considérés comme guéris. L'avenir montrera si, avec des progrès dans la technique, il est possible d'éviter le retour du mal, ou si, au contraire, les guérisons observées sont dues aux hasards d'une série heureuse.

M. le docteur Turnure, qui a créé un service de radiothérapie au *Roosevelt Hospital*, annexé au *Columbia Medical College* de New-York, a également essayé les rayons de Röntgen dans le traitement du sarcome. L'amélioration, chez ses malades, n'a été qu'éphémère et, après un arrêt momentané, le néoplasme n'a pas tardé à reprendre sa marche progressive. Tout autres ont été les résultats en cas de tumeurs épithéliales. Les épithéliomas superficiels, en effet, lui ont généralement donné des succès. Dans un cas, cependant, où il s'agissait d'un cancroïde de la lèvre récidivé trois semaines après l'extirpation de la tumeur, le néoplasme ne parut guère influencé par les rayons de Röntgen. Afin de rendre le traitement plus actif, M. Turnure augmenta la durée des séances et diminua la distance de l'ampoule. Le néoplasme n'en continua pas moins à progresser, et la lèvre inférieure ne tarda pas à devenir le siège d'un ulcère étendu. Dans le cancer de la langue, de la parotide et du sein, M. Turnure ne croit pas à l'efficacité de la radiothérapie, la plupart des malades qu'il a eu l'occasion de soigner de la sorte n'ayant présenté aucune amélioration appréciable, même après un traitement prolongé pendant plusieurs semaines. Dans un cas de cancer du sein, les rayons de Röntgen semblèrent même donner un coup de fouet au processus néoplasique et hâter la formation d'un cancer en cuirasse. Dans un autre fait du même genre, au contraire, une récidive très superficielle, survenue dans la cicatrice opératoire, disparut entièrement sous l'influence du traitement et n'a pas reparu depuis quatre mois. J'ajoute que M. Turnure admet la réalité de l'action analgésique des rayons de Röntgen, mais il pense que cet effet est uniquement dû à l'action morale qu'exerce sur le malade la nouveauté de l'agent thérapeutique en question.

D'après ce qui précède, on voit que, d'une façon générale, les chirurgiens de New-York sont plutôt sceptiques à l'égard de l'efficacité de la radiothérapie contre les tumeurs malignes. Après avoir signalé, dans ma première lettre, l'enthousiasme qui règne à Boston et à Philadelphie, il était intéressant de lui opposer ce scepticisme de New-York, afin de donner ainsi un tableau complet des idées qui ont cours actuellement sur la radiothérapie du cancer dans l'Est américain.

Dr FRANCIS MUNCH (de Paris).

(1) Je ne m'étendrai pas sur la technique radiothérapique mise en usage par M. Coley, pas plus que je n'insisterai sur celle de M. Turnure, dont j'aurai à signaler les travaux dans la suite de cette lettre. Je retrouve, en effet, chez ces radiologistes (de même que dans la généralité des laboratoires radiographiques de l'Est américain), des dispositifs et une technique plus ou moins complètement calqués sur ceux qui ont été adoptés par M. Williams (de Boston). Je me contente donc de renvoyer à la description que j'en ai donnée antérieurement. — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'emploi systématique des toniques du cœur avant la chloroformisation.

Partant de ce fait que l'état d'angoisse dans lequel se trouvent la plupart des patients appelés à subir une opération chirurgicale provoque un affaiblissement cardiaque qui peut s'aggraver sous l'influence d'une narcose plus ou moins prolongée, M. le docteur L. Feilchenfeld (de Berlin) proposa, il y a trois ans environ, d'administrer, pendant les quelques jours qui précèdent l'intervention, de la teinture de strophantus à la dose de V ou VI gouttes, répétée plusieurs fois dans le courant de la journée.

Depuis lors, cette manière de procéder a été adoptée par d'autres confrères, notamment par M. le docteur H. Tillmanns, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Leipzig, et par M. le docteur O. Witzel, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Bonn, qui ordonne un mélange, par parties égales, de teinture de strophantus et de teinture de digitale, à la dose de XV gouttes, répétée quatre fois par jour.

De son côté, M. Feilchenfeld a poussé l'étude de la question plus loin et est ainsi arrivé à préciser les indications de l'emploi pré-opératoire du strophantus. Notre confrère estime qu'à l'encontre de ce qui se fait habituellement, le chirurgien doit, en examinant le cœur, avoir en vue non seulement l'état des orifices et des valvules, mais encore et surtout l'activité du myocarde; à cet effet, il ne faut pas se borner à une exploration unique, mais procéder à des examens répétés. S'agit-il d'individus robustes, tout traitement pré-opératoire du cœur devient inutile. Par contre, si l'on constate une irritabilité nerveuse du cœur, on doit s'efforcer de la combattre, avant d'entreprendre l'anesthésie, encore que les signes de l'affaiblissement cardiaque soient peu marqués : bruits du cœur voilés, choc de la pointe quelque peu diffus et difficile à percevoir, pouls petit et très précipité. En pareille occurrence, il convient de faire prendre, pendant plusieurs jours consécutifs, de petites doses de teinture de strophantus, soit pure, soit — suivant le principe adopté par M. Witzel — associée à la teinture de digitale, mais sans dépasser, pour chacun de ces médicaments, la dose de V gouttes par jour. Les bons effets de ce traitement ne tarderaient pas à se traduire par le ralentissement du pouls et la disparition de l'angoisse, ainsi que par l'amélioration de l'appétit et du sommeil. On doit s'attacher à ramener le pouls à 80 pulsations à la minute, avant qu'on puisse procéder à la narcose sans craindre de voir se produire de l'asthénie cardiaque.

A côté de ces cas, il en est d'autres où il existe déjà une altération du myocarde, plus ou moins accentuée, avec ou sans dilatation du cœur, arythmie, etc. Le traitement pré-opératoire doit naturellement être ici beaucoup plus énergique et comprendre l'emploi de l'infusion de digitale, des bains tièdes, des bains d'acide carbonique et aussi des injections de strychnine, qu'on utilise avec succès, depuis quelque temps, contre l'artériosclérose. L'anesthésie à l'éther serait, d'ailleurs, en pareil cas, préférable à la chloroformisation. En présence d'une hypertrophie du cœur, on fera bien de pratiquer, au préalable, une injection de morphine et d'éviter, autant que possible, la narcose profonde.

Traitement du prolapsus de l'utérus par des injections de quinine dans l'épaisseur des ligaments larges.

Dans les cas de prolapsus de l'utérus où la ventrofixation ne paraît pas réalisable, soit parce qu'elle risque de compromettre les grossesses ultérieures, soit en raison du relâchement et de la faiblesse des parois abdominales, M. le docteur J. I. Parsons, médecin du Chelsea Hospital pour femmes, pratique, dans l'épaisseur des ligaments larges, des injections d'une solution contenant 0 gr. 75 centigr. de sulfate de quinine pour 2 grammes d'eau distillée et autant d'acide sulfurique dilué; 4 grammes de cette solution sont injectés de chaque côté, en même temps qu'on a soin de maintenir l'utérus en position à l'aide d'un pessaire approprié. Ces injections auraient pour résultat de rendre les ligaments larges plus résistants, en déterminant une exsudation lymphatique.

Notre confrère a traité de la sorte plus de 60 patientes, dont la plupart présentaient un prolapsus complet de la matrice; chez 21 la lésion datait de plus de dix ans et chez 7 elle remontait à plus de vingt ans. Dans 90 % des cas, M. Parsons a obtenu la guérison définitive.

Le nombre des injections varie nécessairement suivant le degré et l'ancienneté de l'affection, l'état des organes génitaux et le genre de vie de la malade. Chez les femmes vigoureuses avec prolapsus récent, une injection suffirait parfois à assurer la guérison, tandis que les lésions invétérées, accompagnées d'anémie et d'épuisement général, nécessiteraient trois injections. Il va de soi que l'organisation de l'exsudat provoqué par l'injection demande un laps de temps assez long; aussi, dans les cas graves, est-il nécessaire d'ordonner le repos pendant un ou deux, voire même trois mois.

Le procédé en question a été essayé avec succès par quelques autres confrères anglais, MM. les docteurs H. Fenton, Eden et Aikman. Enfin, tout récemment, M. le docteur G. C. Thomas (de Sydenham) a eu l'occasion de l'appliquer chez une femme de trente-huit ans, atteinte d'un prolapsus utérin très accentué, et qui guérit à la suite d'une seule injection de cinquante gouttes d'une solution de sulfate de quinine à 5 % dans chaque ligament large. La guérison se maintient depuis trois mois.

La médication dont il s'agit ne donnerait lieu à aucun phénomène fâcheux, sauf une élévation passagère de la température, et encore cette hyperthermie serait-elle plutôt exceptionnelle, si l'on en juge d'après les observations de M. Parsons.

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DANS LES DEUX MONDES

L'état actuel de l'enseignement de la neurologie aux Etats-Unis.

Ayant eu récemment l'occasion de parcourir les différents centres universitaires des Etats-Unis, de visiter les constructions hospitalières et d'étudier l'organisation des études médicales dans ce pays, j'ai pensé qu'il pourrait y avoir un certain intérêt à publier quelques notes sur ces sujets. Par l'activité individuelle toujours adaptée vers un but défini, par l'esprit d'entreprise et la hardiesse des conceptions, par l'intelligence de leurs habitants, les Etats-Unis ont acquis une situation prépondérante au point de vue industriel, commercial et financier. Les Américains ont compris que, pour rester forte et puissante, une nation doit donner aux jeunes générations une éducation pratique et complète. Aussi, depuis quelque vingt ans, se sont créées des universités nouvelles, des institutions neuves, grâce aux libéralités des Etats ou, plus souvent, des particuliers. Les sciences, les lettres, les arts sont favorisés par les gouvernements, les villes, les milliardaires. La médecine a participé à cet essor nouveau. Si, aux Etats-Unis, existent encore un trop grand nombre d'écoles médicales inférieures, il en est d'autres, au contraire, qui constituent des centres scientifiques et des centres d'instruction de premier ordre, ainsi qu'en témoignent d'une part la valeur et le nombre des travaux publiés, d'autre part le mode d'enseignement donné aux étudiants.

Dans cet article je voudrais montrer seulement quel est l'état actuel de l'enseignement neurologique aux Etats-Unis; je voudrais indiquer dans quelles villes et avec quels professeurs l'étudiant américain peut apprendre la neurologie. Je ne veux pas mentionner ni analyser les travaux neurologiques publiés récemment dans le nouveau monde; cette étude est bien différente et je ne puis l'aborder aujourd'hui.

Quoique la neurologie soit enseignée dans la plupart des multiples écoles médicales, il est incontestable que les professeurs réputés sont tous dans les grands centres universitaires. Aussi les jeunes gens qui désirent s'adonner à ces études doivent aller à New-York, à Boston, à Philadelphie, à Baltimore ou à Chicago.

I

New-York constitue, tant par ses nombreuses écoles médicales que par la richesse et l'activité de ses hôpitaux, un centre neurologique important. Il suffit, d'ailleurs, d'assister à un meeting de la « New York Neurological Society » pour constater que cette branche de la médecine y est représentée par des savants éminents.

Le *College of Physicians and Surgeons* forme, à New-York, la section médicale de la « Columbia University », une des universités les plus réputées des Etats-Unis. C'est là qu'enseigne M. Allen Starr.

Durant cinq mois, ce professeur fait une fois par semaine un cours théorique sur les maladies nerveuses et les maladies mentales. Ce cours s'adresse aux étudiants de troisième et de quatrième année; en deux ans il est complet; toutes les parties du programme ont été étudiées. M. Allen Starr, pensant qu'il est préférable pour les élèves de prendre peu de notes au cours et d'écouter plutôt avec attention les démonstrations du professeur, a publié un sommaire détaillé de chacune de ses leçons. Dans ces sommaires, qui constituent un petit volume, sont réservées pour chaque cours des feuilles blanches où l'étudiant peut ajouter les points nouveaux indiqués par le professeur. M. Starr a coutume de faire, à chacun de ses cours, de très nombreuses projections. Les projections qui, d'ailleurs, sont très utilisées aux Etats-Unis dans les démonstrations à l'amphithéâtre, constituent un mode d'enseignement excellent lorsqu'on s'adresse à un auditoire nombreux.

En plus de ce cours théorique qui dure cinq mois, M. Allen Starr fait une fois par semaine, durant toute l'année scolaire, une leçon clinique à la *Vanderbilt Clinic* qui est annexée au College of Physicians and Surgeons. A la Vanderbilt Clinic, toutes les spécialités sont enseignées; le nombre des malades venant consulter est très grand, puisque en 1901 il y eut 153,446 visites. A la consultation neurologique, M. Starr trouve toujours des cas intéressants pour ses leçons.

J'ajouterai que les étudiants divisés en petits groupes sont exercés individuellement à l'examen des malades, à la pratique de l'électrodiagnostic et de l'électrothérapie, par MM. Fr. Paterson et Pearce Bailey. On donne aussi aux élèves une instruction clinique sur la pathologie mentale. Les étudiants du College of Physicians and Surgeons doivent passer, à la fin de la troisième année, un examen écrit sur un sujet de neurologie. De même ils passent un nouvel examen écrit à la fin de la quatrième année. Je ferai remarquer que, sur les autres spécialités, ils doivent aussi subir, à la fin de leurs études, des examens écrits et cliniques. On voit donc combien est complète et sérieuse l'instruction donnée à la Columbia University.

Une autre école médicale de New-York est le *Cornell University Medical College*. Cette université a deux sièges : l'un à Ithaca, l'autre à New-York. Ce dernier est le plus important. C'est M. Ch. L. Dana qui y professe la neurologie avec son « instructor », M. J. Fraenkel. M. Dana, comme M. Starr, fait un cours théorique sur l'anatomie et la pathologie du système nerveux. De plus, il possède un service au *Bellevue Hospital*, qui est tout proche du collège médical. Là il fait des leçons au lit du malade et aussi des cours cliniques.

Le Cornell University Medical College n'existe que depuis 1898; l'organisation matérielle est excellente; les laboratoires d'anatomie pathologique sont construits avec un grand sens pratique.

M. Fischer enseigne la neurologie à l'*University and Bellevue Hospital Medical College*, et MM. Graeme M. Hammond, William J. Morton et Joseph Collins professent à la *New York Post-Graduate Medical School and Hospital*. Cette dernière institution est réservée aux docteurs en médecine qui désirent compléter leur éducation sur telle ou telle branche de la médecine ou de la chirurgie. Là ils peuvent, suivant leur désir, suivre des cours spéciaux sur l'anatomie normale, l'anatomie pathologique, la physiologie du système nerveux, les maladies nerveuses ou mentales.

M. J. Collins a bien voulu me montrer l'organisation de cette institution qui n'a pas son analogue en France. Elle comprend un hôpital, une policlinique, des laboratoires pour toutes les spécialités, même des salles de dissection. C'est, en somme, une petite Faculté, mais une Faculté réservée aux seuls docteurs en médecine qui veulent poursuivre des études spéciales.

Tels sont à New-York les principaux centres d'instruction neurologique, mais il existe en plus des consultations pour les maladies nerveuses dans la plupart des grands hôpitaux, comme le *Roosevelt Hospital*, le *Presbyterian Hospital*, le *City Hospital*, etc. J'ai vu aussi un grand nombre de cas intéressants avec MM. Collins et Fraenkel à *Montefiore House*, avec M. Onuf au *Long Island College Hospital* de Brooklyn.

II

C'est à Cambridge, dans le Massachusett, qu'est la vieille et célèbre Université d'Harvard, mais c'est dans la ville de Boston que sont les constructions de la section médicale de cette université, constituant la *Medical School of Harvard University*. Les étudiants peuvent ainsi profiter du riche matériel des hôpitaux de cette grande cité.

J'ai pu voir facilement à Boston, grâce à l'obligeance des neurologistes et spécialement de M. George L. Walton, les multiples ressources offertes aux élèves pour étudier cette branche de la médecine interne.

L'enseignement neurologique est donné, à Boston, par M. James J. Putnam qui est professeur titulaire et par MM. George L. Walton et Philip Coombs Knapp qui suppléent M. Putnam avec le titre de « clinical instructor in diseases of the nervous system ». Je citerai aussi M. Taylor qui est « instructor in neuropathology ».

Ce dernier fait aux étudiants de seconde année un cours théorique sur les maladies du système nerveux. S'occupant spécialement d'anatomie pathologique, il possède à l'Ecole de médecine un laboratoire, et il m'a montré une fort belle collection de coupes histologiques qui lui servent pour ses démonstrations.

Munis de connaissances théoriques sur l'anatomie et la pathologie du névraxe, les étudiants, durant leur troisième et leur quatrième année, doivent suivre les leçons cliniques de M. Putnam et de M. Walton au *Massachusetts General Hospital* ou celles de M. Knapp au *Boston City Hospital*.

Les ressources cliniques du Massachusetts General Hospital sont nombreuses. On y trouve une consultation externe pour les maladies nerveuses, fort bien aménagée, avec un laboratoire d'électrodiagnostic et un service d'électrothérapie. M. Walton m'a montré avec quel soin étaient recueillies toutes les observations, soit par les assistants, soit par les élèves qui sont dirigés dans ce travail.

Les étudiants qui suivent la consultation du Boston City Hospital ont autant de facilités pour voir un grand nombre de maladies nerveuses. L'aménagement de la policlinique de cet hôpital est très pratique et très moderne. Le mode d'enseignement est, d'ailleurs, semblable à celui du Massachusetts General Hospital.

Les étudiants qui s'intéressent spécialement à la neurologie ont un autre champ d'étude au *Long Island Hospital*. Pour s'y rendre, ils s'embarquent, comme je le fis un matin avec M. Taylor, sur un petit vapeur réservé aux médecins de cet hôpital ; on traverse le port de Boston, on perd de vue la ville et ses hautes maisons, et après trois quarts d'heure d'une promenade charmante on aborde à une petite île où est l'établissement en question.

Le Long Island Hospital est plutôt un hospice qu'un hôpital : on n'y admet que les malades atteints d'affections chroniques. J'ai pu y voir de nombreux cas de tabes, de myélites chroniques, de syphilis cérébro-spinale, de maladie de Parkinson, etc. C'est M. Taylor qui dirige ce service neurologique; des internes, d'ailleurs, sont en permanence dans l'hôpital.

Il y a là un riche matériel pour les études cliniques et anatomiques; il est seulement regrettable que cet établissement soit situé si loin de Boston, ce qui empêche bien des élèves d'y aller régulièrement.

Je mentionnerai encore, aux environs de Boston, le *McLean Hospital*, à Waverley, qui constitue un asile pour les aliénés. Le McLean Hospital est une dépendance du Massachusetts General Hospital. Il est formé de pavillons séparés, réunis les uns aux autres par des couloirs souterrains; l'aménagement est récent, confortable et même luxueux. On peut y voir aussi des laboratoires de recherche pour la neurologie, la chimie, la psychiatrie. De ces laboratoires sont sorties, durant ces dernières années, des publications fort intéressantes, faites par MM. Cowles, Hoch et Folin, sur la psychiatrie, sur l'urologie et l'hématologie des affections nerveuses et mentales.

Entre Boston et New-York est à New Haven,

dans le Connecticut, l'Université de Yale. Mais il n'y a rien de spécial à y signaler au point de vue neurologique.

III

Philadelphie est depuis longtemps une des villes américaines les plus réputées pour leur enseignement médical. C'est là, d'ailleurs, que j'ai vu le service neurologique le plus riche et le plus intéressant des Etats-Unis. L'hospice de Philadelphie, le *Philadelphia Almshouse and Philadelphia Hospital*, contient, en effet, une section entière réservée aux maladies du système nerveux. Cet établissement présente cette particularité intéressante à signaler qu'il est, avec l'Hôtel-Dieu de Montréal, au Canada, le plus vieux des hôpitaux du nouveau monde : il fut fondé, en effet, vers 1740. Le *Neurological Department* du Philadelphia Almshouse fut créé par M. le professeur Ch. K. Mills qui a bien voulu nous donner lui-même tous ces renseignements. M. Mills fit dans le vaste hospice une sélection des cas ressortissant à la neurologie et réunit ainsi une collection des maladies nerveuses les plus diverses. Le service médical de cette section est assuré aujourd'hui par MM. Mills, Dercum et Spiller, qui ont eu la grande obligeance de me montrer leur riche matériel de travail. Là on peut voir des cas d'ataxie cérébelleuse, de syringomyélie, de tabes chez des blancs et chez des nègres, de syphilis cérébro-spinale, etc. Les cas de sclérose en plaques sont assez rares; il semble que la fréquence de cette maladie soit moindre aux Etats-Unis qu'en Europe. Je ne peux comparer le Neurological Department de l'hospice de Philadelphie qu'aux services de Bicêtre ou de la Salpêtrière. Le Philadelphia Almshouse présente d'ailleurs de multiples analogies, quant au recrutement des malades, avec nos grands hospices parisiens.

Dans un amphithéâtre adjacent, des leçons cliniques sont faites deux fois par semaine, soit aux élèves de l'Université de Pensylvanie, soit aux élèves du *Jefferson Medical College*.

Dans ce même hospice est donné aussi l'enseignement de la psychiatrie. M. Charles W. Burr, qui professe cette matière, m'a conduit à travers les services d'aliénés où sont hospitalisés environ 1,500 malades. Le Philadelphia Almshouse étant, comme je l'ai dit, un des plus anciens hôpitaux d'Amérique, ce n'est pas ici qu'il faut chercher les perfectionnements matériels et le confort que l'on est habitué à trouver dans les asiles modernes des Etats-Unis. C'est dans le service que dirige actuellement M. Burr que professait autrefois M. S. Weir Mitchell, qui résigna ses fonctions en 1886, et qui maintenant est encore à Philadelphie.

MM. Charles K. Mills, William G. Spiller et Ch. W. Burr sont professeurs à l'Université de Pensylvanie. MM. Mills et Spiller ont de plus un service et une consultation externe neurologique à l'*Hospital of the University of Pennsylvania*, hôpital beaucoup plus moderne mais fort actif.

Je ferai une mention spéciale de l'organisation de la mécanothérapie et de l'orthopédie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie. On y a installé des appareils nombreux et perfectionnés, actionnés par l'électricité, grâce auxquels MM. Mills et Spiller m'ont dit obtenir des résultats thérapeutiques efficaces.

C'est également dans l'Université de Pensylvanie qu'est le laboratoire de M. Spiller qui, à Philadelphie, s'occupe spécialement de recherches anatomo-pathologiques et qui a publié, depuis plusieurs années, soit seul soit en collaboration avec MM. Mills et Dercum, des travaux fort intéressants. M. Spiller enseigne encore la neurologie dans une clinique spéciale destinée aux docteurs en médecine qui désirent compléter leur éducation.

Au *Jefferson Medical College*, c'est M. F. X. Dercum qui professe la neurologie et la psychiatrie. Le Jefferson Medical College comprend non seulement des salles de cours et des laboratoires, mais encore un hôpital et une policlinique externe. La policlinique neurologique est dirigée par M. Dercum et par ses assistants, MM. Max Bochroch, G. Bolton et Alfred Gordon. Aux étudiants, on apprend également l'électrodiagnostic et l'électrothérapie. J'ai pu voir, avec M. Dercum, deux cas de cette curieuse affection qu'il a décrite lui-même sous le nom d'*adiposis dolorosa*. Les lecteurs de ce journal savent que, dans une autopsie qu'il a pratiquée récemment avec M. J. McCarthy, il a constaté une névrite interstitielle des nerfs des lipomes, un adénocarcinome du corps pituitaire et la présence de glandes hémolymphatiques dans le tissu graisseux sous-cutané (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 39).

Les élèves du Jefferson Medical College ont aussi la faculté de suivre l'enseignement clinique donné dans le grand service neurologique du Philadelphia Almshouse où M. Dercum est médecin consultant.

Au Jefferson Medical College, M. William W. Keen est professeur de chirurgie. Si je mentionne ici son nom, c'est que l'on sait combien nombreux et importants sont les travaux de cet auteur sur la chirurgie cérébrale, combien il a contribué, en particulier avec M. Mills, à l'étude des localisations cérébrales. M. Keen m'a invité à assister à une opération qu'il pratiquait sur le cadavre dans le but de sectionner les racines du trijumeau dans le crâne avant le ganglion de Gasser. Cette opération, qui a été tentée par M. Horsley et par MM. Frazier et Spiller, en 1901, serait beaucoup moins dangereuse que la résection du ganglion de Gasser dont les résultats, comme on le sait, sont loin d'être toujours remarquables. M. Keen m'a dit qu'il pensait pouvoir aborder, par la même voie, la protubérance annulaire. Bien que les opérations sur la protubérance me paraissent, pour le moment, d'une indication assez peu précise, il est intéressant toutefois de constater qu'il y aurait possibilité d'aborder cette partie du névraxe, qui jusqu'ici, à ma connaissance, n'a pas encore été touchée par les chirurgiens.

IV

Le *Johns Hopkins University Medical Department* a son siège à Baltimore. Cette école médicale, qui possède des maîtres comme MM. William Osler, W. Welsch, Kelly et bien d'autres, a acquis une réputation générale non seulement en Amérique, mais encore dans l'ancien monde. Le *Johns Hopkins Hospital*, d'ailleurs, constitue au point de vue architectural un modèle du genre parmi les constructions hospitalières. L'enseignement de la neurologie y est donné par M. Henry M. Thomas, auprès duquel j'ai trouvé un accueil très cordial et qui m'a fait connaître en détail ses méthodes d'instruction.

Tous les élèves de troisième année sont obligés de suivre la consultation neurologique. Il ne faudrait pas croire que les étudiants du Johns Hopkins University Medical Department fussent extrêmement nombreux; au contraire, leur nombre est bien moindre que dans beaucoup d'autres écoles médicales. Ce fait tient à ce que pour être admis comme élève dans cet établissement, il faut justifier d'une somme de connaissances préalables très vastes (sciences, lettres, langues vivantes). La culture littéraire et scientifique des élèves de l'université de Johns Hopkins est donc très supérieure à celle que l'on exige des élèves de beaucoup d'autres écoles.

Les étudiants de troisième année, qui suivent la consultation neurologique, ont acquis auparavant un ensemble de notions sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie théorique du système nerveux. Ils sont divisés en quatre sections, et chaque section est tenue de travailler à la consultation un jour chaque semaine durant toute l'année. M. Thomas, avec 6 ou 8 assistants, dirige les élèves dans l'examen des malades et dans l'étude pratique de l'électrodiagnostic et de l'électrothérapie.

Le service des consultations au Johns Hopkins Hospital est organisé d'une manière parfaite. Les malades, en effet, sont reçus dans un vaste hall sur les côtés duquel sont les différentes salles d'examen pour la neurologie, la médecine interne, la laryngologie, l'ophtalmologie, etc. Toutes ces consultations fonctionnent simultanément le matin, de telle sorte que s'il est nécessaire pour le professeur de neurologie d'avoir un renseignement immédiat sur l'état des yeux ou du larynx d'un de ses malades, il lui est très facile de le demander à son collègue spécialiste en ophtalmologie ou en laryngologie. Aussi toutes les observations sont-elles fort bien prises au Johns Hopkins Hospital et les malades ne sont pas obligés de revenir plusieurs fois à l'hôpital, si par hasard ils ne se sont pas adressés d'emblée au médecin qui traite spécialement leur affection.

En plus de cette instruction par petits groupes, les quatre sections sont réunies deux fois par semaine. M. Thomas fait alors le plus souvent une leçon clinique sur les cas les plus intéressants; parfois, il consacre la séance à des interrogations, à des discussions avec les élèves.

Tous les étudiants sont également obligés d'apprendre la psychiatrie et de suivre des cours de médecine légale des aliénés. Cet enseignement est fait par MM. Henry M. Hurd, Henry J. Berckley et Stewart Paton, soit au Johns Hopkins Hospital, soit au *City Insane Asylum*, à Bay View. L'Université de Johns Hopkins a reçu, en effet, le droit de nommer les médecins de l'asile de Bay View.

M. W. Osler, professeur de clinique médicale, s'intéresse aussi à la neurologie, et j'ai pu voir dans son service, avec M. William S. Thayer, des cas fort intéressants.

Il y a également, à la Johns Hopkins Medical School, des laboratoires de recherche. M. L. Barker y a travaillé longtemps avant d'être nommé à l'Université de Chicago. Je citerai aussi le laboratoire neurologique et psychiatrique du *Sheppard and Enoch Pratt Asylum*, aux environs de Baltimore. Ce laboratoire est dirigé par M. Stewart Paton, un des assistants de M. le professeur Thomas.

Il existe à Baltimore d'autres écoles de médecine, telles que le *College of Physicians and Surgeons* et l'*University of Maryland*, mais il est indiscutable que le Johns Hopkins University Medical Department leur est très supérieur à tous les points de vue.

V

Quand on se dirige vers l'ouest, on trouve encore un centre scientifique important et qui, à mon avis, est destiné à acquérir dans l'avenir une prépondérance plus grande encore; je veux parler de Chicago. Chicago, qui est une ville neuve, a acquis par son commerce et son industrie, par ses usines, un développement considérable; aujourd'hui il est incontestable que les générations nouvelles réclament une éducation scientifique et une culture littéraire auxquelles leurs ancêtres n'attachaient qu'une importance très relative.

Il existe à Chicago trois écoles médicales principales : le *Medical Department of the Northwestern University*, le *College of Physicians and Surgeons of Chicago* qui dépend de l'« University of Illinois », et le *Rush Medical College*, qui constitue la section médicale de l'« University of Chicago ».

M. Hugh T. Patrick, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Northwestern University, m'a fait visiter sa policlinique et le *Wesley Hospital* où sont en traitement de nombreux malades atteints d'affection du système nerveux. L'enseignement neurologique est fait par M. Archibald Church et par M. H. T. Pa-

trick; cet enseignement s'adresse aux étudiants de quatrième année et est compris de la même façon que dans les autres universités dont j'ai déjà eu l'occasion de parler.

Au College of Physicians and Surgeons, c'est M. Oscar Adolph King qui professe la neurologie. De plus, un cours spécial de physiologie du système nerveux est fait par M. Lee Harrison Mettler. L'enseignement clinique est donné surtout au *County Hospital* qui est un hôpital vaste, moderne et fort bien aménagé. M. Sanger Brown, qui est professeur adjoint de médecine et qui est un neurologiste bien connu, m'a montré dans le County Hospital ses patients les plus intéressants. Ceux-ci sont assez nombreux pour que M. Sanger Brown puisse réunir le plus souvent à chacune de ses leçons plusieurs cas de la même maladie qu'il présente successivement aux élèves.

Il y a quelques années fut fondée l'Université de Chicago, grâce à la libéralité de M. John D. Rockefeller qui donna dans ce but 7,700,000 dollars (38,500,000 fr.). Dans cette Université les architectes ont construit avec tous les perfectionnements modernes des laboratoires merveilleux pour l'anatomie, la physiologie, la chimie, la biologie, etc. Une section spéciale est réservée à la neurologie; elle est dirigée par M. le professeur Donaldson; on y enseigne l'anatomie normale, l'anatomie comparée et l'histologie du système nerveux. Les cours de M. Donaldson et de ses assistants s'adressent non seulement aux étudiants en médecine, mais encore aux étudiants en psychiatrie et psychologie.

Le professeur d'anatomie de l'Université de Chicago est un neurologiste très connu, M. Lewellys Fr. Barker, qui a publié un traité fort remarquable sur l'anatomie du système nerveux. M. Barker, comme M. Donaldson, possède des laboratoires de recherches en même temps que des laboratoires d'enseignement. Je mentionnerai aussi les services de photographie et les « cold storages » pour la conservation des pièces anatomiques, qui sont organisés d'une façon vraiment parfaite.

Au Rush Medical College, qui dépend, comme je l'ai dit, de l'Université de Chicago, existent d'autres laboratoires et un hôpital. C'est là que M. le professeur Daniel R. Brower fait son enseignement neurologique clinique. De plus, M. Dodson professe un cours spécial sur les maladies nerveuses de l'enfance, et M. Harold Moyer un cours sur les maladies des muscles et des nerfs périphériques.

On voit donc qu'à Chicago les étudiants ont de multiples facilités pour s'instruire en neurologie. J'ajouterai, incidemment d'ailleurs, que les autres parties de la médecine, ainsi que la chirurgie, sont enseignées avec autant de méthode.

Je ne ferai que citer en passant San Francisco, où j'ai eu l'occasion de voir des choses fort intéressantes au point de vue médical et chirurgical, mais non au point de vue spécial de la neurologie. M. Irving Hardesty m'a conduit à travers les nouveaux laboratoires neurologiques de l'Université de Californie; ils sont également très bien aménagés et je crois qu'il y aura là, dans quelques années, un nouveau centre d'instruction où viendront non seulement les étudiants de la Californie, mais aussi les étudiants asiatiques. Je ne puis oublier de mentionner les études intéressantes que l'on peut faire, parmi les fumeurs d'opium de la ville chinoise à San Francisco, relativement aux effets de cette intoxication sur le système nerveux.

VI

Dans cet article, j'ai voulu montrer quel était l'état actuel de l'enseignement neurologique aux Etats-Unis. Ainsi qu'on a pu s'en convaincre, cet enseignement existe et il est fait par des hommes qui ont acquis au point de vue scientifique une très réelle réputation.

Ce qui caractérise l'enseignement neurologique, dans les grandes universités américaines, c'est ce fait que, loin d'être un enseignement accessoire, je serais presque tenté de dire un enseignement de luxe comme on l'envisage trop souvent en Europe, il est considéré, au contraire, comme tellement important que tous les étudiants sont tenus de le suivre, que tous sont obligés de justifier à la fin de leurs études de notions de neurologie et de psychiatrie. Il y a, en effet, une sanction à ces études dans les examens spéciaux sur ces branches de la médecine.

Je me suis attaché à montrer que l'enseignement neurologique est toujours fait au point de vue théorique et clinique, que toujours il est donné, pour employer un mot qui, aux Etats-Unis, a une valeur spéciale, d'une façon *pratique*. Je ne prétends pas que les jeunes docteurs américains, en sortant du Collège ou de l'Université, sachent à fond la neurologie et la psychiatrie, mais ils ont des notions suffisamment précises pour ne pas être désorientés auprès d'un malade; ils ne regardent pas la neurologie et la psychiatrie comme des parties inaccessibles ou inutiles de la médecine.

Pour créer leur enseignement neurologique, les Américains ont suivi la voie la meilleure, celle que l'on devrait toujours suivre quand il s'agit d'instituer un enseignement nouveau. Ils ont voyagé, ils sont venus en Europe, ils ont visité l'Allemagne, la France, l'Angleterre, ils ont vu les différentes organisations de ces pays, ils ont comparé les méthodes des divers peuples. Munis de ces documents, instruits par l'expérience des autres, ils ont créé un enseignement qui, d'emblée, a été pratique et utile. Pour cela, il est vrai, ils ont été favorisés par l'intelligence et l'esprit d'initiative de leurs compatriotes riches qui, lorsqu'il s'agit de science ou de charité, ne refusent jamais l'argent nécessaire pour édifier des hôpitaux, des laboratoires, voire même des Universités.

Quand on songe que, il y a quinze ou vingt ans, la neurologie n'existait pas aux Etats-Unis ou y existait à peine, quand on voit ce qu'elle est aujourd'hui, quand, parcourant les Universités et les laboratoires, on constate l'activité qui y règne, on se dit que sans doute l'école française et l'école allemande conservent maintenant encore la première place au point de vue scientifique, mais on envisage un temps qui, je crois, n'est pas très lointain, où les générations nouvelles d'outre-mer occuperont dans le mouvement scientifique international un rang que justifieront les méthodes intelligentes d'instruction et la puissance de travail de la race américaine.

Dr Georges Guillain,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 17 et 24 février 1903.

Des essences reconnues dangereuses dont la fabrication et la vente doivent être proscrites ou réglementées.

M. Laborde. — Au cours d'une des précédentes séances (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 48), M. Hanriot a demandé que l'Académie spécifiât les mesures de réglementation devant être appliquées aux liqueurs à essences et à l'alcool qui entre dans leur composition. Je ferai observer à notre collègue que la lettre ministérielle qui saisit l'Académie vise uniquement et exclusivement « les essences reconnues et déclarées dangereuses par elle » et qu'il n'y est nullement question de préciser les mesures de réglementation que l'administration se réserve sans doute de déterminer.

D'ailleurs, à supposer qu'il appartienne à l'Académie de proposer et de formuler elle-même ces mesures, j'estime que le système de réglementation par le dosage, que préconise M. Hanriot, est des plus dangereux, en ce qu'il constitue une *tolérance* plus ou moins déguisée à l'égard de la fabrication et de la vente des liqueurs; il en résulterait forcément une consommation plus grande de ces liqueurs ou boissons à essences.

Quant à l'objection soulevée par M. Bouchardat, relativement à la similitude des essences de badiane et d'anis et aussi à l'inutilité de la prohibition de ces essences, les liqueurs correspondantes pouvant être fabriquées au moyen de l'absinthol ou de l'anéthol, je ferai observer qu'en condamnant et proscrivant l'*essence* on condamne et on proscrit du même coup ses constituants. Au reste, la commission accepte d'ajouter en tête des listes, comme l'a demandé M. Daremberg, les mots complémentaires « et substances extraites ».

D'après M. Daremberg, l'essence de baies de genièvre serait d'une innocuité presque complète, et en conséquence il propose de la rayer de la liste des essences toxiques. A cela, je puis répondre que l'essence de baies de genièvre possède un degré de toxicité assez élevé pour produire, aux doses de 5 à 10 c.c., chez le chien, des accidents à forme encéphalo-méningitique qui s'observent également chez les hommes faisant un usage habituel de la liqueur de genièvre. Par suite, rien ne me semble plus justifié que le maintien sur la deuxième liste de l'essence en question.

Je demande donc à l'Académie d'adopter les deux listes soumises à son approbation (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 32), en faisant suivre pour chacune d'elles les mots « essences naturelles et artificielles » de ceux-ci « et substances extraites », en transportant l'essence d'anis de la deuxième dans la première liste et en ajoutant à la deuxième liste — celle des essences devant être l'objet d'une réglementation spéciale — l'essence de carvi.

M. Lancereaux retrace le tableau clinique des accidents déterminés par les boissons à essences (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 94) et déclare que, d'après les statistiques de la ville de Paris, de 1885 à 1889, la consommation des absinthes et boissons similaires s'est élevée de 10,755 à 27,123 hectolitres, c'est-à-dire qu'elle a presque triplé.

Toutes ces boissons étant nuisibles et dangereuses lorsqu'on en prolonge l'usage, il conviendrait, d'après l'orateur, de les prohiber toutes sans exception, car si l'on n'en proscrit que quelques-unes, comme plus particulièrement toxiques, il est à craindre que les autres, qui ne sont pas moins nocives, ne soient livrées au commerce en plus grande abondance.

En attendant que cette prohibition en masse puisse être réalisée, M. Lancereaux estime que le mieux est de voter la première liste présentée dans le rapport de M. Laborde, et ensuite de demander une réglementation sévère pour toute boisson avec essences naturelles ou artificielles, déchets de quinquina, etc., ou une surtaxe très élevée sur ces boissons, quelle que soit leur base, vin ou alcool.

M. Hanriot. — Je persiste à croire que nous devons proposer une réglementation permettant d'atteindre l'alcool, que je considère comme le principal coupable. J'estime, en outre, que nous ne devons pas dresser une liste d'essences devant être soumises à la réglementation, sans indiquer en même temps les bases de cette réglementation; celle-ci, en effet, peut porter sur la provenance ou sur la pureté des essences, sur leur association, leur dosage, etc., et dans chacun de ces cas la liste à dresser sera différente. Si je préconise la réglementation par le dosage, c'est parce que, dans l'état actuel de la science, la plupart des essences indiquées par la commission ne sauraient être caractérisées dans un mélange. Dans ces conditions, la réduction du titre alcoolique et de la dose d'essence permettrait de diminuer dans des proportions considérables les effets pernicieux de ces liqueurs chez le plus grand nombre de ceux qui en font usage.

Avant d'aborder par le détail le vote des listes dressées par la commission, l'Académie doit donc, à mon avis, se prononcer sur une question de principe, à savoir si elle entend discuter la réglementation des liqueurs à essences.

M. Prunier. — La question de la réglementation est plutôt du ressort de l'administration et, à mon avis, l'Académie doit se maintenir sur le terrain scientifique; du reste, les arguments

qui ont été fournis jusqu'ici pour ou contre la toxicité de certaines boissons ne sont pas très solides, parce qu'on manque de données précises sur les produits extrêmement complexes, ainsi que sur les plantes très variées, qui entrent dans la fabrication de ces boissons.

M. Laborde. — Je répète que la question de la réglementation des liqueurs à essences n'est pas en cause. Si l'Académie suivait M. Hanriot dans la voie qu'il propose, ne s'exposerait-elle pas à ce qu'on présentât au public des liqueurs revêtues de la mention : « Conforme à la formule de l'Académie de médecine » ?

M. Laveran. — Devant l'impossibilité de déterminer les produits très complexes qui entrent dans la composition des boissons à essences, il serait préférable, au lieu de dresser deux listes, d'en établir une seule dans laquelle les essences seraient rangées par ordre de toxicité décroissante, en spécifiant que les boissons dites apéritives sont dangereuses à un double titre, et qu'à la toxicité des essences qu'elles contiennent vient s'ajouter celle de l'alcool qui sert d'excipient.

Mais, pour restreindre d'une façon effective la consommation de ces prétendus apéritifs, il faudrait diminuer le nombre des cabarets et établir, sur celles de ces liqueurs qui sont notoirement les plus dangereuses, des surtaxes assez élevées pour devenir, dans la pratique, de véritables mesures prohibitives.

M. Magnan. — Toutes les essences, naturelles ou artificielles, qui forment la première liste, constituent des poisons dangereux dont la prohibition s'impose; trois de ces essences, celles d'absinthe, de reine des prés et d'hysope, sont, en outre, épileptisantes à des degrés divers, ainsi que cela résulte de mes expériences. On ne saurait donc avoir d'hésitation à l'égard des mesures à prendre vis-à-vis des liqueurs contenant ces essences.

Quant au mode de réglementation proposé par M. Hanriot, je le considère comme excessivement dangereux, car il aurait pour résultat presque inévitable, ainsi que l'a fait observer M. Laborde, de donner à certaines liqueurs ou boissons à essences une sorte d'approbation officielle qui serait trop facilement exploitée par les débitants. Je crois donc, avec MM. Lancereaux et Laveran, qu'il vaudrait mieux chercher à restreindre la consommation des boissons à essences par l'établissement de surtaxes très élevées.

Parmi les aliénés, hommes et femmes, qui passent par le Bureau d'admission de l'asile clinique, la proportion des alcooliques s'est tellement élevée dans ces dernières années (jusqu'à 50 et 53 %) qu'on ne saurait différer plus longtemps l'adoption de mesures véritablement protectrices.

M. Joffroy. — Il y aurait sûrement des inconvénients, voire des dangers, à indiquer les mesures de réglementation qui doivent être appliquées à une certaine catégorie de liqueurs ou de boissons à essences. Les mesures proposées par M. Hanriot, loin de diminuer les ravages produits par l'usage de ces boissons, les augmenteraient plutôt, car le consommateur, sachant que la boisson qui lui est livrée contient à la fois moins d'alcool et moins d'essences que par le passé, l'additionnerait d'une moins grande quantité d'eau, si même il ne la buvait pure.

Le mieux serait, au lieu de suivre la voie tracée par la lettre ministérielle, de s'en tenir aux termes mêmes de l'article 13 de la loi sur le régime des boissons, en dressant simplement une liste d'essences devant être prohibées d'une façon absolue. Cette liste pourrait être revisée chaque année, et l'on y ajouterait les nouvelles essences qui auraient été reconnues dangereuses pour la santé publique.

M. Hanriot. — La nécessité pour l'Académie de proposer des mesures de réglementation me paraît résulter de ce qu'ont dit la plupart de nos collègues; les surtaxes, en effet, ne constituent rien autre qu'une réglementation indirecte. En ce qui concerne l'objection qui a été faite à ma proposition, de quelque façon que la question soit tranchée, il n'en restera pas moins que toute essence non prohibée par l'Académie sera présentée au public comme ayant été implicitement déclarée par elle dépourvue de nocivité.

C'est pourquoi il me semble préférable, avant de passer à la discussion des deux listes dressées par la commission, que l'Académie vote sur ma proposition.

[La proposition de M. Hanriot, mise aux voix, n'est pas adoptée, et l'Académie décide ensuite que les diverses propositions faites au cours de la discussion sont renvoyées à l'examen de la commission.]

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 9 et 16 février 1903.

Sur l'implantation de l'os mort au contact de l'os vivant.

MM. V. Cornil et **P. Coudray.** — Dans de précédentes recherches, nous avons démontré que la rondelle crânienne détachée par le trépan et immédiatement réimplantée était à peu près résorbée en trois mois et remplacée par un tissu osseux nouveau (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 244). Depuis lors, nous avons étudié comparativement les résultats de l'implantation d'une rondelle d'os mort, au lieu d'une rondelle vivante, en nous plaçant dans des conditions identiques d'affrontement. Les expériences de MM. Lannelongue et Vignal, puis celles d'Ochotin, ont porté sur la diaphyse et le canal médullaire des os longs; elles ne sont donc pas identiques aux nôtres.

D'après M. H. Barth, l'os mort implanté dans un crâne de chien disparaît par le même mécanisme de résorption que l'os vivant, et est remplacé complètement par de l'os nouveau (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 200 et 1894, p. 202). Nos expériences, faites également sur le crâne de chiens, nous ont conduits à des résultats tout différents. L'os mort s'entoure rapidement d'une capsule fibreuse épaisse, et va rester à peu près étranger à ce qui se passe autour de lui. Au bout de huit jours, on note déjà sur le bord de l'os récepteur et à la face postérieure de ce dernier, entre lui et la dure-mère, une néoformation ossiforme. Celle-ci est plus abondante après dix-huit et trente-cinq jours, mais à ces périodes la rondelle, toujours entourée de sa capsule fibreuse, n'est pas attaquée sur ses bords, au niveau desquels on ne voit ni lacunes ni cellules géantes. Au bout de six mois, la rondelle, à peu près inaltérée, a subi cependant sur un de ses côtés une fragmentation partielle. Les néoformations osseuses, signalées à des périodes rapprochées du début du processus, ont diminué beaucoup d'importance et sont remplacées en partie par des travées fibreuses. En certains points, au voisinage de la dure-mère, on voit que les cellules osseuses des ostéoplastes se transforment directement en cellules étoilées du tissu conjonctif.

En résumé, l'os mort se comporte à peu près comme un corps étranger; il est possible qu'il se fragmente à la longue, mais, au sixième mois, sa résorption est encore insignifiante.

De l'action pathogène des rayons et des émanations émis par le radium sur différents tissus et différents organismes.

M. J. Danysz. — On sait que l'application sur la peau d'un tube de verre ou de caoutchouc renfermant un sel de radium produit une plaie, mais celle-ci n'apparaît qu'au bout d'un temps assez long (de huit à vingt jours). J'ai expérimenté avec un composé de chlorure de baryum et de radium dont l'activité est environ 500,000 fois supérieure à celle de l'uranium métallique; avec cette substance, la congestion, sur la peau humaine, survient après quelques minutes déjà.

Appliqué vingt-quatre heures sur la peau du lapin ou du cobaye, ce composé détruit entièrement l'épiderme et le derme; toutefois le processus destructif ne va pas plus loin, même si l'application est prolongée plus longtemps; placé sous la peau, le tube ne détermine qu'une faible réaction de l'épiderme et n'agit pas davantage sur les muscles et le tissu conjonctif. Les intestins et les séreuses sont aussi très peu sensibles : des ampoules maintenues de un à quatre mois dans la cavité péritonéale de cobayes n'ont pas entraîné de lésions comparables à celles de la peau. Au contraire, l'action sur les centres nerveux est intense, du moins chez les sujets jeunes, car les adultes sont efficacement protégés par le tissu osseux. En appliquant au-dessus de la colonne vertébrale ou du crâne des tubes renfermant le composé en question, on obtient des phénomènes de parésie, d'ataxie, des convulsions, pouvant aboutir à la mort.

J'ai pu vérifier en outre que toutes les espèces microbiennes sont entravées dans leur développement par les radiations du radium, mais quelques-unes seulement, notamment celles qui produisent des diastases protéolytiques autodigestives (charbon), peuvent être tuées dans certaines conditions.

Enfin les sels solubles de radium, quand ils sont dissous dans l'eau distillée, émettent une sorte d'émanations qui, ainsi que je l'ai constaté avec M. Curie, empêchent complètement le développement des microbes du charbon.

Contribution expérimentale à la connaissance de la vie et de la réaction musculaires.

MM. E. Toulouse et **C. Vurpas** adressent une note tendant à démontrer que, dans les réactions musculaires, il faut distinguer deux vies : l'une, vie propre et autonome, qui se manifeste, après une excitation, par une contraction étroitement localisée aux points directements excités, et qui constitue la vie musculaire la plus rudimentaire, mais aussi la plus profonde et la plus intime; l'autre, vie harmonique, qui se traduit par une contraction proprement dite, laquelle, à un premier degré, est limitée aux fibres directement excitées et, à un second degré, se généralise à la totalité du muscle.

Mécanisme d'action de la sécrétine sur la sécrétion pancréatique.

M. C. Fleig envoie une note relative à des expériences d'où il conclut que la sécrétine porte son action sur le pancréas lui-même, et non pas sur les centres nerveux extra-pancréatiques; en outre, elle agit non en paralysant les ganglions fréno-sécrétoires intra-pancréatiques, mais en excitant soit, directement, la cellule pancréatique, soit les éléments excito-sécrétoires; en faveur de ce dernier mécanisme, on peut invoquer l'antagonisme qui existerait, d'après MM. Camus et Gley, entre la sécrétine et l'atropine, au moins pour les faibles doses de la première de ces substances.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 11 et 18 février 1903.

Traitement de l'appendicite.

M. Broca. — A comparer la discussion actuelle avec celle qui a eu lieu ici-même en 1899, le nombre des partisans de l'opportunisme paraît avoir augmenté depuis quatre ans. Il n'y a plus, en effet, que quelques chirurgiens qui préconisent l'intervention immédiate pour tous les cas d'appendicite, alors que la plupart d'entre nous la réservent à certains malades. Au reste, les indications varient selon qu'il s'agit de la clientèle de ville ou d'hôpital; c'est ainsi que, sur 45 cas aigus que j'ai vus en ville, depuis 1897, j'en ai opéré 9 d'urgence, 9 à chaud secondairement et j'en ai laissé 27 arriver au refroidissement, tandis que dans mon service, sur 181 cas, j'ai dû intervenir 33 fois d'urgence et 47 fois à chaud secondairement, 101 patients seulement ayant pu être amenés à la période de refroidissement. Ces 226 faits réunis m'ont donné 28 décès, soit 12.38 %; la mortalité, de 8.04 % en ville (4 morts sur 45 cas), s'est élevée à 13.20 % à l'hôpital (24 sur 181).

Je reconnais que l'opération pratiquée dans les premières vingt-quatre heures fournit d'excellents résultats, mais il est bien rare qu'on nous appelle au début des accidents; c'est pour cela que la temporisation est si souvent la méthode de choix.

M. Picqué. — Pour ma part, je suis resté partisan de l'intervention hâtive, et, à l'appui de mon opinion, je puis vous citer une observation où la temporisation a été funeste. Appelé auprès d'un enfant de huit ans au troisième jour d'une crise d'appendicite qui avait débuté par des phénomènes assez sévères, je constatai une amélioration des symptômes et je crus pouvoir m'abstenir; or, quelques jours plus tard, une aggravation se produisit et le petit malade succomba sans avoir été opéré.

M. Mignon (médecin militaire). — Dans tous les cas de péritonite appendiculaire, j'inter-

viens immédiatement, car j'estime que les bénéfices de l'opération sont intimement liés à sa précocité.

J'interviens également sans retard quand il existe une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. J'ai été tout d'abord temporisateur pour les faits de ce genre, mais de 11 malades qui n'ont pas été opérés précocement — soit de mon fait, soit par suite de circonstances diverses — 8 ont présenté des complications, tandis que, depuis que j'ai recours à l'intervention hâtive, tous mes opérés, au nombre de 9, ont guéri.

Enfin, même pour l'appendicite simple, sans péritonite et sans tuméfaction iliaque, dès que le diagnostic d'appendicite est certain, je crois que l'intervention précoce constitue la méthode de choix.

M. Legueu. — Je suis très étonné que, au cours de cette discussion, aucun des orateurs n'ait insisté sur les renseignements que peut fournir l'examen du sang pour l'appréciation du mode d'évolution de l'appendicite, d'après les nombreux travaux publiés à l'étranger et la communication faite par M. Cazin au dernier Congrès français de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 361). C'est là un moyen d'investigation auquel nous devons avoir recours d'une façon systématique chez tous les malades atteints d'appendicite.

En ce qui concerne l'intervention précoce, je reste convaincu qu'elle représente la méthode de choix; mais les résultats sont évidemment d'autant meilleurs qu'on opère plus tôt, et la gravité de l'intervention est en raison inverse de sa précocité. Aussi est-il fâcheux d'opposer les unes aux autres des statistiques prises en bloc. Les opérations pratiquées dans les quarante-huit premières heures sont pour ainsi dire toutes suivies de guérison et il n'est pas juste de confondre dans une même statistique les observations d'appendicites opérées dès le début et celles où l'intervention n'a pu avoir lieu que tardivement. C'est ainsi que, en ce qui me concerne, j'ai opéré 23 appendicites aiguës dans les trois premiers jours, avec un seul décès, et 42 abcès localisés ou paraissant localisés, du troisième au septième jour, avec 5 morts; enfin, sur 21 péritonites généralisées, pour lesquelles l'intervention a été pratiquée le plus souvent dans le service de garde du cinquième au treizième jour, 19 patients ont succombé.

Je crois, en outre, que l'on a singulièrement exagéré les inconvénients du drainage dans l'intervention à chaud, alors que, en réalité, il n'est pas rare que le drainage soit nécessaire même après l'appendicectomie à froid.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Quénu. — A l'heure actuelle, dès qu'il y a un écartement des deux fragments d'une rotule fracturée, tous les chirurgiens ont recours soit à la suture, soit au cerclage. J'ai fait des expériences cadavériques sur la valeur respective de ces deux procédés et j'ai pu m'assurer qu'au point de vue de la solidité la suture est supérieure au cerclage. Une traction très minime suffit, en effet, pour produire un écartement des fragments, avec le cerclage, tandis que la suture offre une résistance beaucoup plus considérable. J'ai, d'autre part, constaté que le moindre mouvement de flexion produisait un résultat analogue à celui d'une traction très forte.

En ce qui concerne la suture, il est très difficile de percer sur les fragments des orifices absolument symétriques en les perforant dans le sens antéro-postérieur, comme on le fait habituellement. A cet égard, il me paraît préférable de faire la suture *transversale*, dans laquelle le foret chemine de dehors en dedans ou de dedans en dehors, dans le tissu spongieux maintenu par les deux plans osseux compacts antérieur et postérieur. J'ai pu m'assurer sur le cadavre que cette suture est bien plus solide que la suture habituelle.

M. Lucas-Championnière. — Les rotules qui se fracturent sont, à mon avis, beaucoup trop fragiles pour supporter une perforation transversale. Bien souvent, d'autre part, un des deux fragments est très petit et on ne peut le fixer qu'en combinant le cerclage à la suture.

Le calibre du fil a lui-même une grande importance, au point de vue de la solidité, et je puis vous affirmer que, avec un fil suffisamment résistant, on obtient une suture parfaitement solide par le procédé que j'emploie habituellement.

Oblitération congénitale de l'intestin grêle.

M. Tuffier. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Le Toux (de Vannes.) Il s'agit d'un enfant de sept jours, auprès duquel notre confrère fut appelé pour des accidents d'occlusion intestinale. Il constata une imperforation de l'anus, incisa le périnée et, n'ayant rien trouvé, se décida à faire un anus contre nature. L'enfant succomba et à l'autopsie on reconnut l'existence d'un rétrécissement segmentaire de l'intestin, débutant sur l'intestin grêle à quelques centimètres de sa terminaison, et se prolongeant sur tout le gros intestin, jusqu'au niveau de l'ampoule rectale. La portion ainsi rétrécie n'avait pas moins de 41 centimètres de longueur; elle était perméable dans toute son étendue.

J'ai pu recueillir dans la littérature médicale 31 autres faits analogues, qui se sont tous terminés par la mort malgré une intervention chirurgicale.

De la botryomycose humaine.

M. Picqué. — J'ai eu l'occasion d'enlever deux petites tumeurs présentant tous les caractères de la botryomycose, et qui siégeaient l'une sur l'éminence thénar, l'autre à la lèvre inférieure; l'examen histologique de ces pièces a confirmé entièrement l'opinion d'après laquelle les tumeurs de ce genre seraient de vulgaires bourgeons charnus, dus simplement à des staphylocoques.

M. Terrier. — Je crois que l'étude bactériologique de la botryomycose est encore incomplète et ne nous permet pas de conclure d'une façon définitive. J'ai enlevé une tumeur botryomycosique dont l'examen a été fait; je vous en communiquerai prochainement le résultat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 février 1903.

Volumineux hématome de la région sous-scapulaire, survenu au cours d'une leucémie aiguë à forme hémorrhagique.

M. Barié relate, en son nom et au nom de M. Salmon, l'observation d'un homme de trente-cinq ans, se plaignant depuis six semaines d'une grande lassitude, d'essoufflement, de troubles de la vue, etc., ayant eu à diverses reprises des épistaxis et de la diarrhée et chez lequel on constata une augmentation énorme du volume de la rate et du foie, sans trace d'adénopathies. La peau et les muqueuses étaient très décolorées et il existait, en outre, quelques taches de purpura sur les membres et le tronc. L'examen du sang ayant démontré une diminution considérable du nombre des globules rouges, et une augmentation parallèle de celui des leucocytes portant surtout sur les éosinophiles et les macrocytes mono ou polynucléés, on diagnostiqua une leucémie aiguë. Sur ces entrefaites, on vit apparaître, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit, une tuméfaction indolore et fluctuante qui augmenta rapidement de volume : cette tumeur ayant été incisée, on en retira environ 1 litre et demi de sang pâle, presque séreux et non coagulé. L'origine de cette hémorrhagie n'ayant pu être découverte, on se borna à bourrer la cavité de gaze iodoformée et à exercer à son niveau une compression au moyen de tampons de ouate; mais le lendemain la poche était de nouveau remplie de sang, un liquide séro-sanguinolent suintait à travers les lèvres de la plaie et le jour suivant le malade succombait dans le coma.

La cryoscopie du lait comme moyen de reconnaître les adultérations de ce liquide.

M. Parmentier communique le résultat d'une série de recherches qui tendent à démontrer que la détermination du point de congélation du lait — déjà préconisée par M. Winter il y a quelques années (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 498) —, associée au dosage du beurre, constitue actuellement le meilleur moyen de reconnaître les fraudes ou adultérations dont ce liquide est l'objet. En effet, lorsque le point de congélation d'un lait est supérieur à — 0°55, on peut affirmer avec une certitude absolue que ce lait a été « mouillé »; lorsqu'il est inférieur à ce chiffre on peut également, sans crainte de se tromper, certifier qu'il a été adultéré par l'addition d'une substance quelconque, le plus souvent d'un sel alcalin. Toutefois, si le point de congélation du lait normal est généralement de — 0°55, il faut savoir que parfois il s'abaisse jusqu'à — 0°54 ou s'élève jusqu'à — 0°57.

A l'appui de son opinion, l'orateur relate les observations de deux enfants, habituellement bien portants, chez lesquels l'apparition d'une diarrhée incoercible a coïncidé avec l'usage d'un lait dont le point cryoscopique était de — 0°64. On en a conclu que cette diarrhée était due à une gastro-entérite toxique par ingestion d'un lait frelaté et il a suffi, en effet, de modifier l'alimentation de ces enfants pour faire disparaître les accidents.

Il résulte, en outre, de nombreuses expérimentations que, dans les hôpitaux comme, du reste, en ville, tous les laits sont « mouillés » dans une proportion qui varie de 5 à 30 %.

M. Méry dit que, pour mettre sûrement les enfants à l'abri des accidents gastro-intestinaux, on devrait, au moins pendant la saison estivale, les soumettre à l'usage exclusif du lait stérilisé.

Intoxication par ingestion accidentelle de benzine.

M. Simonin (médecin militaire) communique l'observation d'un homme qui avala par mégarde 15 grammes environ de benzine. Des nausées, de la céphalée, de la courbature avec agitation et léger état fébrile furent les premiers accidents qui se produisirent. Peu de temps après, on vit apparaître, sur toute la surface du corps, un érythème polymorphe, prurigineux, accompagné de sugillations hémorrhagiques. En même temps, on notait une teinte subictérique de la peau et des conjonctives, de l'oligurie avec présence dans l'urine d'albumine, d'urobiline, de phénols, etc., et enfin une légère leucocytose portant surtout sur les polynucléaires et les éosinophiles (25 %). Tous ces accidents s'amendèrent peu à peu et le malade se rétablit complètement à la suite de l'élimination par les urines d'une grande quantité d'urée et de chlorures.

D'après l'orateur, l'absence de troubles du côté du système nerveux, qui s'observent si communément à la suite de l'inhalation des vapeurs de benzine, doit être attribuée, dans le cas actuel, à ce que ce corps étant fort peu soluble, son absorption par la voie stomacale est ralentie ou fractionnée, ce qui explique la localisation de ses effets aux organes à fonctions antitoxiques ou éliminatrices.

M. Variot montre le cœur d'un sujet qui était atteint de cyanose congénitale du visage et des extrémités, avec renflement de la dernière phalange des doigts; pendant la vie on ne constatait qu'un très léger bruit anormal à la partie moyenne du cœur, et encore ce bruit était-il intermittent. L'autopsie démontra cependant qu'il existait de graves malformations cardiaques, et en particulier une large perforation de la cloison interventriculaire et un rétrécissement très accusé de l'artère pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 5 février 1903.

Deux tentatives infructueuses d'inoculation de la pelade.

M. Hallopeau. — J'ai essayé d'inoculer la pelade à deux hommes qui se sont spontanément offerts pour cette expérience. Chez l'un et l'autre j'ai pratiqué, sur une partie limitée du cuir chevelu, des frictions prolongées à l'aide d'un linge avec lequel j'avais préalablement frotté des plaques de pelade. De plus, l'un de ces hommes a gardé pendant plusieurs jours, appliqué sur les cheveux, un fragment de la doublure de la casquette d'un peladique. Dans les deux cas il ne s'est produit aucune modification du cuir chevelu.

Ces deux résultats négatifs n'infirment pas les nombreux cas authentiques de transmission de la pelade, connus jusqu'ici.

Ils peuvent donner lieu à deux interprétations différentes : ou bien certaines pelades seulement sont contagieuses; ou bien la pelade n'est pas transmissible pendant toute la durée de son évolution, le contage pénétrant profondément dans les follicules pileux et y restant inclus de façon à n'arriver à la surface que passagèrement et par poussées. C'est la dernière interprétation que j'adopterais le plus volontiers.

Langue noire.

M. Gastou. — Voici un homme qui porte à la base de la langue un placard noirâtre, formé de petites villosités, et faisant saillie sur la muqueuse. Ces modifications sont caractéristiques de l'affection connue sous le nom de « langue noire ». On sait que cette maladie est de nature parasitaire et j'ai pu constater au niveau des lésions des amas de filaments de leptothrix.

M. J. Darier. — J'ai eu l'occasion de pratiquer l'examen microscopique d'un certain nombre de cas analogues et j'ai été frappé de ce fait que la coloration noirâtre est due non pas au parasite, mais à une modification de la substance cornée. Il se produit quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans certaines ichtyoses, où la couche cornée prend une teinte noire.

M. Gastou. — J'ai fait la même constatation dans le cas que je présente aujourd'hui.

M. Barthélemy. — Cette affection semble ne pas être contagieuse. Je l'ai observée plusieurs fois chez un seul individu, les autres membres de la même famille restant indemnes.

Traitement de la dermatite herpétiforme.

M. Balzer présente une femme qui est atteinte de dermatite herpétiforme de Dühring, avec une mélanodermie prononcée et une kératodermie très développée à la paume des mains, encore au début à leur face dorsale.

Cette malade a eu un grand nombre de poussées bulleuses successives, très intenses, qui ont été fort améliorées par des applications d'une pommade renfermant de 10 à 20 % de goudron et 5 % de camphre.

Une autre femme, également atteinte de dermatite herpétiforme, a quitté l'hôpital en état de guérison apparente à la suite du même traitement. Enfin, l'orateur a obtenu une amélioration très sensible, grâce à ce topique, dans un troisième cas de dermatite herpétiforme, malgré l'évolution aiguë de l'affection.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 16 février 1903.

Le chlorure de baryum comme médicament cardiaque.

M. Schedel (de Nauheim) fait une communication dans laquelle il préconise le chlorure de baryum, déjà employé comme cardio-tonique par Lisfranc, pour tous les cas où la digitale est indiquée.

L'orateur a commencé par faire des expériences sur lui-même, et il a pu s'assurer qu'une dose de 0 gr. 02 centigr. de chlorure de baryum, répétée deux fois par jour, augmente la pression artérielle et régularise le pouls, sans aucun effet fâcheux; il en va de même d'une dose de 0 gr. 10 centigr. prise en deux fois. Fort de ces données, il a prescrit ce médicament à 13 malades de la clinique de Rostock, atteints d'affections cardiaques diverses (insuffisance mitrale, insuffisance du myocarde chez des vieillards, asthme cardiaque, anévrysme de l'aorte, tachycardie nerveuse), avec d'excellents résultats au point de vue de la régularisation du pouls, ainsi que de l'augmentation de la tension vasculaire et de la diurèse. Il a eu recours aussi à la même médication, avec succès, dans un cas où la pression était notablement abaissée à la suite d'une hémorrhagie abondante.

M. Aronson demande à M. Schedel si le chlorure de baryum n'exerce aucun effet sur l'intestin; ce médicament est utilisé en médecine vétérinaire, notamment pour les coliques du cheval, et on a vu survenir des cas de mort subite à la suite de son emploi.

M. Schedel déclare qu'aux faibles doses où il administre le chlorure de baryum on n'observe pas d'action sur le tube digestif; les accidents signalés par M. Aronson sont consécutifs à l'emploi de doses élevées.

Les altérations de la rétine dans les néphrites.

M. Litten rappelle que les altérations rétiniennes des brightiques, décrites dès 1860 par H. Müller (de Wurtzbourg), se présenteraient, d'après cet auteur, sous trois aspects différents : des extravasations sanguines, des taches blanches, des phénomènes de dégénération graisseuse.

Au cours de ses propres recherches, l'orateur n'a jamais pu constater de lésions vasculaires, ni de dégénérescence adipeuse. En ce qui concerne les taches blanches, H. Müller y voyait des fibres nerveuses dégénérées; le duc Charles Théodore de Bavière n'a pu élucider s'il s'agissait en effet d'éléments nerveux, ou simplement de globules blancs ou rouges en métamorphose régressive; d'après M. Litten, la production et la disparition rapide de ces formations, ainsi que la présence de nombreux noyaux en leur sein, permettent de les considérer comme d'origine leucocytaire.

Au reste, il a eu l'occasion de les observer non seulement dans les néphrites, mais aussi dans la septicémie, la leucémie, etc.; on ne saurait donc en faire un symptôme caractéristique du mal de Bright.

Pyopneumopéricarde.

M. Huber relate l'observation d'un homme qui se fit admettre à l'hôpital avec tous les signes d'une pleurésie gauche, et chez lequel, au bout de quelques jours, survint une élévation de la température à 41°, en même temps que les frottements pleurétiques s'étendaient à tout le côté gauche de la poitrine, et que la zone précordiale donnait à la percussion un son tympanique; l'auscultation du cœur révéla l'existence d'un clapotement métallique, accompagnant les bruits normaux; il y avait donc dans le péricarde un mélange de gaz et de liquide.

Le malade ayant succombé, on trouva en effet à l'autopsie un pyopneumopéricarde; au voisinage de la veine cave existait une perforation qui conduisait dans une cavité creusée aux dépens du poumon, renfermant des ganglions lymphatiques nécrosés et s'ouvrant elle-même dans l'œsophage. Il semble donc que les accidents aient été consécutifs à la pénétration d'un petit corps étranger, de l'œsophage dans le poumon, avec propagation du processus au péricarde.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 21 février 1903.

Des différents modes de transmission héréditaire de la syphilis.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. J. Neumann** a déclaré, à propos de la discussion sur ce sujet qui a eu lieu dans les précédentes séances (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 59), qu'il connaît plus de 60 familles où des enfants syphilitiques sont nés de mères saines; il croit donc à la transmission paternelle de la syphilis et à l'exactitude de la loi de Colles, bien qu'elle comporte certaines exceptions.

M. Finger estime que la transmission héréditaire de la syphilis peut s'effectuer par l'intermédiaire de l'œuf ou du sperme; lorsque la mère devient syphilitique dans les derniers mois de la grossesse, il est exceptionnel que son rejeton soit infecté.

Diverses considérations plaident en faveur de l'hérédité paternelle : 1° un père syphilitique peut engendrer des enfants sains après avoir été soumis au traitement spécifique; 2° une femme, qui a eu des enfants syphilitiques avec un homme syphilitique, peut avoir des enfants sains avec un homme sain; 3° la mère saine d'un enfant syphilitique peut contracter ultérieurement la vérole; 4° enfin on connaît plus de 600 cas authentiques où la mère d'un enfant syphilitique est restée saine.

L'orateur ajoute que le traitement spécifique de la mère est toujours sans effet sur la syphilis de l'enfant.

Spasme de nutation.

M. N. Svoboda montre deux enfants atteints de spasme de nutation, développé à la suite d'un séjour prolongé dans des chambres obscures, facteur déja invoqué par Paudnitz dans la pathogénie de cette affection. Il a suffi de transporter ces petits malades dans un logement éclairé pour faire disparaître tous les troubles.

M. Kassowitz rappelle que le spasme de nutation s'observe presque toujours chez des enfants rachitiques — les deux petits malades présentés par M. Svoboda offrent des stigmates de cette affection — et, en outre, que cette variété de spasme, comme toutes les manifestations nerveuses du rachitisme (spasme de la glotte, tétanie, éclampsie, etc.), semble augmenter d'intensité pendant l'hiver et diminuer au contraire dès que les enfants peuvent vivre suffisamment en plein air.

Sur la docimasie hépatique.

Dans une des précédentes séances de la même Société, **M. Seegen** a communiqué le résultat d'expériences tendant à prouver que la recherche du sucre et du glycogène dans le foie des cadavres (*docimasie hépatique*) n'a pas la valeur médico-légale que lui a assignée M. Lacassagne : on sait que pour cet auteur la présence de sucre et de glycogène (*docimasie positive complète*) serait une preuve que l'individu a succombé en pleine santé; l'absence de ces substances (*docimasie négative*) indiquerait que le décès est survenu à la suite d'une maladie et d'une longue agonie; enfin l'existence de sucre sans glycogène (*docimasie positive incomplète*) témoignerait d'une mort subite, mais au cours d'une maladie.

L'orateur estime d'abord que la technique employée par M. Lacassagne est inexacte. Pour extraire le glycogène du foie, il faudrait, d'après M. Seegen, faire bouillir cet organe pendant plusieurs heures, puis le laisser en contact au bain-marie, durant six à huit heures, avec de la potasse caustique. Ce n'est qu'après la séparation des matières albuminoïdes à l'aide de l'alcool que le glycogène se précipite. L'addition de charbon de sang, recommandée par le professeur de médecine légale de Lyon, est nuisible parce qu'elle fait disparaître une certaine quantité de sucre.

En outre, si les vues théoriques sur lesquelles est basé le procédé de M. Lacassagne paraissent légitimes, en pratique, au contraire, les résultats obtenus par M. Seegen ne confirment nullement ceux de cet auteur. En effet, de recherches effectuées tant sur des cadavres humains que sur des animaux tués par asphyxie rapide ou par intoxication curarique, morphinique, etc., l'orateur a pu se convaincre que, dans nombre de cas de mort subite ou du moins très rapide (surtout dans la suffocation et l'intoxication oxycarbonée), la docimasie hépatique est négative, c'est-à-dire que le sucre et le glycogène font défaut ou n'existent qu'à l'état de traces. Aussi est-il d'avis que le procédé en question ne saurait être utilisé pour reconnaître la façon dont la mort s'est produite.

Hyperplasie neutrophile de l'appareil myéloïde.

Dans la séance du 12 février de la Société de médecine interne de Vienne, **M. Türk** a communiqué l'observation d'un homme de trente-huit ans, qui fut atteint il y a trois mois d'hémorrhagies gingivales abondantes. A l'examen du sang on trouva, par millimètre cube, 1,600,000 globules rouges et 42,000 leucocytes, dont 47.5 % de myélocytes, 32 % de polynucléaires presque exclusivement neutrophiles, et 14.75 % de lymphocytes. Les hémorrhagies gingivales cessèrent à la suite de badigeonnages au perchlorure de fer. Quelque temps après, le nombre des érythrocytes avait un peu diminué, tandis que celui des globules blancs continuait à augmenter, la formule leucocytaire restant la même. Finalement le malade

mourut dans un état semi-comateux. A l'autopsie, on découvrit de petites hémorrhagies dans le cerveau et dans les séreuses, une légère tuméfaction de la rate avec hyperplasie de ses follicules, et des masses verdâtres dans les reins et dans divers os. L'examen microscopique de ces masses vertes montra qu'elles étaient formées à peu près exclusivement de myélocytes; elles contenaient très peu d'hématies, quelques éosinophiles et des gouttelettes de graisse, lesquelles servaient de véhicule au pigment vert.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Du rôle de la peau et des peauciers du cou dans la suspension des seins, par M. P. AUBERT.

La réalité, ou du moins l'utilité, du « ligament suspenseur des seins » de Giraldès étant fort discutable, les moyens de fixité de la glande mammaire sont assez obscurs. Un fait observé par M. Aubert permet au moins en partie d'éclaircir cette question.

Une femme de quarante-six ans, veuve et n'ayant jamais eu de grossesse, reçut une brûlure grave de la partie supérieure de la poitrine : la région lésée s'étendait en haut jusqu'au delà de la ligne claviculaire; en bas elle comprenait la moitié supérieure et un peu externe des seins, y compris les mamelons; à gauche, elle empiétait légèrement sur le rebord antérieur de l'aisselle.

Au bout de quelques mois, alors que la surface ainsi limitée formait un vaste quadrilatère suppurant et bourgeonnant, cicatrisé seulement sur quelques points peu étendus de sa périphérie, la blessée s'avisa que ses seins subissaient une hypertrophie notable, due sans doute à l'excitation nutritive causée par la brûlure, en même temps qu'ils se déplaçaient en haut et en dehors, venant occuper la région axillaire : le sein droit, le plus hypertrophié, était un peu au-dessus de sa hauteur normale et se trouvait sur la partie latérale du thorax, dans le prolongement de la ligne axillaire; le sein gauche, dont l'augmentation de volume avait été moins considérable, de sorte que l'influence de la pesanteur avait moins activement combattu son ascension, était placé immédiatement au-dessous du creux axillaire. En raison de la gêne fonctionnelle occasionnée par ces seins hypertrophiés et de siège anormal — la malade devait tenir les bras écartés du corps et ne pouvait se coucher que sur le dos —, on dut se résoudre à l'amputation bilatérale, pratiquée en deux fois, à un mois d'intervalle.

C'est à la destruction de la peau et du peaucier du cou que M. Aubert attribue cette anomalie de position des glandes mammaires : celles-ci font corps en quelque sorte avec la peau, en raison des cloisons fibreuses qui réunissent leurs faces antérieures au derme, et aussi par suite de la présence des conduits galactophores; privées de ce support naturel, elles ont été entraînées en haut et en arrière par l'élasticité du derme, fixé en arrière à la colonne vertébrale, immobilisé en haut par sa continuité avec la peau de la nuque et de la tête. La destruction du peaucier du cou a dû agir dans le même sens, car ce muscle constitue un moyen de fixité des plus efficaces : chez un homme vigoureux, en effet, ses insertions inférieures, à la face profonde de la peau, peuvent supporter sans se rompre des poids de 5 à 10 kilogrammes. (*Lyon méd.*, 28 septembre 1902.) — F. F.

Des accidents qui résultent de l'enfouissement sous la neige, par M. FERRIER.

L'auteur relate deux accidents survenus naguère à des détachements de troupes alpines, dont plusieurs hommes furent entraînés par des avalanches sous lesquelles ils restèrent enfouis plus ou moins longtemps.

Dans le premier fait, 8 soldats avaient été ensevelis sous la neige; 3 avaient la tête en dehors de la couche de neige et purent être aussitôt dégagés; 4, qui avaient entièrement disparu sous la neige, furent retirés de leur situation critique au bout d'un laps de temps qui varia de six à douze minutes; le corps du dernier ne put être retrouvé.

Les hommes qui avaient été complètement ensevelis présentaient, lorsqu'on les ramena à l'air, des signes évidents de début d'asphyxie : visage fortement cyanosé, chez quelques-uns même un peu d'écume sanguinolente aux lèvres; 2 déclarèrent n'avoir pas perdu connaissance; les 2 autres recouvrèrent très rapidement leurs sens, sous l'influence de moyens très simples (frictions à la main, ingestion de boissons chaudes); chez aucun on ne nota d'autre conséquence qu'un peu de courbature passagère.

Dans le second accident, un détachement de 10 soldats fut entraîné et entièrement recouvert par une « coulée » de neige; 2 d'entre eux purent se dégager et aller chercher des secours qui, vu l'éloignement de tout centre habité, n'arrivèrent qu'au bout de *deux heures et demie*. On ne put retrouver, sous une couche de neige de 1 à 2 mètres, que 3 des victimes de cette catastrophe; un de ces hommes était dans un état de somnolence, avec visage pâle, lèvres cyanosées, pouls faible, etc., d'où quelques frictions suffirent à le tirer; le second était plongé dans un profond sommeil, et les signes d'asphyxie étaient plus prononcés (face tuméfiée, yeux saillants et injectés); une fois réveillé, il titubait comme un homme ivre; le troisième enfin était en état de mort apparente, mais les manœuvres de respiration artificielle le ramenèrent très rapidement à la vie. Tous trois purent peu après regagner à pied leur caserne, située à trente minutes de marche environ.

La comparaison de ces deux faits est intéressante en ce qu'elle montre que l'asphyxie, déjà commencée au bout d'une dizaine de minutes, n'est pas encore complète après deux heures et demie. Il faut sans doute attribuer en partie ce fait à la perte de connaissance qui survient très rapidement et qui a pour effet de placer le patient dans un tel état, que les faibles quantités d'oxygène filtrant à travers la neige suffisent à assurer l'hématose, d'ailleurs très ralentie. L'impression du froid agit vraisemblablement dans le même sens, en contribuant à diminuer l'activité respiratoire. (*Arch. gén. de méd.*, août 1902.) — F. F.

Sur un cas d'ophtalmie purulente congénitale, par M. H. ARMAIGNAC.

L'ophtalmie purulente contractée *in utero* est très rare, et encore s'agit-il d'ordinaire, dans les observations qui en ont été publiées, d'enfants venus au monde à la suite d'un accouchement laborieux, et souvent plus ou moins longtemps après la rupture de la poche des eaux. Le cas relaté par M. Armaignac est intéressant précisément en ce que les membranes ne furent rompues que trois quarts d'heure avant la terminaison de l'accouchement.

L'enfant en question était une fillette chétive, née à huit mois et ne pesant que 1,786 grammes; les douleurs n'avaient duré qu'une heure et demie, et, après rupture de la poche des eaux, l'expulsion avait eu lieu sans difficulté. Dès la naissance, on remarqua que les paupières étaient gonflées, rouges et tendues, et qu'en les écartant il s'en écoulait une goutte de pus; les cornées étaient déjà blanches, comme macérées, et fort difficiles à découvrir, en raison du gonflement palpébral. Il existait également une vulvite purulente.

Après avoir pratiqué un lavage complet des culs-de-sac au sublimé, et une cautérisation de la conjonctive oculo-palpébrale au nitrate d'argent, on institua des lavages fréquents avec une solution de permanganate; mais, malgré tous les soins, une large ulcération apparut sur chaque cornée, par laquelle le cristallin fut expulsé au bout de quelques jours. Le prolapsus consécutif de l'iris disparut peu à peu; quand la guérison fut complète, il restait de chaque côté un leucome adhérent avec un vestige de cornée transparente.

Concernant le mécanisme de l'infection oculaire dans ce cas, M. Armaignac, sans pouvoir éliminer absolument l'hypothèse d'infection par voie sanguine, est plutôt d'avis qu'il s'est agi d'une infection ascendante, le gonocoque, après avoir pénétré dans le tissu utérin, ayant envahi l'amnios, ou ayant même atteint ce dernier directement, sans traverser l'utérus. (*Ann. d'oculist.*, octobre 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la dilatation fusiforme du segment inférieur de l'œsophage, par M. O. ZUSCH.

L'auteur relate 11 observations de dilatation fusiforme du segment inférieur de l'œsophage, recueillies dans le service de M. le professeur Fleiner, à Heidelberg. Jusqu'à présent, on attribuait cette affection soit à un spasme du cardia, soit à une œsophagite ou à une atonie musculaire de l'œsophage. M. Fleiner a démontré récemment que la dilatation peut aussi provenir d'une anomalie congénitale, connue sous le nom d'*antre cardiaque*. Il est souvent difficile de faire la part exacte de chacune de ces causes, car la dilatation congénitale provoque généralement une contraction spasmodique du cardia, ainsi que des symptômes inflammatoires et, avec le temps, de l'atonie musculaire de l'œsophage.

La stagnation des aliments dans l'œsophage constitue un symptôme caractéristique de l'affection. Elle donne lieu à des troubles de la déglutition, accompagnés fréquemment de régurgitation des aliments solides et liquides, ayant parfois le caractère d'un véritable méricysme. Les matières rejetées proviennent de l'œsophage et non de l'estomac, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'examen chimique et microscopique. Pendant la nuit, les masses régurgitées s'arrêtent souvent au niveau de la glotte et déterminent alors de violents accès de toux.

Les douleurs sont un autre symptôme caractéristique de la dilatation de l'œsophage. Les malades ressentent une violente douleur derrière le sternum, leur donnant l'impression qu' « on leur arrache la poitrine ». D'autres se plaignent d'un « poids sur l'estomac ». Quelques-uns éprouvent seulement un sentiment de malaise, difficile à caractériser, dans la région. Les douleurs peuvent irradier le long des côtes et simuler une névralgie intercostale, ou encore vers les épaules et dans les bras.

Si l'on explore l'œsophage à l'aide de la sonde œsophagienne munie d'un entonnoir, on constate, en cas de dilatation, que l'écoulement de l'eau s'arrête brusquement lorsque la poche est pleine, et cet arrêt se manifeste par un petit choc de la colonne d'eau et un remous à la surface du liquide; on peut de cette façon déterminer la capacité de la poche.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel de la dilatation fusiforme de l'œsophage, il faut pouvoir écarter l'hypothèse de rétrécissement fonctionnel du cardia; l'obstacle opposé au cathétérisme par le spasme est très variable : parfois, la sonde passe sans difficulté, tandis qu'à une seconde séance on a une peine énorme à la faire pénétrer; on réussit souvent mieux avec un gros cathéter qu'avec une sonde de petit calibre. Grâce à l'anamnèse, on peut d'ordinaire éliminer le diagnostic de rétrécissement cicatriciel; quant au cancer du cardia, la longue durée de l'affection permet généralement aussi d'en faire abstraction. La déglutition peut encore être entravée par une adénopathie trachéo-bronchique; dans ce cas l'obstacle siège beaucoup plus haut. Une tumeur du médiastin ou un anévrysme de l'aorte se révèle, d'habitude, par d'autres symptômes; il arrive cependant qu'il soit difficile de poser un diagnostic exact. Dans certains cas d'ascite, de météorisme, d'épanchements péritonéaux ou de tumeurs abdominales, l'estomac peut être disloqué, de sorte qu'il en résulte un coude de l'œsophage au niveau du diaphragme, ce qui peut donner l'illusion d'un rétrécissement. Parfois aussi un abcès froid de la colonne vertébrale comprime l'œsophage et met obstacle au libre passage des masses alimentaires. Enfin, il faut tenir compte de la possibilité d'un diverticule œsophagien.

Le traitement consiste en lavages réguliers de l'œsophage, pratiqués matin et soir, l'alimentation se faisant exclusivement au moyen de la sonde. Peu à peu, on autorise les malades à avaler de petites quantités d'aliments liquides ou mous, et si cette alimentation est bien supportée, on revient progressivement à la nourriture naturelle. On ordonne des eaux alcalines pour calmer le catarrhe de la muqueuse. Il faut, en outre, veiller à régulariser les fonctions de l'estomac et de l'intestin. Ce traitement doit souvent être continué pendant plusieurs mois, mais il fournit de bons résultats. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — A. J.

Rupture spontanée du vagin avec prolapsus énorme de l'intestin, par M. R. Rommel.

Si les ruptures du vagin, d'origine traumatique, et les déchirures des parois de cet organe pendant le travail sont relativement assez fréquentes, il est loin d'en être de même des ruptures spontanées. En effet, l'auteur n'a pu trouver dans la littérature médicale que 5 observations de ce genre. Le cas qu'il relate à son tour a trait à une femme de trente-huit ans, ayant toujours joui d'une bonne santé et ayant eu six accouchements normaux, dont le dernier avait eu lieu huit mois avant son admission à l'hôpital. Sous l'influence de travaux pénibles auxquels cette femme se livrait depuis quelque temps, elle commença à éprouver des douleurs dans le bas-ventre. Un jour, après avoir soulevé une lourde chaudière, elle ne tarda pas à ressentir un malaise qui l'obligea à s'aliter, et une heure environ plus tard elle constata, entre ses cuisses, la présence d'une tumeur grosse comme une pomme et ayant une coloration bleu rougeâtre. Cette tumeur augmenta rapidement de dimensions et atteignit bientôt le volume d'une tête d'adulte. La malade fut admise dans le service de M. Fischer, où l'on diagnostiqua une rupture du vagin avec prolapsus énorme de l'intestin; une des anses intestinales prolabées était détachée du mésentère et présentait une coloration noirâtre. Cette déchirure avait été déterminée par les tiraillements que la patiente elle-même avait exercés sur l'intestin prolabé. Malgré l'intervention chirurgicale, la malade ne tarda pas à succomber.

La rareté de l'accident en question mise à part, le fait observé par M. Rommel offre encore cette particularité que la rupture du vagin fut ici consécutive à l'exagération de la pression intra-abdominale, provoquée par l'effort, sans qu'on pût déceler aucune des causes prédisposantes qui existaient dans les 5 cas analogues publiés par d'autres auteurs (rétroversion de l'utérus gravide avec ascite, prolapsus utérin, hématocèle, âge avancé de la malade, etc.). Aussi, M. Rommel est-il porté à invoquer un affaiblissement des tissus, dû aux accouchements antérieurs, et qui, sous l'influence de travaux pénibles, a amené la formation d'une hernie vaginale postérieure. Les douleurs que la malade avait éprouvées pendant les semaines qui ont précédé la rupture semblent avoir été en rapport avec le développement de cette hernie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 1-3.) — L. CH.

De l'action de l'acide carbonique sur la digestion gastrique, par M. Franz Penzoldt.

On sait qu'un grand nombre d'eaux minérales gazeuses ont pour effet de faciliter la digestion. Mais on n'a pas encore établi d'une manière certaine si cette action est due aux principes salins (bicarbonate de soude et chlorure de sodium) ou à l'acide carbonique qu'elles contiennent à l'état de dissolution. Aussi M. le professeur Penzoldt a-t-il fait exécuter une série de recherches ayant pour but de comparer l'action de l'eau ordinaire avec celle de la même eau saturée artificiellement d'acide carbonique.

Ces expériences, répétées un grand nombre de fois, ont démontré d'une façon concordante que le repas d'épreuve séjourne moins longtemps dans l'estomac si l'on prend de l'eau gazeuse que si l'on boit de l'eau ordinaire. La différence, qu'il s'agisse de matières amylacées ou de viande, varie d'une demi-heure à trois quarts d'heure.

L'acide carbonique agit, en outre, sur la sécrétion de l'acide chlorhydrique : la réaction de l'acide chlorhydrique libre apparaît plus vite après absorption d'une eau chargée d'acide carbonique, et le suc gastrique contient, une demi-heure après un déjeuner d'épreuve composé d'un petit pain et d'un demi-litre d'eau gazeuse, une quantité double d'acide chlorhydrique. On constate la même différence pour l'acidité totale. Celle-ci est, après absorption d'eau saturée d'acide carbonique, environ le double de celle que l'on trouve dans les recherches parallèles avec l'eau ordinaire.

Le résultat est le même quand le repas d'épreuve comporte de la viande : l'acide chlorhydrique apparaît plus vite, il atteint plus rapidement un taux double et même triple, mais il disparaît aussi plus tôt lorsqu'on a bu de l'eau gazeuse que lorsqu'on n'a absorbé que de l'eau ordinaire. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — A. J.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Inconvénients de l'emploi de l'Hydrastis canadensis associé à l'Hamamelis virginica.

Bien que l'usage des préparations d'*Hydrastis canadensis* soit généralement considéré comme tout à fait inoffensif, on a cependant signalé quelques cas où ce médicament a déterminé des accidents d'intoxication (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 40). Mais dans la plupart des faits de ce genre il s'agissait de troubles relativement peu prononcés. Or, M. le docteur Triol (de Marseille) a récemment eu l'occasion d'observer une femme de trente-deux ans, atteinte d'une légère infiltration des deux sommets pulmonaires avec crachats hémoptoïques, et qui, après avoir absorbé en trois fois, pendant la nuit, LX gouttes d'un mélange d'*Hydrastis canadensis* (teinture ou extrait fluide) avec la teinture d'*Hamamelis virginica*, fut prise, vers six heures du matin, de vomissements accompagnés de vertiges et de perte de connaissance. Appelé d'urgence, notre confrère trouva la malade dans un état de prostration extrême, les traits tirés, le regard fixe, les pupilles dilatées et ne réagissant que faiblement à la lumière, le pouls à 120, filiforme et quelque peu irrégulier; il existait, en outre, des sueurs froides et un affaiblissement des bruits du cœur.

Après avoir duré deux heures et demie environ, ces troubles finirent par se dissiper. Mais au bout de quatre ou cinq jours, la patiente, ayant pris XXX gouttes du même mélange en deux fois, présenta de nouveau les mêmes accidents, moins accentués il est vrai.

A propos de cette observation, M. Triol fait remarquer que l'association de l'*Hamamelis virginica* à l'*Hydrastis canadensis*, à laquelle on a si fréquemment recours, est en réalité loin d'être rationnelle, ces deux médicaments ne se mélangeant pas, et cela qu'on emploie l'extrait fluide ou la teinture d'*Hydrastis*. On est, par conséquent, obligé d'agiter le flacon avant de s'en servir, et, comme le mélange peut néanmoins se faire mal, la quantité ingérée d'*Hydrastis* peut être trop élevée. Afin de remédier à cet inconvénient, notre confrère conseille d'ajouter à la mixture une goutte d'acide chlorhydrique ou une quantité de glycérine égale à celle de l'une des deux teintures : on aurait de la sorte une solution homogène qu'on peut administrer en toute sécurité.

Le bleu de méthylène dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Ayant eu l'occasion de prescrire du bleu de méthylène dans un cas de malaria associée à la tuberculose pulmonaire, un confrère américain, M. le docteur H. Herbert, médecin du Montefiore Home Sanitarium, ne fut pas peu surpris de constater que l'affection thoracique se trouvait influencée par la médication d'une manière beaucoup plus sensible que la fièvre paludéenne. Ce fait engagea M. Herbert à expérimenter d'une façon systématique le bleu de méthylène contre la phtisie. Il institua, à cet effet, une série d'essais sur 19 patients atteints de tuberculose pulmonaire à divers degrés, et auxquels il fit prendre, trois fois par jour, de 0 gr. 03 centigr. à 0 gr. 18 centigr. de bleu de méthylène. Notre confrère a pu de la sorte se convaincre que le médicament en question diminue considérablement l'expectoration et calme la toux, sans exercer aucune action sur les lésions tuberculeuses ni sur la température. Le bleu de méthylène pourrait, par conséquent, être employé avec avantage dans les cas de phtisie chronique accompagnée d'expectoration muco purulente très abondante. Mais son usage serait contre-indiqué chez les malades arrivés à la période hectique ou qui présentent de l'éréthisme circulatoire, la médication pouvant, en pareille occurrence, déterminer une certaine gêne respiratoire, voire de la dyspnée.

Emploi d'un mélange de cocaïne et d'adrénaline pour l'anesthésie des tissus enflammés.

Partant de ce fait que la cocaïne agit mal sur les tissus enflammés, M. le docteur Battier (de Kremlin Bicêtre) a eu l'idée, pour assurer l'anesthésie dentaire, de mettre à profit les propriétés vaso-constrictives énergiques de l'extrait de capsules surrénales, en associant cet extrait au chlorhydrate de cocaïne (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 208). De son côté, M. E. Foisy, interne des hôpitaux de Paris, a appliqué le même principe à la chirurgie générale, en utilisant les injections d'une solution de cocaïne à 0.5 %, additionnée de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰. Le plus souvent, M. Foisy emploie de VI à XII gouttes d'adrénaline pour 4 à 20 c.c. de cocaïne; il n'a jamais dépassé XV gouttes d'adrénaline pour 25 c.c. de cocaïne. On commence par pratiquer l'infiltration du derme au niveau de la ligne d'incision, puis on procède de même pour la paroi de l'abcès ou pour la périphérie des tissus enflammés à enlever. Sous l'influence de ces injections, on verrait se produire immédiatement une vaso-constriction intense, en même temps que la sensibilité à la douleur se trouverait abolie, tout au moins en ce qui concerne la section et l'extirpation des tissus à l'aide des instruments tranchants; par contre, les fortes pressions et les tractions resteraient douloureuses. De plus, l'écoulement sanguin serait réduit au minimum; il faut, néanmoins, avoir soin d'assurer l'hémostase aussi complètement que possible, pour éviter toute hémorrhagie secondaire.

M. Foisy a eu recours au procédé en question dans nombre de cas (abcès, phlegmons, adénites suppurées, extirpation de ganglions de l'aine, etc.,etc.), sans avoir jamais eu à enregistrer le moindre accident. Il importe, toutefois, de placer les malades dans le décubitus horizontal pendant l'intervention et de les maintenir dans cette position plusieurs heures.

Les baies de myrtille comme moyen de traitement de la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses de l'intestin.

Préconisées jadis, en raison de leurs propriétés astringentes, contre la diarrhée et la dysenterie, les baies de myrtille (*Vaccinium myrtillus*) ne sont guère employées de nos jours d'une façon courante en thérapeutique. Or, en se basant sur une expérience de plusieurs années, M. le docteur Max M. Bernstein (de Londres) estime que ces fruits constituent un excellent moyen de traitement de la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses à localisations intestinales. Utilisées sous forme d'une décoction ou d'une infusion, les baies de myrtille exerceraient sur l'intestin une action antiseptique et antifermentescible, en même temps qu'elles favoriseraient la cicatrisation des ulcérations et qu'elles abrégeraient la durée de la maladie. Une série d'essais de laboratoire que notre confrère a institués en collaboration avec M. le docteur F. Andrewes (de Londres) est venue pleinement confirmer les résultats cliniques, en montrant que le suc de baies de myrtille arrête le développement du bacille d'Eberth au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, et celui du *Bacterium coli* en vingt-quatre heures.

Dépourvues de toute propriété toxique, les baies de myrtille présenteraient l'avantage de pouvoir être administrées à doses fréquemment répétées et sous la forme d'infusions ou de décoctions plus ou moins concentrées qui constituent une boisson agréable et rafraîchissante et peuvent être mélangées avec des eaux minérales, du lait, de la limonade, etc.

Traitement de la variole par des applications d'acide phénique pur.

On se rappelle que M. le docteur L. Petraroja (de Naples) a récemment conseillé de traiter la variole par des applications de solutions concentrées (de 10 à 15 %) d'acide phénique (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 232). De son côté, un médecin anglais, M. le docteur J. T. Neech (de Halifax), a été à même de se convaincre que les badigeonnages avec de l'acide phénique *pur* abrègent la durée de la maladie, en activant la dessiccation des éléments éruptifs et en supprimant la fièvre dite de suppuration. Notre confrère a eu l'occasion de traiter de la sorte 4 cas, dont une variole confluente très grave chez un homme de cinquante-quatre ans. Tous les jours, il badigeonnait avec de l'acide phénique pur une certaine étendue de la peau, en pratiquant la première application sur la face et sur la tête.

D'après l'expérience de M. Neech, ce procédé thérapeutique présenterait, entre autres avantages, celui d'empêcher la formation de cicatrices déprimées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Eloi (de Montpellier). — M. le professeur E. Estor.

Un nouveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale par occlusion partielle du canal inguinal et réduction de ses dimensions à celles du cordon spermatique.

Nous allons opérer dans quelques instants un garçon de dix ans, qui est atteint d'une volumineuse hernie inguinale droite, descendant jusque dans le scrotum, hernie facilement réductible et non douloureuse. Cet enfant est trop âgé pour que sa hernie puisse être guérie par le port d'un bandage, et c'est à la cure sanglante qu'il faut s'adresser. Je voudrais, à ce propos, vous exposer un procédé opératoire encore inédit que j'emploie depuis près de deux ans.

Vous m'objecterez, peut-être, qu'il était inutile de proposer un mode d'intervention nouveau, alors que les procédés de cure radicale ne manquent pas et que quelques-uns, parmi lesquels il faut citer ceux de M. Lucas-Championnière, de M. Bassini, de M. P. Berger, de M. A. Broca, ont une efficacité indiscutable, qui a été confirmée par l'épreuve du temps, la meilleure des garanties pour toute méthode thérapeutique. Je répondrai que, si certaines de ces opérations ont excellentes, elles ne se rapprochent pas assez de la perfection pour qu'on puisse considérer l'étude du traitement de la hernie inguinale comme complètement achevée. Je reconnais, du reste, qu'il ne m'est pas permis actuellement d'avoir la prétention de faire mieux que mes devanciers : j'ai fait autrement. Je conviens que le procédé que je vais vous proposer, basé sur un nombre restreint de cas récents, est déjà — abstraction faite de sa valeur propre — inférieur aux autres par sa nouveauté même; je ne demande pas qu'on le substitue aux méthodes classiques, mais seulement qu'on l'examine avec attention et qu'on l'admette parmi les procédés rationnels.

Il me paraît nécessaire de vous donner une idée générale de cette intervention avant de la décrire en détail. Voici essentiellement en quoi elle consiste :

Le sac est disséqué aussi haut que possible et réséqué sans incision préalable de l'aponévrose du grand oblique. Cela fait, au moyen de deux fils métalliques qui pénètrent dans les piliers inguinaux d'avant en arrière, s'entrecroisent dans le canal et traversent ensuite la paroi de l'abdomen d'arrière en avant, de façon à sortir bien au-dessus et en dehors de l'orifice inguinal externe, nous abaissons une portion de la paroi abdominale, comprenant *toute* l'épaisseur de cette paroi, et la fixons à la place même du trajet inguinal, de manière à fermer ce dernier par une solide trappe musculo-aponévrotique glissant de haut en bas. Cette trappe s'arrête à quelques millimètres au-dessus du pubis, de façon à ne laisser au-dessus de cet os que la place strictement nécessaire pour le passage du cordon.

Ceci dit, j'en arrive à l'exposé du manuel opératoire, tel que je vais tout à l'heure l'exécuter devant vous.

L'intervention que je propose comprend six temps.

Dans le *premier temps*, je trace une incision parallèle à la direction du trajet inguinal, commençant, sur une ligne transversale qui passe par les épines iliaques antérieures et supérieures, à un travers de doigt en dedans de l'épine, et se prolongeant jusqu'aux bourses qu'elle intéresse sur une longueur de 2 centimètres; j'ouvre alors le sac, que je dissèque et excise aussi haut que possible sans incision préalable de l'aponévrose du grand oblique.

Dans le *deuxième temps*, il faut bien disséquer cette aponévrose sur une étendue de 2 centimètres environ tout autour de l'orifice inguinal, puis enlever soigneusement la graisse et préparer cet orifice et son voisinage comme si on voulait montrer la disposition des fibres aponévrotiques, isoler le cordon, le confier à un aide qui le tend sans violence et l'applique sur le pubis, repérer enfin avec des pinces à forcipressure les piliers inguinaux.

Le *troisième temps* est le plus important : il consiste à placer les deux fils métalliques.

Dans ce but, munissez-vous d'une aiguille d'Emmet à périnéorrhaphie et de deux fils d'argent d'une longueur de 30 centimètres environ, pénétrant facilement dans le chas de l'aiguille. Ces fils, déjà désinfectés en même temps que les instruments, seront en outre flambés au moment où on les mettra en place : pour cela, un aide les saisira à chacune de leurs extrémités avec une pince à forcipressure et les passera lentement dans la flamme d'une lampe à alcool. Comme ce sont les seuls fils de suture profonde, au cas où la plaie serait infectée, on aurait beaucoup de chances de n'avoir pas de suppuration compromettant la solidité de la cicatrice. Actuellement, la suture profonde au fil d'argent a de nombreux partisans : « M. Bassini et la plupart des chirurgiens italiens, écrit M. P. Laffitte (1), condamnent catégoriquement le catgut, si gros qu'il soit. Pour eux, le fil résorbable ne saurait suffire, par sa présence temporaire, à assurer la solidité de la paroi postérieure. La grosse soie (n° 3) est recommandée par eux. M. le professeur Durante (de Rome) et M. le professeur Paoli (de Pérouse) se servent même exclusivement du fil d'argent pour la paroi profonde. Cette pratique nous semble parfaitement acceptable, aujourd'hui qu'une asepsie rigoureuse nous garantit la tolérance parfaite des tissus vis-à-vis des corps étrangers. »

Pour exécuter avec plus de facilité ce troisième temps, le chirurgien peut se placer entre les jambes du malade, ce dernier ne reposant sur la table d'opération que par la tête, le dos et les fesses, et les membres inférieurs étant soutenus dans la position horizontale par des aides ou des porte-jambes.

Enfoncez l'aiguille d'Emmet dans le pilier inguinal externe, à 1 centimètre environ du bord libre de ce pilier et à 6 ou 7 millimètres au-dessus du pubis. Le point d'entrée de l'aiguille sera situé plus ou moins haut au-dessus du pubis, suivant que le cordon présentera une épaisseur plus ou moins grande; en effet, l'espace compris entre le bord supérieur du pubis et le point d'entrée de l'aiguille sera, l'opération une fois terminée, le seul espace libre permettant le passage du cordon. Après que l'aiguille a traversé le pilier externe, inclinez vers l'ombilic sa pointe — qui apparaît dans l'orifice inguinal externe —, de façon à ne pas être gêné dans la manœuvre suivante : introduisez l'index de la main gauche dans le trajet inguinal et dirigez-le en haut, en dedans et vers la profondeur, de manière à charger sur le doigt — qui déprime le *fascia transversalis*, le plisse et cherche à s'engager dans le tissu cellulaire sous-péritonéal — toute l'épaisseur de la paroi abdominale, le péritoine excepté. Puis conduisez l'aiguille sur la face palmaire du doigt (*fig. 1*) et faites-lui traverser la paroi de l'abdomen d'arrière en avant, de manière à ce que la pointe apparaisse à 1 centimètre et demi au-dessus et en dedans de l'orifice inguinal externe. Il ne reste plus qu'à passer le fil dans le chas de l'aiguille et à le mettre en place en retirant cette dernière. On repère chaque extrémité du fil par une pince à forcipressure.

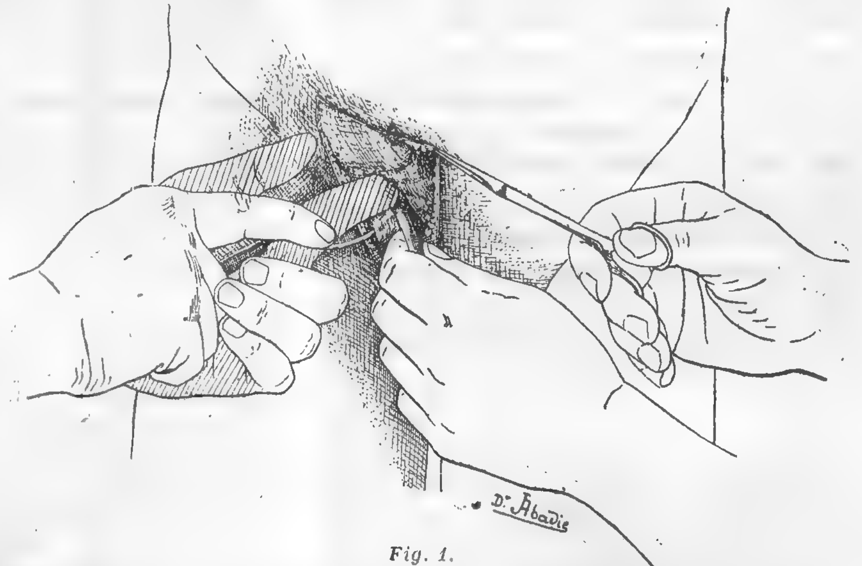


Fig. 1.

L'aiguille suit la face palmaire de l'index gauche de l'opérateur, introduit dans le canal inguinal et chargeant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, péritoine excepté; l'aide tend le cordon, de la main gauche, et l'applique contre le pubis.

Pour placer le second fil, on exécute une manœuvre à peu près semblable. L'aiguille pénètre à 1 centimètre du bord libre du pilier interne et à 6 ou 7 millimètres au-dessus du pubis. Elle doit traverser non seulement le pilier, mais aussi, au-dessous de lui, un plan musculaire qui lui est parallèle et qui est formé par les muscles pyramidal et droit. Ce plan n'est pas nettement visible si l'on ne va pas à sa recherche au-dessous du pilier avec une pince à forcipressure.

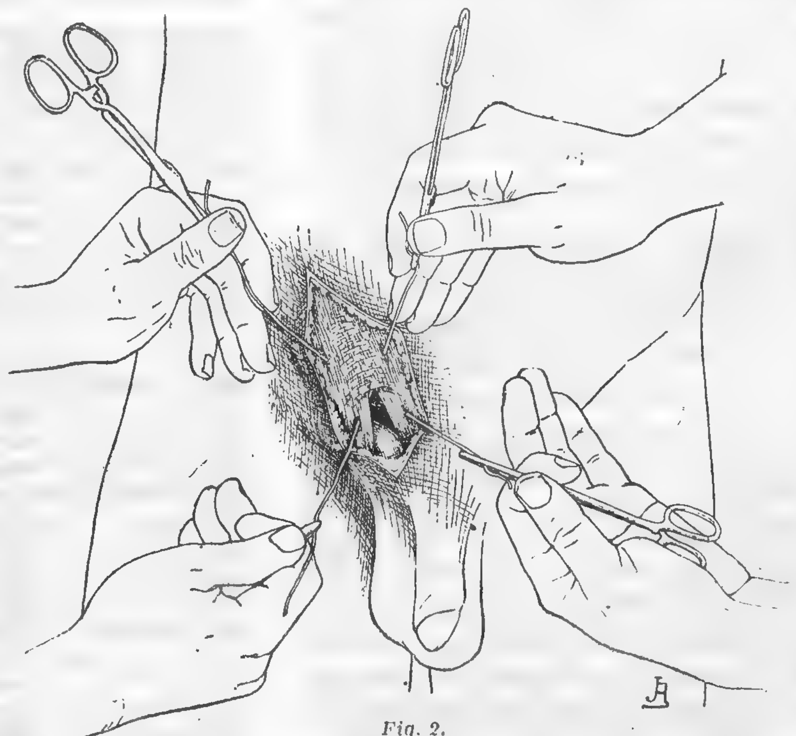


Fig. 2.

Les deux fils d'argent sont en place, leurs extrémités repérées avec des pinces à forcipressure.

(1) P. Laffitte. Sur un temps spécial de la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini. (*Thèse de Paris*, 1901, p. 28.)

Une fois saisi, on l'attire vers l'orifice inguinal de dedans en dehors, de manière à le présenter à la pointe de l'instrument. L'aiguille, guidée par l'index, pénètre ensuite dans le trajet et ressort à 1 centim. 1/2 au-dessus et en dehors de l'orifice inguinal externe après avoir traversé toute l'épaisseur de la paroi abdominale d'arrière en avant. On repère aussi les extrémités du fil avec deux pinces (*fig. 2*).

Si l'on trouve plus facile de faire pénétrer d'abord l'aiguille d'avant en arrière dans le point supérieur, situé comme il a été dit au-dessus et en dehors de l'orifice inguinal, et de lui faire ensuite traverser les piliers d'arrière en avant, nous n'y voyons aucun inconvénient, à la condition expresse cependant que l'aiguille soit toujours conduite sur l'index gauche préalablement introduit dans le canal et soulevant la paroi. Ce troisième temps sera peut-être plus commodément exécuté en engageant l'un des fils de bas en haut et l'autre de haut en bas.

L'aiguille d'Emmet, en traversant les tissus, ne saurait produire aucune hémorrhagie. La seule artère qui pourrait être intéressée est l'artère épigastrique; or les deux fils sont placés dans une zone située au-dessous et en dedans de cette dernière (*fig. 3*). Ils ne s'en rapprocheraient que si l'orifice inguinal externe était largement dilaté. En effet, les fils émergeant en haut en deux points situés à 1 centim. 1/2 au-dessus de cet orifice, remontent d'autant plus haut que cet orifice est plus grand. Mais si l'on arrivait trop près de l'artère, ce qui nous paraît devoir être tout à fait exceptionnel, le doigt préalablement introduit dans le canal et déprimant le *fascia transversalis* percevrait des battements et permettrait de l'éviter.

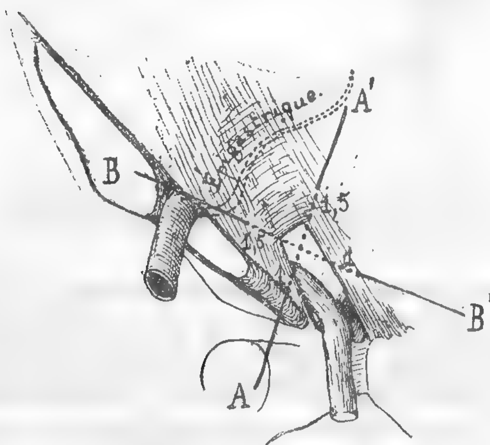


Fig. 3.
Position respective de l'artère épigastrique et des deux fils d'argent (AA', BB').

Le *quatrième temps* consiste à serrer assez vigoureusement chaque fil et à en fixer les chefs par des tours de spire pendant qu'un aide applique exactement le cordon sur le pubis, puis à couper les bouts de chaque fil immédiatement en avant des tours de spire et à en retourner vers les parties profondes les extrémités sectionnées, de façon qu'elles n'aient pas de tendance à pointer vers la peau.

L'aponévrose du grand oblique et les tissus sous-jacents s'abaissent sans qu'il soit nécessaire de déployer une grande force et supportent sans se déchirer la traction et la constriction exercées par les fils. Au cours de nos opérations sur le vivant, nous n'avons jamais constaté de déchirure aponévrotique. Il n'en est pas de même sur le cadavre; les tissus ayant, dans ce cas, perdu leur souplesse, nous avons vu quelquefois une déchirure se produire au point d'émergence supéro-externe de l'un des fils.

Par le *cinquième temps*, on remplit trois indications : 1° on répare les déchirures aponévrotiques, au cas tout à fait exceptionnel où la traction des fils métalliques aurait déterminé ce petit accident; 2° on enfouit les extrémités de ces fils dans un repli aponévrotique; 3° on renforce l'aponévrose du grand oblique en la plissant sur elle-même.

Pour atteindre ce but, au niveau de l'extrémité supérieure de la plaie, tout près de la peau, mais en dedans de cette dernière et sans l'intéresser, enfoncez l'aiguille de Reverdin, dirigée perpendiculairement au grand axe de la plaie. Qu'elle pénètre dans le tissu cellulaire et dans l'aponévrose du grand oblique, puis, lorsqu'elle aura parcouru un centimètre, faites-la ressortir pour l'enfoncer un centimètre plus loin dans cette même aponévrose; qu'elle émerge et pénètre de nouveau jusqu'à ce qu'elle apparaisse sur l'autre bord de la plaie. En retirant l'aiguille, placez ensuite un fil qui passera tantôt au-dessus tantôt au-dessous de l'aponévrose. Mettez successivement plusieurs fils distants l'un de l'autre d'un centimètre environ, jusqu'à ce que vous soyez arrivé à l'extrémité inférieure de la plaie (*fig. 4*). En serrant ces fils, vous réparez les brèches aponévrotiques, vous renforcez l'aponévrose en la plissant et vous enfouissez les fils métalliques.

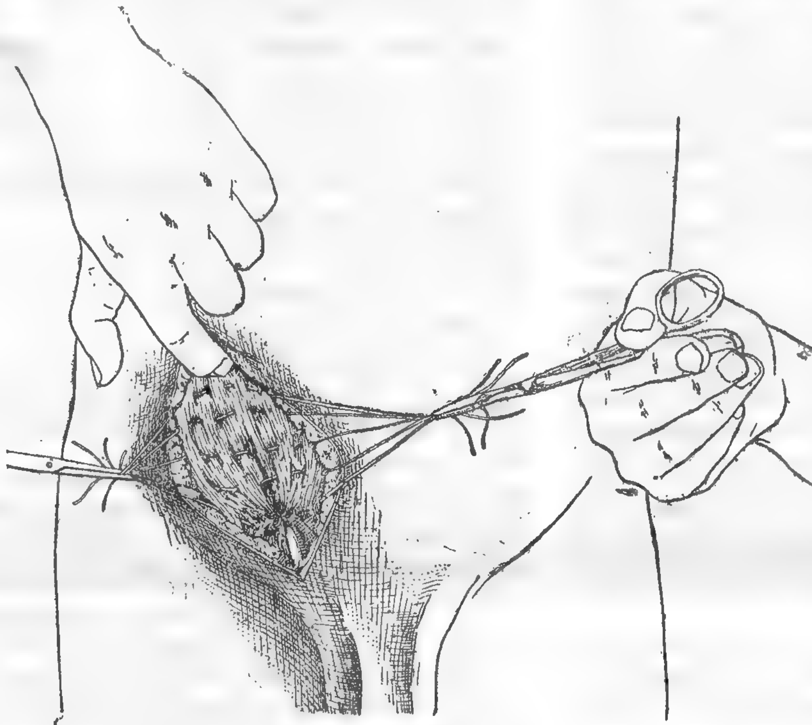


Fig. 4.
L'aponévrose du grand oblique est plissée au moyen de cinq fils passés parallèlement dans son épaisseur, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous d'elle, à un centimètre environ l'un de l'autre.

On peut employer pour cette suture, soit du catgut, soit du crin de Florence. Si l'on se sert de crin, il faut avoir soin de couper les fils exactement au ras du nœud; sinon les bouts, piquant la peau par sa face postérieure, pourraient causer ultérieurement une certaine gêne.

Dans le *sixième temps*, enfin, vous effectuerez la suture de la peau au crin de Florence.

Telle est la description de ce procédé, que je crois nouveau. S'il ressemble à une technique connue, c'est à celle de Félizet, mais cette ressemblance n'est qu'apparente. La suture métallique, dans l'opération de Félizet, ne comprend que les piliers avec le tissu lamineux pré-aponévrotique et le tissu cellulaire du trajet inguinal (1). Les fils dirigés perpendiculairement à la direction des piliers ne saisissent que ces piliers et n'intéressent en rien le petit oblique, le transverse et le *fascia transversalis*. C'est au contraire, je le répète, la caractéristique de notre procédé, de comprendre dans la suture métallique tous les plans de la paroi, sauf le péritoine, de les abaisser et de les fixer à la place même du trajet inguinal qui se trouve ainsi, en grande partie, comblé par une trappe musculo-aponévrotique épaisse et solide, constituée par *toute* l'épaisseur de la paroi abdominale (*fig. 5*).

(1) G. Félizet. Les hernies inguinales de l'enfance; études de chirurgie infantile, Paris, 1894, p. 287.

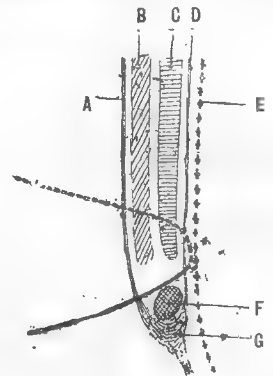


Fig. 5.
Schéma indiquant la constitution de la trappe musculo-aponévrotique.

A, aponévrose du grand oblique; B, petit oblique; C, transverse; D, *fascia transversalis*; E, péritoine; F, cordon spermatique; G, arcade de Fallope. — Le trait noir marque le trajet des fils d'argent.

Il est facile de se rendre compte de la réalité de ce que nous avançons au sujet de la structure de cette trappe musculo-aponévrotique et de se convaincre que les fils traversent tous les muscles de la paroi. Après avoir exécuté, sur le cadavre, l'opération que nous avons décrite, en suivant exactement la technique indiquée, incisez transversalement l'abdomen au niveau de l'ombilic, disséquez les muscles de la paroi et rabattez-les de haut en bas. Vous apercevrez les fils traversant le *fascia transversalis*, le transverse, le petit oblique et l'aponévrose du grand oblique. Vous verrez, de plus, qu'au niveau du pilier interne, le fil a non seulement pénétré dans le pilier, mais qu'il a aussi intéressé la masse musculaire sous-jacente formée par le pyramidal et le grand droit.

Nous devons maintenant examiner les résultats cliniques de cette intervention, que j'ai, à l'heure actuelle, pratiquée 24 fois; nous les diviserons en résultats immédiats ou opératoires, et en résultats éloignés ou thérapeutiques.

En ce qui concerne les résultats immédiats, le seul inconvénient que j'aie observé consiste dans un gonflement plus ou moins considérable du testicule et du cordon, apparaissant immédiatement après l'opération. Il indique que les fils métalliques ont été placés trop bas et que la fermeture du trajet inguinal est trop hermétique. Jamais cette compression, qui est loin d'être constante, n'a donné naissance à des accidents sérieux; jamais je ne me suis trouvé dans la nécessité de rouvrir la plaie pour enlever les fils métalliques. Ce gonflement post-opératoire est un accident sans aucune gravité et disparaît au bout de quelques jours. Les fils métalliques sont très bien supportés et, par suite de l'enfouissement produit par la suture superficielle, ne déterminent pas de picotements douloureux. Trois fois j'ai constaté une suppuration causée très probablement par le catgut de la suture superficielle; cette suppuration sous-cutanée n'a du reste, grâce aux fils métalliques sous-jacents, nullement compromis le succès.

Quant aux résultats éloignés, je ne peux encore me prononcer. Il n'y a pas assez longtemps

que mon procédé est bien réglé et que je suis sûr de saisir chaque fois dans l'anse métallique toute l'épaisseur de la paroi abdominale. La plus ancienne de mes opérations ne remonte qu'au 16 avril 1901, c'est-à-dire à moins de deux ans. Du reste, sur mes 24 observations, 8 ont trait à des enfants au-dessous de cinq ans; or, on sait que, chez les jeunes enfants, il est plus facile que chez l'adulte d'obtenir une bonne occlusion de l'orifice herniaire; ces 8 faits offrent donc, au point de vue de l'appréciation de l'efficacité thérapeutique du procédé en question, une valeur contestable. Quoi qu'il en soit, je peux affirmer que, dans aucun cas, la récidive n'est encore apparue et que tous les opérés présentent des cicatrices très épaisses, résistant aussi bien — sinon mieux — qu'une paroi saine à l'impulsion de la toux, et paraissant très solides.

Au total, ce procédé me paraît présenter les avantages suivants : facilité d'exécution, puisqu'on n'incise même pas l'aponévrose du grand oblique et qu'on abaisse simultanément et sans dissection préalable les divers plans de la paroi; impossibilité d'une suppuration profonde, puisque les fils sont flambés au moment même où on les met en place; production d'une cicatrice épaisse.

Assurément je ne vous demande pas d'abandonner les procédés qui ont fait depuis longtemps leurs preuves, pour adopter celui que je viens de vous exposer. Etudiez-le avec attention et, plus tard, j'espère que vous l'emploierez au moins dans les cas de récidive, alors qu'une autre technique aura déjà échoué.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1903.

De l'origine hérédosyphilitique des maladies de Parrot et de Paget.

M. Lannelongue lit un travail tendant à démontrer que la syphilis osseuse héréditaire revêt, suivant l'âge auquel elle se développe, des caractères spéciaux, différents de ceux de la syphilis acquise.

Chez les nouveau-nés (maladie de Parrot), ainsi que chez les enfants et les adolescents, la syphilis osseuse héréditaire se manifeste par des déformations des os des membres et du crâne : incurvation en avant et en dehors des tibias et des fémurs, incurvation en arrière des os de l'avant-bras, etc. Ces altérations des os longs sont dues à des néoformations de substance osseuse, et non à un ramollissement, comme on l'admet généralement.

Chez les adultes âgés de cinquante ans en moyenne (maladie de Paget), la syphilis détermine des déformations identiques des mêmes os. Chez tous ces patients, l'affection débute par des douleurs et des hyperostoses; elle progresse lentement, sans altérer gravement la santé générale.

Il résulte de ces données que la maladie de Parrot et la maladie de Paget, dont les causes étaient jusqu'ici restées inconnues, devraient être rattachées à l'hérédosyphilis. D'autre part, les sujets qui en sont atteints, et particulièrement les enfants et les adolescents, étant exposés à l'âge adulte à des accidents graves, évitables par un traitement spécifique, l'orateur estime qu'on ne doit pas leur laisser ignorer l'origine de leurs lésions et qu'il faut également en informer les parents.

M. Lancereaux dit que beaucoup de lésions osseuses, attribuées autrefois à la lèpre, étaient manifestement d'origine hérédosyphilitique, ainsi qu'on peut s'en convaincre à l'examen des ossements provenant des cimetières où étaient enterrés les lépreux.

Au contraire, en ce qui concerne la maladie de Paget, l'orateur croit qu'elle est due dans la majorité des cas à une dystrophie n'ayant aucun rapport avec la syphilis.

M. Robin fait remarquer, à l'appui de cette manière de voir, que la composition chimique des os des sujets atteints de la maladie de Paget est totalement différente de celle des os des syphilitiques; en outre, le traitement spécifique serait dépourvu de toute action sur les lésions de la maladie de Paget.

M. Cornil estime que ce dernier argument n'est pas probant, les seules altérations osseuses susceptibles de rétrocéder sous l'influence du traitement antisyphilitique étant celles qui sont de date récente, et qui sont constituées par des cellules vivantes, non encore incrustées de productions calcaires.

M. Lannelongue montre deux enfants qui étaient atteints de déformations osseuses des membres, identiques à celles de la maladie de Paget, et chez lesquels ces déformations ont déjà disparu en grande partie à la suite de plusieurs injections d'huile grise et de l'administration d'iodure de potassium.

M. Berger relate, à l'appui de l'origine héréditaire, sinon syphilitique, de la maladie de Paget, l'observation d'une vieille dame présentant depuis quinze ou vingt ans les déformations des membres caractéristiques de cette affection, et dont le fils, âgé de trente ans, a vu apparaître depuis quelque temps, au niveau de la face antéro-externe des tibias, des hyperostoses tout à fait typiques.

M. Chauffard dit avoir observé également deux femmes d'un certain âge atteintes de la maladie de Paget, chez lesquelles cette affection était certainement d'origine héréditaire.

M. Fournier fait observer que la syphilis héréditaire peut se manifester indistinctement à tous les âges, et, par conséquent, qu'on ne saurait s'appuyer sur l'apparition tardive de lésions osseuses pour rejeter d'emblée leur origine hérédosyphilitique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 février 1903.

Sur la tuberculose de la diaphyse des grands os longs des membres et son traitement.

M. Lannelongue. — La variété de tuberculose osseuse dont je m'occupe ici est assez rare chez les adultes, plus fréquente chez les jeunes sujets de huit à seize ans. Il s'agit de foyers tuberculeux placés primitivement dans le canal médullaire, et entraînant une ostéite d'abord interstitielle, puis sous-périostée, qui amène les fongosités à la surface de l'os. Il se forme de la sorte une tumeur molle, qui devient liquide par le ramollissement et la transformation caséeuse des fongosités; ainsi se trouve constitué un abcès tuberculeux, entouré d'une membrane tuberculogène.

Au point de vue du traitement, je préconise, en cas d'abcès de gros volume, la méthode des *injections successives :* on fait un lavage très soigné de la poche avec de l'eau stérilisée, puis on y injecte une solution iodoformée, dont on abandonne dans la cavité une quantité correspondant à 2 ou 3 grammes d'iodoforme; je prescris d'ordinaire la préparation suivante : huile d'amandes douces 90 grammes; éther 10 grammes; iodoforme 10 grammes; créosote 2 grammes, dont je laisse dans la poche 30 ou 40 grammes. Une seule injection suffit parfois à amener la guérison de l'abcès et du foyer osseux; mais d'ordinaire la collection se reproduit et il est nécessaire de recommencer une et même deux fois cette petite opération.

On peut encore pratiquer l'extirpation du tuberculome et des foyers osseux qui l'ont engendré, et c'est même à cette méthode qu'il est préférable d'avoir recours quand la tumeur n'excède pas le volume d'une pomme d'api. Il importe seulement, en pareil cas, de ne pas se contenter de ruginer la surface de l'os, mais de le trépaner largement, de façon à atteindre le canal médullaire qu'on devra soigneusement déterger, si l'on veut obtenir une guérison prompte et sans récidive.

Sur l'hyperplasie épithéliale et la transformation de l'épithélium en tissu conjonctif.

M. E. Retterer adresse une note relatant les résultats d'expériences qui démontrent que si l'on décolle, chez le cobaye, la face profonde du derme d'une patte d'avec les tissus sous-jacents, on constate bientôt un épaississement considérable de la peau, par suite de l'hypertrophie de l'épiderme, en même temps qu'un allongement des papilles dermiques. Ces phénomènes sont dus à une multiplication active des cellules malpighiennes, au niveau desquelles on observe de nombreuses figures de mitose; une partie de ces éléments se transforment en tissu conjonctif réticulé et vasculaire, qui se constitue finalement en couche papillaire du derme, tandis que les autres sont repoussés vers la surface épidermique où ils se kératinisent et finissent par desquamer.

Ce processus évolutif, dans son ensemble, rappelle de très près celui du cartilage en voie d'ossification.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1903.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Lejars. — M. Quénu nous a proposé, dans la dernière séance, un nouveau procédé de suture de la rotule, qu'il a expérimenté sur le cadavre, et que je suis tout disposé à employer dans certains cas (rotule épaisse avec fracture transversale). Je ne crois pas cependant qu'il soit bien supérieur au cerclage ou à la suture par le procédé habituel. Pour ma part, je suis partisan convaincu du cerclage, que j'ai pratiqué 17 fois, et qui m'a donné d'excellents résultats. Sans repousser pour cela systématiquement la suture, je trouve que le cerclage est plus simple que celle-ci, et, d'autre part, s'applique très facilement à des cas de fracture comminutive, où la suture est impossible à réaliser; quant aux résultats qu'il permet d'obtenir, ils ne sont certainement pas inférieurs à ceux de la suture. De mes 17 malades traités par le cerclage, aucun ne s'est levé plus tard que le quinzième jour, et tous ont recouvré parfaitement l'usage de leur articulation.

M. Berger. — D'une façon générale, pour toute réunion osseuse, la suture transversale me paraît préférable à la suture longitudinale. En ce qui concerne la rotule, comme M. Lejars vient de le dire, il est des cas où la suture proprement dite ne peut être pratiquée, et c'est pour ces faits que j'ai été amené à proposer le cerclage. Ce procédé, en outre, est bien plus facile à employer que la suture; on peut l'appliquer à tous les cas sans aucune instrumentation spéciale, puisqu'il suffit d'une aiguille de Reverdin pour passer le fil.

J'ajoute qu'il y a des malades assez nombreux pour lesquels j'ai recours aux anciennes méthodes de traitement, c'est-à-dire aux appareils. La suture, en effet, peut donner lieu à des accidents et n'est pas toujours indiquée.

M. Schwartz. — J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer une suppuration chez un blessé auquel j'avais fait une suture de la rotule, et la guérison s'est faite avec ankylose. Je n'en considère pas moins la suture et le cerclage comme deux excellentes opérations.

M. Reynier. — Quel que soit le procédé employé, la suture de la rotule a toujours le défaut de laisser des corps étrangers; aussi, depuis un certain nombre d'années, je n'emploie plus de fils d'argent, et, dans le traitement opératoire des fractures de la rotule, je me borne à suturer soigneusement les ailerons rotuliens déchirés, avec un surjet que je prolonge de façon à réunir les parties fibreuses qui sont au devant de la rotule; je complète la coaptation des deux fragments osseux à l'aide de deux gros fils de catgut. Contrairement à M. Lucas-Championnière, je ne suis pas partisan de la mobilisation précoce.

M. Routier. — Je crois que le procédé proposé par M. Quénu ne saurait être érigé en méthode générale; il est cependant des cas où la suture longitudinale ne peut être facilement pratiquée et pour lesquels on emploiera avec succès la suture transversale; j'ai eu pour ma part l'occasion d'y avoir recours chez un malade.

M. Nimier. — Je possède deux observations d'hémicerclage, avec suture transversale suivant le procédé préconisé par M. Quénu; le résultat a été très satisfaisant.

M. Lucas-Championnière. — Je suis d'un avis tout à fait opposé à celui de M. Reynier, et j'estime que la suture de la rotule doit être faite avec un fil d'argent très solide.

D'autre part, il ne faut pas pratiquer trop tôt la suture de la rotule; c'est ainsi qu'il m'est arrivé de suturer immédiatement une fracture de la rotule chez un blessé qui avait en même temps une contusion grave du rein et cet homme a succombé au neuvième jour.

En ce qui concerne les résultats, sur 68 observations, je n'ai eu qu'un seul cas de suppuration, qui s'est terminé par ankylose.

Quant à la nécessité de mobiliser l'articulation de très bonne heure, après la suture, elle est pour moi absolue, et cela d'autant plus qu'il s'agit d'individus plus âgés. Mais, bien entendu, il faut se garder de mobiliser le genou d'une façon exagérée. Quant au massage, il doit être appliqué, non pas à l'articulation, mais aux muscles voisins, pour combattre l'atrophie.

Dans les cas où la suture se trouve contre-indiquée, je considère l'immobilisation comme la plus mauvaise de toutes les méthodes de traitement, et je persiste à croire que le massage doit lui être toujours préféré.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 février 1903.

Colique de plomb et appendicite.

M. Apert. — J'ai eu l'occasion d'observer deux enfants atteints de manifestations abdominales douloureuses, d'origine saturnine, manifestations qui, chez l'un d'eux, furent prises pour une appendicite et chez l'autre alternèrent avec cette dernière affection.

Le premier de ces petits malades avait le ventre dur, rétracté et douloureux dans toute son étendue; il était atteint de vomissements incoercibles et d'une constipation opiniâtre, mais il n'avait pas de fièvre, et en l'examinant, je constatai sur le bord des gencives un liséré saturnin très net; je pensai alors qu'il s'agissait non d'une appendicite, comme on l'avait cru jusque-là, mais d'une colique de plomb, diagnostic que ne tarda pas à confirmer l'évolution de la maladie.

Le second enfant, camarade d'atelier du premier, avait présenté deux crises d'appendicite et après la seconde avait été opéré à froid. Au cours de la convalescence qui suivit cette intervention, il avait de nouveau eu des douleurs abdominales, que la constatation d'un liséré gingival permit, comme chez le précédent, de rattacher au saturnisme.

Dans ces deux cas, l'intoxication reconnaissait pour cause l'habitude qu'avaient ces deux enfants, apprentis sertisseurs de perles fines, de détacher avec la langue l'excès de pâte — composée de gomme arabique et de céruse — qui sert à fixer les diamants et les perles dans leurs montures.

M. Mathieu dit avoir observé également un saturnin chez lequel des accidents de colique de plomb furent attribués à une appendicite.

M. Triboulet cite, au contraire, le cas d'un enfant atteint d'accidents péritonitiques aigus que l'on rapporta à une intoxication saturnine, parce qu'il avait avalé, quelques jours auparavant, un sifflet de plomb; l'opération démontra qu'il s'agissait, en réalité, d'une péritonite suppurée consécutive à une lésion appendiculaire.

M. Le Gendre a vu un saturnin chez lequel des accès de colique de plomb alternaient avec des crises d'appendicite, celles-ci provoquées peut-être par les purgatifs drastiques employés pour combattre ceux-là; l'absence de fièvre dans un cas, l'élévation de la température dans l'autre, permettaient de faire assez facilement le départ entre les accidents saturnins et les poussées appendiculaires.

M. Florand a observé une jeune fille qui avait l'habitude, en peignant, de porter son pinceau à la bouche; elle fut prise un jour d'accidents abdominaux graves qui firent penser à une appendicite, et séance tenante elle fut opérée; l'appendice fut trouvé sain. Quelque temps après survenait une nouvelle crise abdominale que la constatation d'un liséré gingival plombique permit de rattacher à une intoxication saturnine.

Sur un cas d'intoxication mortelle par la colchicine à dose thérapeutique.

M. Courtois-Suffit communique, en son nom et au nom de M. Trastour, l'observation d'un homme de quarante-deux ans, sujet à des attaques de goutte, qui prit un jour coup sur coup, spontanément, 12 capsules contenant chacune un quart de milligramme de colchicine, ce qui correspondait à 0 gr. 003 milligr. de cette substance. A la suite de l'absorption de la douzième capsule, le malade tomba sans connaissance; quand il se réveilla, le lendemain matin, il fut pris de vomissements glaireux et sanguinolents; son teint était terreux, ses extrémités cyanosées; les urines, abondantes, contenaient du sang en assez grande quantité; en outre, l'articulation du coude droit devint brusquement très douloureuse. Peu à peu les hématémèses s'accentuèrent, et on remarqua au niveau de la région anale un certain nombre de petites ulcérations saignantes. Bien que le patient ne fût pas alcoolique, il présentait une trémulation généralisée; bientôt son corps se couvrit de taches ecchymotiques, et dix jours après le début des accidents, il succombait dans le coma. Jusqu'au moment de la mort, on trouva de la colchicine dans les urines. L'explication de cette élimination tardive du poison fut fournie par l'autopsie, qui permit de constater une atrophie scléreuse des deux reins, laquelle avait été vraisemblablement la cause de la mort.

Cette observation prouve avec quelle prudence on doit administrer la colchicine chez les goutteux, dont les reins sont toujours le siège d'altérations plus ou moins graves.

M. Le Gendre déclare avoir renoncé complètement à l'emploi de la colchicine pour conjurer les accès de goutte, précisément en raison des lésions rénales qui sont presque constantes chez les goutteux.

Endocardite aiguë polymicrobienne.

M. Lemierre relate, au nom de M. Widal et au sien, l'observation d'une femme de vingt-quatre ans, qui entra à l'hôpital avec tous les signes d'une endocardite infectieuse aiguë, accompagnée d'un épanchement pleural double, d'origine mécanique, et qui succomba moins d'un mois après le début de ces accidents.

L'autopsie révéla l'existence de lésions ulcéreuses et végétantes localisées à l'orifice aortique; on constata, en outre, une perforation établissant une communication entre les deux cœurs, et un abcès situé en plein myocarde. L'examen bactériologique montra la présence, au niveau des lésions, de trois agents microbiens : le staphylocoque doré, le colibacille et un grand bâtonnet, probablement un saprogène venu de la bouche. L'ensemencement du sang, pratiqué pendant la vie, n'avait donné que du staphylocoque doré. Il s'agissait en somme, dit l'orateur, d'une endocardite ulcéreuse primitive, occasionnée par trois microbes différents, mais il n'a pas été possible de décider lequel des trois était l'agent pathogène de la lésion.

Paralysie faciale congénitale avec agénésie de l'oreille.

M. L. Lévi. — J'ai observé récemment, avec M. de Rothschild, un nourrisson né avant terme, qui présentait à la fois une paralysie faciale du côté gauche et diverses malformations, en particulier de l'oreille correspondante. Cette paralysie faciale était à type périphérique et ne s'accompagnait pas de modifications de la contractilité électrique. Quant à la malformation auriculaire, elle consistait en une soudure du pavillon avec la joue. Le maxillaire inférieur était, en outre, légèrement atrophié et sa branche montante gauche était déplacée en dehors et en arrière. Il existait enfin une bride fibro-élastique dans la région mentonnière.

Laryngotyphus ulcéreux.

M[lle] Francillon communique, au nom de M. Galliard et au sien, l'observation d'une malade qui présenta, au dix-septième jour d'une fièvre typhoïde, des signes manifestes de lésions ulcéreuses du larynx (altération de la voix, dysphagie, accès de suffocation, tirage, etc.), avec phénomènes généraux graves, et qui succomba quelques jours après l'apparition de ces accidents. A l'autopsie, on trouva plusieurs petites ulcérations situées au niveau de l'épiglotte et de la portion postérieure des cordes vocales.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 21 et 28 février 1903.

Sur un nouvel infusoire parasite de l'homme.

M. J. Guiart. — Une femme de cinquante-huit ans rendit une selle dysentériforme « frai de grenouille », sans trace de matières fécales, avec un peu de liquide mêlé de sang; le lendemain, elle rejetait des matières diarrhéiques ordinaires, jaune brunâtre. Dans ces deux évacuations, je pus découvrir un infusoire qui était très abondant dans la première selle, mais que je ne parvins à isoler de la seconde que par une série de cultures dans l'eau stérilisée.

Ce protozoaire, très agile et très contractile, a été décrit en 1841 par Dujardin sous le nom de *Loxodes dentatus;* le genre *loxodes* ayant été depuis lors rattaché au genre *chilodon*, il doit prendre le nom de *Chilodon dentatus*. On le rencontre parfois dans les eaux, mais il meurt dès que celles-ci présentent des traces de putréfaction; cette sensibilité aux variations de composition de son milieu habituel rend assez surprenant son acclimatement dans le tube digestif de l'homme.

Cette observation porte à 5 le nombre des espèces d'infusoires susceptibles d'habiter l'intestin de l'homme; elle constitue le premier exemple de parasitisme intestinal par un infusoire, recueilli en France.

Antagonisme entre l'ovaire et le corps thyroïde.

MM. Parhon et **Goldstein** adressent une note tendant à démontrer qu'il existe un certain antagonisme entre le fonctionnement de l'ovaire et celui de la glande thyroïde : à l'appui de leur manière de voir, ils invoquent, d'une part, les troubles de la menstruation qui s'observent fréquemment chez les basedowiennes et, d'autre part, divers accidents communs à la fois à la maladie de Basedow et à la ménopause (tachycardie, hyperhidrose, poussées de chaleur, etc.).

Sur le degré de virulence des épanchements tuberculeux.

MM. F. Bezançon et **V. Griffon** proposent de se servir, pour l'appréciation du degré de virulence des épanchements de pleurésie franche et de méningite tuberculeuse, de l'inoculation au lapin plutôt qu'au cobaye, ce dernier animal étant trop réceptif à l'égard du bacille de Koch; c'est ainsi que sur 5 liquides pleurétiques, dont 4 avaient tuberculisé des cobayes, un seul fut capable d'infecter le lapin. Ces expériences confirment l'opinion, déjà cliniquement démontrée, que la pleurésie séro-fibrineuse est une tuberculose atténuée.

MM. Vaschide et **Vurpas** rendent compte de recherches effectuées chez un certain nombre de neurasthéniques, touchant les rapports de l'attention et du travail intellectuel. Il semble en résulter que les états d'attention et même de distraction déterminent, chez ces sujets, une fatigue presque aussi grande que celle qui se manifeste à la suite d'un travail soutenu et plus ou moins prolongé.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 11 et 18 février 1903.

Du diagnostic des tumeurs osseuses.

M. von Bergmann fait une communication dans laquelle il attire l'attention sur les difficultés diagnostiques que soulève le sarcome des os longs, notamment au point de vue de sa différenciation d'avec la tuberculose osseuse. Quand il s'agit d'une épiphyse, on peut parfois reconnaître que la lésion, en cas de sarcome, reste limitée à l'un des os qui concourent à former l'articulation; la radiologie n'est que d'un faible secours à cet égard.

Les mêmes difficultés se retrouvent pour les affections de la diaphyse, le sarcome pouvant être confondu avec l'ostéomyélite; ce diagnostic

différentiel est particulièrement délicat lorsque la tumeur est centrale; on se basera surtout, pour l'établir, sur l'évolution de l'affection, l'ostéomyélite débutant toujours par une phase aiguë; encore ne doit-on pas oublier que les tumeurs peuvent aussi déterminer des mouvements fébriles. L'orateur a observé au total 210 cas de sarcome osseux, dont 103 relatifs à des tumeurs centrales.

M. von Bergmann passe ensuite aux kystes osseux, qui ont fréquemment leur siège au niveau de la diaphyse; ils sont d'ordinaire limités par une capsule conjonctive où l'on rencontre parfois tous les éléments du tissu osseux normal et qui les sépare de la cavité médullaire; cette capsule peut cependant manquer. L'orateur a eu l'occasion d'extirper récemment, chez un enfant, un kyste de ce genre, situé au niveau de l'humérus et paraissant consécutif à une tumeur; la localisation de cette lésion au voisinage de la ligne épiphysaire avait déterminé un raccourcissement et une courbure du bras.

M. Karewski déclare que la radiographie peut rendre des services pour le diagnostic des sarcomes périostiques; il relate 3 opérations qu'il a pratiquées pour de telles tumeurs; les malades n'ont pas eu de récidive, bien que ces interventions datent respectivement de sept, six et quatre ans.

M. König croit les sarcomes périostiques bien plus rares que les sarcomes centraux; à son avis, quand la cavité médullaire et les parois osseuses sont envahies, c'est du centre vers la périphérie que s'est développée la tumeur.

Pour l'orateur, si la radiographie ne donne pas de meilleurs résultats dans le diagnostic de la tuberculose et des tumeurs osseuses, c'est que ces affections, pendant un laps de temps assez considérable, peuvent laisser inaltérée la structure grossière de l'os.

Sur la tuberculose par ingestion.

M. C. Benda, à propos de la communication de M. von Hansemann sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 58), fait observer que toute tuberculose primitive de l'intestin ne doit pas être considérée comme tuberculose par ingestion, et que d'ailleurs toute tuberculose par ingestion n'a pas forcément une origine alimentaire : le bacille peut être introduit par l'air inspiré, par un baiser ou encore par l'usage de certains instruments professionnels, chez les souffleurs de verre notamment.

Au reste, les faits cliniques n'ont ni confirmé ni infirmé la théorie de M. Koch : pour qu'une statistique fût probante, il faudrait qu'elle démontrât que, dans un pays où l'on consomme beaucoup de viande et de lait crus, la tuberculose intestinale est plus fréquente que partout ailleurs.

Au total, les risques d'infection par les animaux atteints de pommelière paraissent à l'orateur pratiquement peu redoutables.

M. Cornet rappelle que, d'après ses recherches personnelles, le bacille tuberculeux pourrait franchir une muqueuse saine.

M. Ritter déclare avoir vu, à la campagne, un grand nombre d'enfants nourris avec du lait provenant d'une vache atteinte de pommelière, et dont aucun ne fut frappé de tuberculose intestinale. Il n'a observé, dans toute sa pratique, que deux cas de tuberculose de l'intestin, concernant des enfants âgés respectivement de sept et de huit ans.

Hernie obturatrice étranglée.

M. Rosenbaum communique l'observation d'une femme qui se fit admettre dans le service de M. Israel pour des troubles gastro-intestinaux; au bout de quelques jours, s'établit le syndrome de l'iléus; les divers orifices herniaires étaient libres. A l'opération, l'orateur constata qu'une anse jéjunale était étranglée dans le trou obturateur; il extirpa le sac, et cette intervention fut suivie de succès.

Myiase cutanée mortelle.

M. Henneberg relate l'observation d'une fille de vingt ans, faible d'esprit, qui entra à l'hôpital plongée dans un état comateux. La tête, le visage et les conduits auditifs étaient couverts de larves de *Lucilia cæsar*, qui pénétraient profondément dans la peau, produisant des ulcérations. La malade ayant succombé la nuit suivante, l'autopsie fit découvrir des lésions de septicémie consécutive aux ulcérations cutanées.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 février 1903.

De la rapidité d'absorption des poisons par l'organisme.

M. P. Masoin. — La période d'intoxication latente, surtout lorsqu'elle est de longue durée (toxines, arsenic, antimoine), relève, pense-t-on généralement, d'un retard dans l'absorption, d'un défaut d'affinité des tissus pour les poisons. Rien cependant ne serait moins exact, d'après les recherches que j'ai exécutées au laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Gand.

J'ai étudié particulièrement la rapidité d'absorption du tartre stibié après injection intraveineuse. J'ai pu m'assurer que la dose simplement mortelle (0 gr. 0125 décimilligr. à 0 gr. 015 milligr. par kilogramme) de ce sel, injectée dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin, a complètement disparu du sang trente secondes après l'injection. Au bout de ce même laps de temps, une dose deux fois mortelle est déjà fixée aux cinq sixièmes; une dose quatre fois supérieure à la dose mortelle est fixée à concurrence de près des trois quarts.

Ces faits vont à l'encontre des doctrines exposées dans certains ouvrages classiques; d'autre part ils concordent avec les recherches semblables exécutées sur les toxines diphtérique et tétanique, sur l'arsenic, sur le venin des serpents, sur divers composés cyanogénés, sur le nitrite et le chlorate de sodium.

De l'ensemble de ces travaux il est permis de conclure qu'après injection d'un poison dans le sang, la durée d'intoxication latente exprime réellement le temps nécessaire à la substance toxique pour manifester son activité.

Le pronostic de la névrose traumatique.

M. Francotte. — J'ai pu suivre de près 5 cas de névrose traumatique qui remontent à un bon nombre d'années, pour lesquels la question des dommages-intérêts est vidée depuis longtemps, et dont l'évolution peut être considérée comme terminée. De leur examen, il résulte pour moi que la névrose traumatique est parfois une affection grave, voire incurable, amenant une incapacité de travail complète et permanente. J'incline même à considérer cette forme morbide comme ayant d'ordinaire un pronostic mauvais, en ce sens, du moins, que la *restitutio ad integrum* paraît exceptionnelle.

Le danger principal réside dans les troubles et les complications psychiques : démence, maladie mentale proprement dite; dans un cas donné, le pronostic est d'autant plus fâcheux que les facultés mentales sont plus fortement atteintes.

La gravité de l'affection semble aussi en rapport avec l'âge des sujets; plus celui-ci est avancé, et plus les troubles psychiques sont à redouter.

La névrose traumatique n'atteignant généralement son *fastigium* qu'au bout de plusieurs mois, il ne faut pas se hâter pour porter un pronostic, mais attendre que la maladie ait achevé son plein développement.

Sur la cure chirurgicale de la sinusite sphénoïdale chronique.

M. Goris préconise, comme traitement de choix de la sinusite sphénoïdale chronique, l'opération suivante : le malade étant plongé dans une narcose chloroformique profonde, le cornet moyen est enlevé au moyen de la pince à turbinectomie guidée par l'index; une rugine à pointe mousse, dont la bonne direction antéropostérieure est maintenue par l'index, enfonce alors la paroi antérieure du sinus sphénoïdal; l'intervention se termine par la résection de la paroi inférieure du sinus à la pince emporte-pièce, introduite et manœuvrée comme la rugine. Cette opération, que l'orateur a pratiquée 16 fois, dure à peine quelques minutes.

Lorsqu'elle ne suffit pas pour tarir la sécrétion purulente, M. Goris a recours à la résection temporaire d'une narine, suivie de l'extirpation de l'ethmoïde et de la résection à la gouge de la paroi inférieure du sinus.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 28 février 1903.

Des différents modes de transmission héréditaire de la syphilis.

Dans la séance d'hier de la Société impériale royale des médecins de Vienne, **M. Schiff** a relaté, à l'appui de la doctrine de la transmission paternelle de la syphilis, les observations de deux familles qu'il a suivies respectivement pendant onze et quatorze ans, et dans lesquelles il est né plusieurs enfants syphilitiques alors que le père seul était atteint de la vérole, la mère étant toujours restée indemne de cette affection.

M. Ehrmann fait observer que rien ne prouve que l'infection ne puisse pas porter sur l'ovule; le virus syphilitique contenu dans le sperme peut, en effet, rencontrer la zone pellucide de l'ovule et pénétrer dans l'intérieur de l'œuf après la disparition de cette zone, au moment de la segmentation. La transmission par la voie maternelle peut, d'autre part, s'effectuer par l'intermédiaire du placenta.

Bien que la syphilis ne soit pas comparable aux autres maladies infectieuses, il est toujours prudent, d'après l'orateur, de soumettre au traitement spécifique toute femme dont le mari est syphilitique.

M. Riehl rappelle que la syphilis chez la femme passe facilement inaperçue; il croit donc que, dans la plupart des cas, c'est la mère qui transmet cette affection à son enfant. Si théoriquement l'infection de l'ovule est possible, elle n'a pas encore été expérimentalement démontrée.



Spasme de nutation.

M. Kassowitz a montré un nourrisson atteint de spasme de nutation, et en même temps de craniotabes, bien qu'il n'ait jamais séjourné dans une chambre obscure. Un second enfant, présenté par l'orateur, a, outre un spasme de nutation, un spasme de la glotte.

M. Zappert dit qu'en raison de l'insuffisance des notions étiologiques actuelles sur le spasme de nutation, on pourrait peut-être admettre que le développement de cette affection est en rapport avec l'époque où les enfants commencent à tenir la tête droite.

M. Knöpfelmacher ne partage pas cette manière de voir, parce que cette variété de spasme survient chez les enfants de six à quatorze mois, alors qu'à trois mois déjà ils commencent à tenir la tête droite.

Un cas de sarcomatose généralisée.

Dans la séance du 26 février de la Société de médecine interne de Vienne, **M. Maximilien Weinberger** a montré des pièces anatomiques provenant d'un garçon de quinze ans, qui fut atteint, quelques temps après une scarlatine, d'adénopathies multiples avec tuméfaction de la rate et du foie, et chez lequel, à l'examen du sang, on trouva, par millimètre cube, 4,500,000 érythrocytes normaux et 13,000 leucocytes, dont 86 % de grands lymphocytes; le taux hémoglobinique était de 45 %. Le sang était, en outre, doué d'une très grande coagulabilité. Dans l'urine on constata la présence des albumoses de Bence-Jones. Peu à peu l'état général du malade s'aggrava, le nombre des leucocytes atteignit 72,000, tandis que celui des hématies tombait à 3,200,000; il se produisit des hémorrhagies du nez, des gencives, des oreilles et même de la conjonctive, et la mort survint dans le collapsus. A l'autopsie on découvrit une tuméfaction et une coloration verte de tous les organes hématopoïétiques, ainsi que des tumeurs verdâtres au niveau de la dure-mère,

des membranes séreuses, du foie, des reins et du périoste vertébral. Les tumeurs des vertèbres avaient envahi le canal vertébral et comprimaient la moelle. La moelle osseuse était rouge et contenait une énorme quantité de grands lymphocytes.

Dr Schnirer.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Cleveland, le 15 février 1903.

Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire.

Dans une de mes dernières lettres, j'ai exposé les principes opératoires qui guident aujourd'hui les chirurgiens américains en matière de traitement de l'appendicite (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 51); ces principes paraissent, à l'heure actuelle, avoir « cristallisé » sous une forme sinon définitive, du moins assez stable : il semble, d'après ce que j'entends dire autour de moi, que l'évolution des idées à cet égard ait atteint un point où elle doive se maintenir pendant un certain temps. Il est une autre affection abdominale qui paraît éveiller présentement dans le monde chirurgical américain un intérêt égal à celui qu'a suscité l'appendicite; je veux parler de la lithiase biliaire et de sa cure opératoire.

Mieux connue dans sa pathologie — et depuis fort longtemps — que l'appendicite, cette affection est jusqu'à ces dernières années restée à peu près exclusivement confinée dans le domaine médical, et le chirurgien n'a été que rarement appelé à intervenir. Or, aux Etats-Unis, une tendance se manifeste à traiter les accidents de la lithiase biliaire essentiellement suivant les mêmes principes que la crise appendiculaire; la question est encore, il est vrai, en voie d'évolution et l'on ne se trouve pas, pour l'instant, en présence d'un corps de doctrines aussi définitivement arrêté qu'en ce qui concerne l'appendicite; les interventionnistes à outrance sont loin d'avoir dès maintenant conquis la presque unanimité des suffrages, comme c'est le cas pour l'appendicite; mais le mouvement en faveur du radicalisme opératoire n'en est pas moins puissant, et il se manifeste d'autant plus nettement aux yeux de l'observateur qu'il passe actuellement par des phases de tout point analogues à celles que vient de parcourir la question du traitement de l'appendicite.

Assurément, on n'en est pas encore à profiter de toute laparotomie pour enlever du même coup la vésicule biliaire — comme je l'ai vu faire nombre de fois pour l'appendice — et débarrasser ainsi le malade d'un organe d'apparence inutile et susceptible de devenir à un moment donné une source de dangers. Il n'en est pas moins vrai que l'ablation de la vésicule biliaire tend de plus en plus à être considérée comme l'opération de choix pour tous les accidents dus à la présence de calculs dans les voies biliaires extra-hépatiques.

Les raisons qui sont de nature à faire adopter le principe d'une intervention chirurgicale en pareille occurrence sont exactement calquées sur celles qui déterminent la conduite à tenir dans l'appendicite : là aussi un traitement purement médical, c'est-à-dire abstentionniste et expectatif, permet parfois de triompher de la crise; mais si, momentanément, les accidents sont conjurés, il n'y a pas guérison à proprement parler, puisque à chaque instant une nouvelle attaque peut survenir, qui emportera le malade.

M. le docteur John B. Deaver, chirurgien du German Hospital de Philadelphie, dont j'ai déjà eu l'occasion de signaler la pratique au sujet du traitement de l'appendicite, se trouve ici encore parmi les meneurs du mouvement. Ce chirurgien part du point de vue qu'on ne saurait établir à l'avance quelle sera la marche de la maladie dans un cas donné, parce que l'on se trouve en présence d'une collection purulente accumulée dans un organe abdominal, et qu'il n'est jamais possible de prévoir ce que deviendra ce pus enfermé dans un véritable vase clos. Pour une crise qui se termine favorablement, sans intervention opératoire, il en est d'autres où tout fait supposer une évolution bénigne, et qui cependant aboutissent, comme nombre de cas malheureux d'appendicite, à une perforation de l'organe, avec péritonite purulente généralisée. A cette insécurité de l'avenir, M. Deaver oppose la bénignité de l'opération pratiquée au moment opportun, bénignité comparable à celle de l'appendicectomie précoce. Aussi s'est-il fait une règle d'intervenir chaque fois qu'il a affaire à des accidents infectieux au niveau de la vésicule biliaire.

D'ailleurs, M. Deaver serait disposé à opérer des malades chez lesquels il ne s'agit que d'accidents purement mécaniques, attribuables simplement à la migration du calcul. D'une part, en effet, il peut arriver que le calcul retombe dans la vésicule, et, d'autre part, il n'est nullement prouvé que, la colique hépatique une fois terminée, la vésicule soit vide et ne contienne pas d'autres calculs. En outre, il paraît fort probable que les calculs un peu volumineux ne suivent pas les voies naturelles de l'excrétion de la bile, mais sont éliminés par une fistule intestinale. Extraire le calcul, en pareille occurrence, c'est mettre le malade à l'abri des dangers qui peuvent résulter d'une infection canaliculaire ascendante d'origine intestinale; et l'on sait que la guérison est exceptionnelle dans l'angiocholite suppurée. La simple migration du calcul peut également aboutir à une obstruction du cholédoque (1). Or, sans que la cholédochotomie présente à l'heure actuelle un pronostic aussi mauvais que naguère, elle comporte cependant une mortalité qu'on peut comparer à celle de l'appendicite aiguë avec épanchement purulent dans la cavité péritonéale.

M. Deaver croit en outre — et cette opinion est partagée par M. le docteur Howard Lilienthal, chirurgien du Mount Sinaï Hospital de New-York — que la lithiase biliaire crée des conditions très favorables au développement d'un cancer des voies biliaires; sans compter que la pancréatite hémorrhagique, affection à l'étude de laquelle M. le docteur Opie s'est consacré depuis quelques années au laboratoire d'anatomie pathologique de la Johns Hopkins Medical School, et qui entraîne toujours, on le sait, une issue fatale, reconnaîtrait pour cause, d'après ce que M. Opie considère comme la règle, une obstruction du canal de Wirsung par des calculs biliaires.

L'opportunité de l'intervention étant admise, il convient d'en fixer le moment. A cet égard encore, les chirurgiens américains tendent à suivre, en chirurgie biliaire, la même ligne de conduite qu'ils ont adoptée dans leurs interventions sur l'appendice malade : c'est l'opération hâtive et précoce qu'ils préconisent. L'intervention au début de la crise offrirait une bénignité beaucoup plus considérable, pour les mêmes raisons invoquées en matière d'appendicite : l'absence de pus dans la cavité péritonéale et la possibilité d'éviter des adhérences péritonéales ultérieures avec tous les dangers éloignés — douleur, obstruction, etc. — qu'elles comportent. J'ajoute toutefois que si cette solution a actuellement rallié la majorité des chirurgiens, elle n'a pas encore pour elle l'unanimité des suffrages, notamment des suffrages médicaux.

Quant au choix du procédé, il varie suivant les opérateurs. M. Deaver estime que la cholécystectomie constitue l'opération régulière, typique, dans la lithiase biliaire et dans l'hydropisie de la vésicule; au contraire, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un empyème de la vésicule, ce chirurgien a recours à la cholécystostomie, qui permet un drainage régulier de la poche purulente. Cette dernière intervention, qui à l'origine a été employée à l'exclusion de toute autre en chirurgie biliaire, correspond à celle qui consiste à ouvrir et à drainer les abcès de la fosse iliaque : dans les deux cas, l'opération est incomplète, puisqu'elle laisse intact le foyer même de l'infection. C'est pourquoi M. Lilienthal pratique la cholécystectomie au même titre que, dans l'appendicite, il fait l'appendicectomie.

C'est d'ailleurs M. Lilienthal qui, parmi les chirurgiens dont j'ai eu l'occasion de suivre les opérations au cours de mes pérégrinations à travers les Etats-Unis, m'a semblé le plus radical. Assimilant la vésicule biliaire à l'appendice d'une façon aussi complète que possible, il considère et pratique l'ablation de la vésicule comme l'opération de choix. Au point de vue fonctionnel, cette exérèse lui semble exempte de tout inconvénient, le rôle physiologique qu'on pourrait assigner à la vésicule ne lui paraissant pas assez important pour contre-indiquer la cholécystectomie. D'autre part, celle-ci supprime les ennuis et les inconvénients qui résultent du drainage d'une vésicule infectée; elle évite également la production d'adhérences de la vésicule à la paroi abdominale, adhérences qui peuvent être le point de départ de symptômes douloureux, du fait des tiraillements exercés sur le foie. La cholécystectomie serait l'opération idéale toutes les fois que l'on interviendrait avant le développement d'une cholécystite, la formation d'adhérences et l'apparition d'ictère.

A l'inverse de M. Lilienthal, un certain nombre de chirurgiens américains, parmi lesquels M. Deaver, comme on a pu en juger par ce que je viens d'en dire, voient somme toute dans la cholécystectomie une opération d'exception, rarement indiquée.

Au point de vue du manuel opératoire, je me contenterai de signaler quelques points particuliers.

L'incision qui est toujours employée ici est celle qui traverse le muscle grand droit de l'abdomen; cette uniformité contraste avec la multiplicité des incisions en usage pour les opérations d'appendicite.

A Cleveland, M. le docteur George W. Crile, chirurgien du Lakeside Hospital et du Saint Alexis Hospital, se sert d'écarteurs spéciaux pour mettre à nu les voies biliaires profondément situées. Ces écarteurs sont de larges bandes de cuivre nickelé, flexibles à volonté, assez analogues à celles dont on fait usage dans les interventions sur le cerveau et la base du crâne; elles éclairent fort bien le champ opératoire, en reflétant la lumière dans la profondeur.

Afin d'éviter le suintement sanguin assez fréquent au niveau du foie, ou du moins d'en diminuer l'intensité, M. Deaver a pour habitude de faire prendre à ses malades, avant l'opération, 0 gr. 50 centigr. de chlorure de calcium, répétés trois fois par jour; quand, après l'intervention, survient une hémorrhagie en nappe, il n'hésite pas à porter la dose de ce médicament jusqu'à 4 grammes toutes les quatre heures.

Enfin, je signalerai que, pour rapprocher les bords de la plaie cutanée, M. Lilienthal, dans les opérations sur le foie comme, d'ailleurs, dans toutes les interventions de chirurgie abdominale, a renoncé aux sutures : il les remplace par des bandelettes de caoutchouc, d'environ un centimètre de largeur, recouvertes d'un emplâtre adhésif à l'oxyde de zinc et préalablement stérilisées. La cicatrice qui en résulte est ferme et résistante; au bout de quelques mois elle s'élargit, sans cependant, paraît-il, perdre de sa solidité. Ce procédé de réunion a l'avantage de mettre à l'abri de tout accident résultant de l'infection des points de suture.

Dr Francis Munch (de Paris).

(1) Il est souvent difficile de déterminer le siège exact du calcul avant l'opération. D'après M. Seebeck (de New-York), une bonne radiographie permettrait de reconnaître nettement le siège du calcul. — F. M.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'attaque convulsive de toux hystérique,
par MM. J. Abadie et H. Grenier de Cardenal.

Si l'on connaît depuis longtemps la toux hystérique vulgaire, constituée par des efforts expiratoires bruyants, à timbre rauque ou éclatant, se répétant avec un rythme régulier pendant un nombre plus ou moins considérable d'expirations, il n'en va pas de même d'une autre modalité de toux hystérique, représentée par des accès violents, avec reprises suffocantes, ressemblant aux quintes de la coqueluche. Cette seconde forme, seulement entrevue par quelques auteurs, n'a pas été jusqu'ici l'objet d'une étude d'ensemble; MM. Abadie et Grenier de Cardenal en ont observé 3 cas dans le service de M. le professeur Pitres (de Bordeaux) et à cette occasion ils insistent sur quelques-uns des caractères de cette manifestation de la grande névrose.

Leurs trois observations semblent calquées l'une sur l'autre : toutes les trois concernent des jeunes filles de dix-huit ou dix-neuf ans, présentant des stigmates indiscutables d'hystérie,

en l'absence de toute lésion de l'appareil respiratoire et de toute altération de l'état général, et chez lesquelles les accès de toux apparurent sous l'influence de préoccupations portant sur le même objet, à savoir l'idée d'une affection pulmonaire accompagnée de toux : la première fut atteinte à la suite de la mort d'un parent pour lequel elle avait beaucoup d'affection et qui succomba à une maladie de poitrine; la seconde, consécutivement à une grippe à forme pulmonaire guérie depuis plusieurs mois; la troisième enfin, après avoir soigné un petit coquelucheux et avoir vu le père de cet enfant pris à son tour de la même affection.

En ce qui concerne la symptomatologie de la crise de toux convulsive, opposée à la toux hystérique banale, elle est caractérisée par ce que, au lieu de consister en l'émission de bruits laryngés saccadés, monotones, toujours identiques, dus à des spasmes rythmiques *purement expiratoires*, elle est constituée par la production de bruits expiratoires de timbre et d'intensité très variables, accompagnés régulièrement de bruits inspiratoires; en outre, et surtout, elle est déterminée par un ensemble convulsif qui met en jeu tous les muscles respiratoires, aussi bien inspiratoires qu'expiratoires.

Cette attaque de toux est rigoureusement comparable aux divers paroxysmes convulsifs localisés des hystériques, tels que décharges convulsives musculaires, épilepsie partielle hystérique, et particulièrement attaques de sanglots ou de fou rire, comme elle dues à un spasme des muscles respiratoires; elle n'est donc qu'un équivalent de la grande attaque convulsive d'hystérie.

Au reste, cette équivalence est bien démontrée par ce fait que, chez 2 des jeunes malades dont les auteurs relatent les observations, les attaques de toux succédèrent à des crises convulsives généralisées, tandis que chez la troisième la succession fut inverse, la toux paroxystique ayant été remplacée par de grandes attaques convulsives. Enfin, même au point de vue symptomatologique, l'analogie est complète entre la crise convulsive de toux hystérique et le paroxysme convulsif généralisé ; comme à celui-ci, on peut décrire à la première une période préconvulsive, marquée par des auras variables selon les cas; puis une période convulsive avec sa phase de contracture tonique (immobilisation du thorax en inspiration forcée, distension des espaces intercostaux et du creux épigastrique, tétanisation des muscles inspiratoires, efforts d'inspiration avec bruits laryngés rauques) et sa phase de convulsions cloniques (mouvements respiratoires précipités, expirations longues et convulsives, toux profonde, explosive, etc.); enfin, une période post-convulsive, qui peut d'ailleurs être réduite au minimum, sans hypnose, sans délire, la malade passant presque sans transition de l'état de crise à l'état normal. (*Rev. de méd.*, novembre 1902.) — F. F.

Action des sels de mercure sur le sang syphilitique; anémie syphilitique et résistance des hématies; hémolysimétrie, par M. Edmond Buffa.

L'incertitude qui règne encore sur l'anémie syphilitique et sur le mode d'action des sels de mercure a engagé M. Buffa à reprendre cette étude en multipliant ses observations sur le même malade et en utilisant un nouveau procédé d'étude de la résistance du sang : pour définir celle-ci, il soumet un mélange de sang et de solution physiologique de chlorure de sodium à l'action de l'électrolyse pendant un temps déterminé; en comptant le nombre des globules rouges avant et après l'opération, et en prenant ensuite le rapport de ces deux chiffres, on obtient un quotient qui traduit le degré de résistance du sang, la résistance normale étant fort voisine de l'unité.

L'auteur a exécuté ses recherches sur 21 malades : 19 présentaient, au moment de leur admission à l'hôpital, un degré marqué d'anémie, mais chez 11 d'entre eux une amélioration spontanée se produisit au bout de quelques jours de résidence hospitalière, sans aucun traitement. Après le début de la cure mercurielle (par voie sous-cutanée), 18 offrirent une augmentation, en général légère, de la quantité d'hémoglobine, tandis que chez 2 le taux de l'hémoglobine continua à baisser; toutefois, parmi les 18 premiers, il n'y en eut que 2 chez lesquels la proportion d'hémoglobine revint à la normale ou la dépassa.

Il semble donc que l'anémie syphilitique soit réelle, et que l'action du mercure sur elle soit assez faible, puisque le seul régime hospitalier suffit déjà à l'atténuer. D'autre part, le premier effet des injections mercurielles est de diminuer la résistance du sang; or, la numération des globules rouges, peu après une injection, traduit une augmentation de leur nombre; il faut donc en conclure que le mercure excite l'hématopoïèse, ce qui concorde absolument avec le fait connu que les hématies néoformées sont moins résistantes que les hématies plus anciennes. Quelques jours plus tard, c'est le phénomène inverse qui s'observe ; les globules rouges diminuent de nombre, mais la résistance du sang augmente. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 3.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur les conséquences des thyroïdectomies très étendues, par M. H. Lundborg.

On connaît les conséquences de la thyroïdectomie totale; l'ablation partielle du corps thyroïde peut avoir de même des suites fâcheuses, si l'on extirpe plus des quatre cinquièmes de la glande : la portion conservée peut dans ce cas soit s'atrophier entièrement, soit continuer à vivre, soit enfin devenir le point de départ d'un nouveau goitre, en sorte que les résultats de la thyroïdectomie étendue peuvent affecter un des types suivants : 1° tétanie aiguë, mort; 2° tétanie aiguë, guérison; 3° tétanie aiguë, tétanie chronique; 4° tétanie aiguë, tétanie chronique, myxœdème; 5° myxœdème; 6° guérison. Les types 1, 2 et 5 sont ceux qui se rencontrent le plus communément; on ne connaît, par contre, qu'un cas du type 4, observé il y a quelques années par M. Hoffmann; enfin le fait recueilli par M. Lundborg à la clinique médicale de Lund se rapporterait au troisième type : tétanie d'abord aiguë, passant ensuite à l'état chronique.

Il concerne une jeune fille de vingt-quatre ans, qui fut traitée à l'âge de onze ans pour une maladie de Basedow. De onze à seize ans, elle fut opérée trois fois pour goitre. Quelques jours après la dernière intervention, elle eut deux légères attaques de tétanie, avec raideur des extrémités, et, durant les trois ou quatre mois qui suivirent, elle ressentit parfois, quand elle était fatiguée, une sensation de tension musculaire généralisée qui disparaissait au bout de quelques minutes à une demi-heure. Puis tout rentra dans l'ordre, de sorte qu'il lui fut possible de faire, pendant plusieurs années, le service pénible de fille de ferme. Cependant la tumeur s'était reproduite peu à peu, augmentant de volume au moment des règles et sous l'effet du refroidissement. Six mois avant son entrée à la clinique, la malade fut de nouveau prise, à l'occasion des menstrues, de crampes musculaires qui se renouvelèrent depuis lors à chaque menstruation, durant chaque fois trois jours, pendant lesquels la tumeur thyroïdienne augmentait de volume. Les crampes se manifestaient par de la raideur des bras et des jambes; les poings se fermaient et la patiente ne pouvait les ouvrir; dans l'intervalle de ces crises, elle se sentait parfaitement bien. A la dernière attaque, la raideur des membres s'était compliquée d'une tension musculaire généralisée et de violents maux de tête; l'accès persista trois jours, durant lesquels la malade perdit connaissance à différentes reprises.

A l'examen, on constate à la face antérieure du cou, sur la ligne médiane, une tumeur du volume d'une petite pomme. L'excitabilité musculaire est exagérée; une légère percussion avec le marteau suffit pour provoquer une crampe du membre percuté. On peut de même déterminer un accès en comprimant l'artère humérale ou le nerf cubital, ou encore les nerfs ou les vaisseaux des membres inférieurs.

Les accidents disparurent rapidement sous l'influence d'un traitement thyroïdien, et la malade put reprendre son travail. Trois mois après qu'on eut suspendu la médication, les mêmes symptômes se manifestèrent de nouveau : on recommença l'administration de la glande thyroïde, avec le même succès que la première fois.

Ce cas est intéressant par le fait qu'après la période de tétanie aiguë, qui succéda immédiatement à l'extirpation de la thyroïde, la malade eut une période normale de plusieurs années pendant laquelle une nouvelle tumeur thyroïdienne se développa : avec l'apparition de cette nouvelle tumeur survinrent derechef des accidents de tétanie. La patiente, qui avait une maladie de Basedow avant l'opération, souffre maintenant de tétanie; il faut donc admettre que les fonctions de la tumeur actuelle sont de toute autre nature que celles de la tumeur primitive, puisque les crises de tétanie coïncident avec les périodes de turgescence du goitre. Ainsi la tétanie ne se produit pas seulement à la suite de l'extirpation de la glande, mais encore quand celle-ci est modifiée et sécrète des produits pathologiques; dans ce dernier cas, les accidents sont justiciables du traitement thyroïdien. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — A. J.

De l'influence de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée sur le développement physique et intellectuel de l'enfant, par M. Wilbert.

Si l'on est aujourd'hui généralement d'accord pour considérer l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée comme un phénomène sinon pathologique, tout au moins anormal, il existe en revanche de grandes différences d'opinions en ce qui concerne la question de l'intervention chirurgicale chez les sujets atteints de cette affection. Tandis que les uns enlèvent l'amygdale pharyngée toutes les fois qu'elle est hypertrophiée, même en l'absence de troubles quelconques, d'autres n'interviennent que dans un but purement curatif, c'est-à-dire lorsqu'ils se trouvent en présence de symptômes tels que la surdité, l'obstruction nasale, l'incontinence nocturne d'urine, les frayeurs nocturnes, l'aprosexie, l'arrêt de développement, etc., dont les végétations adénoïdes paraissent être la cause la plus probable, sinon unique.

Nous possédons déjà de nombreuses statistiques établissant la fréquence énorme des végétations adénoïdes chez les enfants. Aussi, la question de savoir si l'on doit intervenir dans tous les cas où l'on constate la présence de ces végétations présente-t-elle un intérêt pratique considérable; mais, pour la résoudre, il importe de savoir avant tout si les végétations adénoïdes entraînent toujours et dans tous les cas l'ensemble ou une partie tout au moins des symptômes énumérés plus haut, ou si leur existence peut ne se manifester par aucun trouble, n'avoir aucun retentissement sur la santé des petits sujets qui en sont affectés. C'est pour élucider ces faits que M. Wilbert a soumis à un examen minutieux 375 élèves des écoles communales de Bingen-sur-Rhin, âgés de six ans et demi à douze ans et demi, et dont 231, soit 62 %, étaient porteurs de végétations adénoïdes; parmi eux, 122 présentaient des phénomènes morbides plus ou moins prononcés.

La fréquence des végétations adénoïdes varie dans des limites très restreintes entre l'âge de six ans et demi et celui de onze ans et demi, pour diminuer brusquement de 15 % à l'âge de douze ans. Cette diminution, accompagnée d'ailleurs d'un abaissement correspondant de la fréquence des troubles morbides, ne peut être attribuée qu'à l'involution de l'amygdale pharyngée, qui commencerait ainsi vers l'âge de douze ans.

Les troubles de l'ouïe ont été constatés chez 106 écoliers, soit dans 28 % de tous les cas examinés; 63 fois ces troubles atteignaient les deux oreilles et dans 43 cas ils étaient unilatéraux, ce qui donne un total de 169 oreilles présentant des troubles fonctionnels; la distance maxima pour la voix chuchotée ne dépassait pas 1 mètre pour 62 d'entre elles (ce qui constitue un cas de réforme au point de vue du service militaire) et variait entre 1 m. 20 et 5 mètres pour les autres. Il est possible que chez beaucoup de sujets ces troubles auditifs disparaissent spontanément avec l'âge, mais chez d'autres ils persistent et s'aggravent même d'une façon progressive. Il est certain, en tout cas, que l'ablation des végétations adénoïdes rend le pronostic particulièrement favorable : ayant opéré au hasard 9 enfants dont 6 n'entendaient pas la voix chuchotée au delà de 0 m. 20 et 3 au delà de 1 mètre, ainsi qu'un autre atteint d'otorrhée

chronique, l'auteur a vu, très peu de temps après l'opération, l'acuité auditive s'élever à 10 mètres chez les 9 premiers et la suppuration s'arrêter chez le dixième.

Pour se rendre enfin compte de l'influence exercée par les végétations adénoïdes sur le développement intellectuel, M. Wilbert a examiné 26 enfants qui lui avaient été signalés par les maîtres comme étant peu intelligents et mal doués, et 84 mauvais élèves qui se distinguaient par leur paresse et leur manque d'attention; il put constater l'existence des végétations adénoïdes dans 84 % des cas de la première catégorie et chez 77 % des sujets du second groupe. Sous ce rapport, il existe également une grande différence entre les enfants au-dessous de douze ans et ceux qui ont atteint ou dépassé cet âge : c'est ainsi que sur 5 élèves mal doués, âgés de douze ans et demi, un seul était porteur de végétations adénoïdes, ce qui constitue une proportion de 20 %, tandis que pour les autres âges cette proportion variait entre 66 % et 100 %.

En ne faisant pas entrer en ligne de compte les élèves mal doués, et en éliminant du total de ceux qui ont été signalés comme paresseux et inattentifs les sujets qui, en même temps que ces défauts, présentaient d'autres troubles relevant également de la présence de végétations adénoïdes, on obtient le chiffre de 45 qui exprime le nombre des élèves chez lesquels l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée s'était manifestée par un retard ou un arrêt du développement mental. En ajoutant ce chiffre à celui de 122 qui, ainsi qu'il a été dit plus haut, représente le nombre des enfants chez lesquels M. Wilbert observa d'autres symptômes morbides d'origine également adénoïdienne, on arrive à ce résultat que, sur 231 enfants affectés de végétations adénoïdes, 167, soit 73 %, se ressentent de troubles physiques ou intellectuels, qu'on peut considérer comme déterminés par cette affection. Ces chiffres tendraient donc à donner raison aux auteurs qui préconisent l'intervention chirurgicale dans tous les cas de végétations adénoïdes, sans exception. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 février 1903.) — S. J.

Un cas de blessure par arme à feu des voies optiques centrales, par M. Viggo Christiansen.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de blessure du cerveau par arme à feu, blessure qui permit de déterminer avec beaucoup de précision la marche centrale des fibres optiques.

Une femme de trente ans s'était tiré un coup de feu dans la partie droite de la tête, à 6 ou 7 centimètres au-dessus et en arrière du conduit auditif externe. Outre les phénomènes de shock, le seul symptôme immédiat fut une amaurose double, qui fut assez vite remplacée, d'ailleurs, par une hémianopsie homonyme correspondant à la bandelette optique droite. Six semaines après sa tentative de suicide, la malade fut trépanée et un projectile fut extrait de la surface du lobe occipital gauche. Cinq mois plus tard, elle quittait l'hôpital; à ce moment la vue était satisfaisante, mais les champs visuels présentaient encore une échancrure assez forte dans leur cadran inférieur droit, et une seconde, plus légère, à l'extrémité gauche de leur axe transversal.

Le lendemain de sa sortie, cette femme se tirait dans la tête un nouveau coup de feu et succombait au bout de vingt-quatre heures. A l'autopsie, on put constater que la nouvelle blessure n'intéressait pas ou presque pas les régions lésées par la première. En ce qui concerne celle-ci, la balle avait pénétré au milieu de la première circonvolution temporale, s'était dirigée ensuite un peu obliquement en bas et en arrière, et avait traversé la face interne des hémisphères au voisinage de la partie antérieure du cunéus, détruisant le tiers antérieur des lèvres supérieure et inférieure de la scissure calcarine, pour ressortir à la surface du lobe occipital gauche, au niveau de la troisième circonvolution occipitale. Durant ce trajet, elle avait intéressé ou détruit, du côté droit, la corne postérieure du ventricule latéral et la moitié supérieure du faisceau de Gratiolet; du côté gauche, la partie médiane de ce même faisceau et les fibres d'association voisines. Les fibres atteintes du faisceau de Gratiolet avaient dégénéré.

Ces lésions permettent tout d'abord de rejeter l'affirmation de M. Henschen, d'après laquelle les fibres venant de la macula se termineraient dans les parties antérieures de la scissure calcarine : dans le présent cas, cette région était entièrement détruite des deux côtés et l'on ne pouvait arguer d'une suppléance par l'hémisphère intact; or, huit jours après l'accident, la blessée pouvait déjà lire couramment les plus petits caractères et la vision centrale était intacte.

Cette femme, tout en accusant une amélioration constante, avait cependant conservé une hémianopsie presque complète dans le cadran inférieur droit de chaque œil; le cadran supérieur gauche de la rétine était donc aveugle; il existait également chez elle une légère échancrure à l'extrémité gauche du diamètre transverse du champ visuel des deux yeux. Ces troubles, rapprochés des lésions des faisceaux de Gratiolet, autorisent à conclure — ce qu'on affirmait jusqu'ici sans preuves positives — que les fibres provenant du cadran supérieur de la rétine occupent la partie supérieure de ces faisceaux, que celles qui émanent des cadrans latéraux en forment les parties moyennes et enfin que celles qui tirent leur origine du cadran inférieur en constituent les parties inférieures.

La dégénérescence des fibres nerveuses s'étant limitée aux fibres aboutissant à la substance grise de la face interne du lobe occipital, il est à présumer que les fibres optiques se terminent dans cette région, au voisinage de la scissure calcarine, sans se réfléchir vers l'écorce grise de la face externe du cerveau. Par contre, il est douteux que la disposition terminale des fibres optiques corresponde à une véritable projection de la rétine sur la face interne du lobe occipital. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 2.) — R. DE B.

Uréthroplastie, inspirée du procédé de Soubbotine, dans la pratique gynécologique, par M. V. Grousdev.

Pour remédier à certaines malformations de l'urèthre, M. Soubbotine a imaginé un procédé autoplastique dont l'idée mère est la reconstitution de ce canal au moyen d'une partie du rectum; dans un cas gynécologique, l'auteur s'est inspiré de cette méthode, tout en en simplifiant la technique.

Une femme de trente ans présentait, à la suite d'un accouchement laborieux, une fistule vésico-vaginale étendue, une destruction complète du canal de l'urèthre, une fistule vagino-rectale siégeant à 4 centimètres au-dessus de l'anus, des brides vaginales, de la cystite et enfin de la pyélite. Devant l'impossibilité de la débarrasser de ces multiples lésions par les opérations classiques, M. Grousdev recourut tout d'abord à l'occlusion du vagin (épisiorrhaphie), ce qui eut pour effet de faire vider la vessie dans le rectum; on eut soin, d'ailleurs, de glisser une sonde jusque dans la vessie, de façon à continuer les lavages; cette sonde passait donc par l'anus, le rectum, la fistule recto-vaginale, le vagin « épisiorrhaphié » et la fistule vésico-vaginale.

Les suites de cette première intervention furent bonnes, sauf que la malade présenta tout d'abord, malgré les irrigations vésicales, une recrudescence de sa cystite. Néanmoins, au bout de trente-deux jours, on put procéder à une deuxième opération. L'anus ayant été dilaté, on fit partir du niveau de l'orifice fistuleux recto-vaginal deux incisions parallèles, allant jusqu'à l'anus inclusivement et interceptant entre elles un tiers de la circonférence du rectum. Ces deux incisions se rejoignaient à angle droit à 2 centimètres au-dessus de l'orifice fistuleux. Leurs bords antérieurs furent disséqués, de façon à entraîner avec la muqueuse tous les éléments musculaires possibles, puis rabattus et suturés sur une sonde vésicale, placée comme celle qu'on avait laissée après la première intervention. Le rectum fut ensuite reconstitué en suturant les bords postérieurs des incisions longitudinales. La vessie se vidait ainsi dans le vagin, et de là dans le canal néoformé commençant à l'orifice fistuleux recto-vaginal.

Les suites opératoires furent troublées par l'apparition des règles trois jours après l'intervention; la sonde ayant été obstruée par des caillots, il fallut la retirer et en réintroduire une autre, dont la pénétration amena sans doute une légère désunion de la face postérieure du nouveau canal, car il se produisit une fistulette entre l'urèthre reconstitué et le rectum. A part cet incident, la cicatrisation fut régulière.

Une troisième opération eut raison de cette dernière fistule, qu'on oblitéra en décollant l'un d'avec l'autre le rectum et le nouvel urèthre, et en suturant isolément les bords des deux orifices; cette intervention est encore récente, mais il semble que la vessie fonctionne régulièrement : elle peut retenir jusqu'à 300 grammes d'urine. Lors des dernières règles, cependant, le canal uréthral s'est obstrué, et la malade a dû exercer des efforts notables pour arriver à uriner. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 août 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la gastrectasie atonique par l'extrait de substance médullaire de capsules surrénales.

Dans un cas de gastrectasie atonique avec atonie péristaltique intestinale et manifestations neurasthéniques, datant d'un an et ayant subi une aggravation à la suite d'une vive émotion, M. le docteur G. Vassale, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Modène, a vu, sous l'influence de l'extrait de substance médullaire de capsules surrénales, administré à la dose quotidienne de XL à L gouttes, survenir, dans l'espace d'une quinzaine de jours, une amélioration considérable du côté des symptômes gastro-intestinaux, tout comme dans l'état général du patient.

Ce fait cadre bien avec les recherches récentes, d'après lesquelles les capsules surrénales ou, plus exactement, la substance médullaire de ces organes, auraient pour fonction de sécréter un principe actif qui maintiendrait le tonus cardio-vasculaire et exciterait les contractions des fibres lisses. C'est ainsi qu'entre les mains de M. le professeur E. A. Schafer (d'Edimbourg) et de ses collaborateurs, MM. les docteurs J. D. Slight, J. Malcolm et W. E. Prost, l'extrait de substance médullaire de capsules surrénales a donné de bons résultats comme excitant des contractions utérines et comme tonique du cœur (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 152).

Un moyen pratique pour administrer aux enfants le sulfate de quinine.

On ne connaît que trop les difficultés que l'on éprouve à faire prendre aux enfants le sulfate de quinine. Comme on ne peut guère leur prescrire ce médicament sous la forme de pilules ou de cachets, le praticien se voit le plus souvent obligé de le mêler soit à du café noir, soit à du lait ou à un sirop, mais la plupart des petits patients vomissent le remède ainsi administré, sans compter qu'ils en éprouvent toujours une grande répugnance. D'autre part, on ne saurait remplacer le sulfate de quinine par des sels insolubles, qui, s'ils sont insipides, n'en sont pas moins difficiles à prendre et empâtent la bouche.

Afin de remédier à cet état de choses, M. le docteur Borde (de Bordeaux) a imaginé un procédé qui permettrait de faire avaler le sulfate de quinine aux enfants de tout âge, et cela sans qu'ils en ressentissent l'amertume. Voici en quoi il consiste : on mêle, dans un mortier, 1 gramme de sulfate de quinine avec 8 grammes d'huile d'olives; vingt gouttes de ce mélange (comptées au moyen d'un compte-gouttes normal) contiennent 0 gr. 05 centigr. de sel de quinine. En versant dans une cuiller à soupe, remplie à moitié de lait froid, sucré de préférence, un certain nombre de gouttes de cette mixture huileuse, on voit l'huile former, au milieu du lait et à sa surface, une lentille. Chaque particule de quinine étant enveloppée d'huile et glissant comme une pilule sur la muqueuse humide de la bouche, l'enfant avalerait sans la moindre répugnance toute la cuillerée, et ce n'est qu'au bout de quelques secondes qu'il éprouverait une très légère amertume; celle-ci disparaîtrait rapidement, et encore pourrait-on l'éviter en ayant soin de faire boire, immédiatement après l'administration de la mixture, une gorgée d'un liquide quelconque. Le mélange huileux pourrait même être ingéré facilement sans lait, pourvu qu'on prît la précaution de boire aussitôt après.

RÉPERTOIRE CLINIQUE

L'œdème dur traumatique du dos de la main.

L'extension considérable que l'assurance contre les accidents a prise dans différents pays au cours de ces dernières années a eu pour conséquence d'attirer l'attention sur les contusions des membres, si fréquentes chez les ouvriers, et, en particulier, sur leurs suites éloignées, qui sont plus couramment observées dans la clientèle des assurés que dans la pratique habituelle, où, la plupart du temps, les phénomènes aigus une fois dissipés, le médecin ne revoit guère le malade. Aussi cette partie de la pathologie s'est-elle récemment enrichie d'un nouveau chapitre ayant trait à une variété particulière de contusion du dos du métacarpe et qui mérite d'être étudiée de très près, ne fût-ce qu'en raison des erreurs graves que risquerait de commettre, dans le pronostic et dans le traitement des contusions de la main, le praticien qui ne serait pas familiarisé avec la forme morbide en question.

I

Il est de notion courante que les lésions traumatiques du pied et, en particulier, les fractures des métatarsiens peuvent s'accompagner d'un œdème persistant de la région dorsale. A l'encontre de ce qu'on observe à la suite des fractures de la jambe, ainsi que dans les cas de varices ou après application, sur le membre inférieur, d'un lien constricteur ou d'un pansement longtemps maintenu en place, l'œdème consécutif aux contusions du pied présente un certain degré d'induration, de sorte que la pression exercée avec un doigt n'y laisse pas d'empreinte. Toutefois, comme la gêne fonctionnelle que détermine cette lésion n'est pas très marquée, le patient étant à même de reprendre son travail au bout de six semaines à deux mois (1), l'œdème dur du métatarse n'offre pas, au point de vue pratique, une importance aussi considérable que l'altération analogue du métacarpe, sur laquelle M. H. Secrétan (de Lausanne) (2) a appelé l'attention, il y a un an et demi environ, et qui, depuis lors, a fait l'objet d'une note de M. Vulliet (de Lausanne) (3) et d'un article publié tout récemment par M. Borchard (de Posen) (4). C'est, d'ailleurs, une loi générale que les lésions traumatiques du pied n'affectent pas, au point de vue fonctionnel, la gravité que présentent les lésions semblables de la main. Celles-ci sont également beaucoup plus fréquentes, et si l'œdème dur du dos de la main peut, à première vue, sembler faire exception à cette règle, c'est qu'il n'est pas encore assez connu. En réalité, l'affection dont il s'agit est loin d'être exceptionnelle, puisque M. Secrétan a pu en observer 11 cas dans un laps de temps relativement court. C'est assez dire qu'elle ne constitue point une simple curiosité pathologique, et mérite de prendre une place à part dans le groupe des contusions.

II

L'œdème dur du dos de la main a généralement pour cause une contusion simple, plus ou moins violente et massive : c'est tantôt un coup reçu sur la face dorsale du métacarpe, tantôt et plus rarement une extension brusque de la main. Dans les premiers jours qui suivent l'accident, on voit se former une tuméfaction œdémateuse diffuse et uniforme du dos du métacarpe, qui s'étend jusqu'à la base des doigts. La pression, douloureuse sur toute la région, laisse subsister une légère empreinte du doigt : on se trouve, pour le moment, en présence d'un œdème qui paraît tout à fait banal. Mais au bout de quelques jours le gonflement, tout en diminuant d'étendue et se localisant plus strictement au métacarpe, devient plus dur; le dos de la main est comme rembourré et a l'aspect d'un coussinet capitonné très résistant : *le doigt n'y laisse plus d'empreinte*. On ne remarque, du côté des téguments, ni teinte ecchymotique, ni phénomènes inflammatoires. Si l'on essaye de plisser la peau, on se rend compte que le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré et que les téguments adhèrent à la masse œdématiée. La pression reste toujours douloureuse et permet de percevoir, dans quelques points, un bruit particulier rappelant la crépitation de l'aï douloureux (Vulliet). La paume de la main, ainsi que l'articulation du poignet, ne présente rien d'anormal. Enfin, en ce qui concerne les troubles fonctionnels, on note une gêne considérable des mouvements actifs et passifs de tous les doigts, sauf le pouce : le blessé sent que la résistance à la flexion des doigts siège au dos de la main, où les tendons extenseurs, pris dans l'exsudat, s'opposent au libre jeu des fléchisseurs.

A ce tableau symptomatologique il faut encore ajouter la *persistance extrême de l'induration* : la tuméfaction de la main reste longtemps stationnaire, puis elle commence à diminuer très lentement pour se dissiper au bout de deux ou trois mois. Parfois l'affection est encore plus tenace; c'est ainsi que l'une des deux observations publiées par M. Borchard a trait à un ouvrier qui, à la suite d'une chute sur la main droite au mois de novembre 1895, présenta un gonflement douloureux de cette extrémité, traité d'abord, pendant trois semaines et sans le moindre succès, par le repos et des applications froides, puis — jusqu'au mois de février 1896 — au moyen du massage et des bains d'air surchauffé. Ce dernier procédé thérapeutique ayant réussi à calmer les douleurs, le patient reprit son travail, bien que la tuméfaction de la main n'eût guère diminué d'une façon sensible. Huit jours s'étaient à peine écoulés, lorsqu'il se déclara une récidive qui nécessita une nouvelle cure. Depuis lors, le malade a toujours conservé un certain degré de tuméfaction de la main, tuméfaction qui, sous l'influence d'un travail pénible et d'un second traumatisme, empira au point d'exiger, l'automne dernier, un séjour de trois mois environ à l'hôpital.

III

Pour ce qui a trait à la pathogénie de cette singulière affection, on comprend que, faute de constatations anatomo-pathologiques directes, on en soit, pour le moment, réduit à des hypothèses. D'après M. Secrétan, il s'agirait d'un exsudat diffus qui se produirait, à la suite de la contusion, entre les minces téguments du métacarpe dorsal et le plan osseux sous-jacent, et qui infiltrerait surtout le tissu cellulaire lâche entourant les tendons extenseurs. Cet exsudat ne se résorberait que lentement et pourrait même, dans des cas exceptionnels, s'organiser en une gangue fibreuse qui compromettrait définitivement les fonctions de la main en immobilisant les tendons extenseurs. M. Vulliet, qui a examiné la plupart des malades de M. Secrétan, se rallie également à cette interprétation pathogénique.

Toutefois, M. Borchard, en se basant sur les recherches radiographiques instituées dans les deux cas d'œdème dur du dos de la main qu'il a eu l'occasion d'observer, serait porté à croire que le processus morbide en question intéresse non seulement les parties molles, mais aussi le système osseux. En effet, à l'encontre de M. Secrétan qui n'a trouvé, chez ses patients, aucune anomalie à l'examen du squelette de la main à l'aide des rayons de Röntgen, M. Borchard a constaté que les métacarpiens et les phalanges étaient plus transparents qu'à l'état normal et présentaient une raréfaction du tissu osseux rappelant l'altération que M. Sudeck (1) a récemment décrite sous le nom d'atrophie aiguë inflammatoire des os.

Les observations ultérieures montreront dans quelle mesure ces lésions osseuses font réellement partie intégrante de la forme morbide en question.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins établi que l'œdème dur du dos de la main ne s'accompagne jamais de fracture ni de toute autre lésion traumatique intéressant l'intégrité du squelette.

IV

La description clinique que nous venons de faire permet déjà de prévoir les difficultés auxquelles pourra se heurter, en présence d'un cas de ce genre, le praticien non prévenu. De deux choses l'une : ou bien il voit le blessé peu de temps après l'accident, ou bien il est appelé auprès de lui alors que la lésion date déjà de quelques semaines, voire même davantage.

Dans le premier cas, le médecin est exposé à commettre une erreur grave de pronostic. En effet, après avoir examiné la main et avoir constaté l'absence de fracture, d'épanchement sanguin et de toute trace d'infection, il sera naturellement porté à conclure qu'il s'agit d'une simple contusion du métacarpe, susceptible de gêner le travail pendant une huitaine de jours tout au plus, tandis qu'en réalité l'incapacité fonctionnelle se prolongera deux ou trois mois, sinon plus.

En présence d'une lésion déjà ancienne, on pourrait tout d'abord être tenté — surtout si l'on a affaire à un assuré — de croire que le patient entretient artificiellement sa tuméfaction, afin de prolonger autant que possible le chômage, dont la durée paraît tout à fait disproportionnée à la nature du traumatisme. Mais, sans compter que les téguments de la région n'offrent aucune altération pouvant être attribuée à des manœuvres frauduleuses, il est facile de se convaincre que le port d'un bandage inamovible n'exerce pas la moindre influence sur l'évolution de l'œdème. L'affection a, du reste, été observée aussi chez des individus non assurés; de plus, le nombre relativement élevé des malades que MM. Secrétan et Vulliet ont vus, et qui venaient de régions différentes, suffit pour exclure toute idée de simulation.

Mais il est encore une autre hypothèse qui s'impose à l'esprit, en cas d'induration persistante du métacarpe : on songera à une lésion osseuse, à une fracture avec épaississement du périoste et des tissus voisins, ou à une périostite traumatique, tuberculeuse, etc. C'est ainsi que dans un des faits relatés dans le mémoire de M. Secrétan (2), où la lésion demeura stationnaire pendant plusieurs mois, le médecin traitant attribua l'induration à une prolifération osseuse traumatique (*Knochenwucherung*) et M. le professeur Roux (de Lausanne) pensa, malgré le résultat négatif de l'examen radiographique du squelette, à une ostéite tuberculeuse ou à une tumeur fongueuse de la gaîne des tendons extenseurs (l'épreuve d'un traitement spécifique énergique avait permis d'exclure le diagnostic de syphilis). On se décida finalement à pratiquer une incison exploratrice, qui

(1) M. Spengler (cité par M. Secrétan *in Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet 1901, p. 412) a, cependant, observé un cas dans lequel, le pied gauche ayant été pris sous une caisse très lourde, la tuméfaction du métatarse a persisté assez longtemps pour ne permettre au sinistré de reprendre son travail qu'au bout de sept mois et pour l'obliger plus tard à se reposer, de temps à autre, durant quelques jours.

(2) H. Secrétan. Œdème dur et hyperplasie traumatique du métacarpe dorsal. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet 1901.)

(3) Vulliet. Hartes traumatisches Oedem des Hand- und Fussrückens. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 25 oct. 1902.)

(4) Borchard. Ueber traumatisches Oedem des Handrückens. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév. 1903.)

(1) P. Sudeck. Ueber die acute entzündliche Knochenatrophie. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1900, LXII, 1.) — Ueber die akute (trophoneurotische) Knochenatrophie nach Entzündungen und Traumen der Extremitäten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 mai 1902.)

(2) H. Secrétan. (*Loc. cit.*, p. 413, observation IX.)

mit à nu les tendons extenseurs normaux enveloppés d'une gangue fibreuse épaisse et très résistante. Le relief des os était normal et il n'existait pas trace de pus ni de tuberculose. La résection d'une portion de tissu fibreux ne détermina, d'ailleurs, aucune amélioration, et un an et demi après l'accident le malade n'était pas encore guéri.

V

Il s'en faut, cependant, que tous les cas d'œdème traumatique du métacarpe dorsal revêtent la même gravité et qu'ils offrent les mêmes difficultés diagnostiques.

Pour peu qu'on ait présents à l'esprit les symptômes caractéristiques de l'affection dont il s'agit, on ne la confondra ni avec un œdème inflammatoire d'origine infectieuse, ni avec une tuméfaction œdémateuse par troubles circulatoires : dans ces deux éventualités, on a affaire à un œdème mou, sur lequel la pression du doigt laisse une empreinte, tandis que la consistance de l'*œdème dur* ne donne pas la sensation d'un exsudat liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais celle d'un épaississement direct des tissus. De plus, l'absence de tout phénomène inflammatoire et de toute ulcération du côté des téguments, ainsi que l'état normal des ganglions lymphatiques, permettra facilement d'exclure l'hypothèse d'une infection. Il importe, en outre, de noter que l'œdème d'origine infectieuse disparaît rapidement avec la cause qui l'a provoqué.

On aura encore à établir le diagnostic différentiel d'avec la fracture d'un métacarpien, qui constitue un accident très commun. La chose sera assez aisée, puisque la fracture se traduit par des symptômes nettement localisés : l'épaississement, au lieu de porter sur une large étendue de la face dorsale de la main, est très limité et persiste au point fracturé seul. La durée de l'affection est beaucoup moins longue, le chômage ne dépassant guère six semaines. La lésion se trahit après la guérison par un cal caractéristique, tandis que l'œdème dur, une fois guéri, ne laisse aucune trace. Enfin, dans les cas douteux, la radioscopie pourra facilement trancher le diagnostic.

On n'aura pas, non plus, beaucoup de peine à distinguer l'hyperplasie traumatique en question d'avec un épanchement sanguin, qui se manifeste par des ecchymoses, lesquelles font toujours défaut dans l'œdème dur.

Par contre, il est des cas — et nous en avons signalé ci-dessus un exemple remarquable — où le diagnostic ne laisse pas que d'être embarrassant, soit en raison de la durée extrêmement longue de l'affection, soit et surtout à cause de la localisation de l'induration qui semble intéresser l'épaisseur d'un métacarpien. En pareille occurrence, on s'expose surtout à confondre l'œdème dur avec une ostéite tuberculeuse. Aussi, toutes les fois qu'on sera tenté de poser ce diagnostic, devra-t-on s'enquérir soigneusement des antécédents du patient et ne s'arrêter à l'idée de tuberculose que si l'on peut exclure avec certitude l'hypothèse d'un traumatisme, sans quoi on risquerait d'entreprendre des interventions sanglantes inutiles, voire même nuisibles.

VI

M. Secrétan considère le pronostic de l'affection comme bénin. Toutefois, à en juger d'après celle de ses observations que nous avons mentionnée plus haut, ainsi que d'après le cas de M. Borchard, il existe, à côté des formes relativement bénignes d'œdème dur, des variétés très graves d'hyperplasie traumatique du métacarpe, où l'exsudat, au lieu de se résorber, finit au contraire par s'organiser et par compromettre les fonctions de la main d'une manière définitive.

Il importe, d'ailleurs, de tenir compte de la situation professionnelle du blessé : ses occupations exigent-elles peu d'effort physique, il sera à même de les reprendre au bout d'un laps de temps relativement court; par contre, s'il s'agit d'un ouvrier appelé à fournir un travail pénible, il est évident qu'il devra s'en abstenir tant que l'extrémité restera tuméfiée et douloureuse. Faute de se conformer à cette règle, on s'expose à voir l'état du patient subir une aggravation considérable. Aussi croyons-nous prudent de déclarer, avec M. Borchard, que le pronostic de l'œdème traumatique de la main doit toujours être très réservé.

En ce qui concerne le traitement, on devra proscrire, d'une façon absolue, le massage, qui est plus nuisible qu'utile. MM. Secrétan et Vulliet se bornent à employer des compresses et des bains chauds. M. Borchard donne la préférence aux bains d'air surchauffé (50° à 60°), qui agissent en activant la circulation et la résorption de l'exsudat. L'expérience a montré que les pansements compressifs restent sans le moindre effet et que l'immobilisation du membre n'est utile qu'au début de l'affection. Dans tous les cas, nous le répétons, on n'autorisera le patient à reprendre son travail que lorsque le gonflement et les douleurs auront complètement disparu.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1903.

Des essences reconnues dangereuses dont la fabrication et la vente doivent être proscrites ou réglementées.

M. Joffroy fait connaître que, à la suite des observations formulées au cours des précédentes séances par les différents orateurs qui ont pris part à la discussion sur les mesures qu'il conviendrait de prescrire à l'égard de la fabrication et de la vente des liqueurs et boissons à essences (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 32, 48 et 63), la commission de l'alcoolisme a renoncé à présenter deux listes d'essences susceptibles les unes d'une prohibition absolue, les autres d'une simple réglementation, suivant le degré de leur toxicité. A ces deux listes d'essences, la commission propose de substituer les trois conclusions et le vœu suivants qu'elle soumet à l'approbation de l'Académie :

« 1° L'Académie déclare que toutes les essences, naturelles ou artificielles, ainsi que les substances extraites, incorporées à l'alcool ou au vin, constituent des boissons dangereuses et nuisibles;

» 2° L'Académie déclare que le danger de ces boissons résultant à la fois des essences et de l'alcool qu'elles renferment, elles mériteraient toutes, quelle que soit leur base, d'être proscrites, et que tout au moins il y a lieu de les surtaxer d'une façon telle que cette surtaxe devienne prohibitive;

« 3° L'Académie signale en particulier le danger des apéritifs, c'est-à-dire des boissons à essences et alcool ingérées à jeun; le fait que ces boissons sont prises avant les repas rend en effet leur absorption plus rapide et leur toxicité plus active;

» 4° Enfin l'Académie émet le vœu qu'il soit pris des mesures efficaces pour diminuer le nombre des débits de boissons. »

(Les conclusions et le vœu qui les suit ont été mis aux voix et adoptés.)

Des adénopathies de l'aisselle au début de la tuberculose pulmonaire.

M. Fernet lit une note dans laquelle il démontre, en se basant sur des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, que les adénopathies axillaires sont très fréquentes au début de la tuberculose pulmonaire; il peut même arriver que l'apparition de ces adénopathies précède celle des signes fonctionnels ou physiques de la tuberculose. Suivant le siège des lésions pulmonaires, les adénopathies de l'aisselle sont uni ou bilatérales et coexistent ou non avec des adénopathies trachéo-bronchiques ou cervicales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1903.

Traitement des luxations anciennes du coude.

M. Lejars. — M. Launay nous a communiqué une observation de luxation complète du coude en dehors, datant de deux mois et traitée par la résection, au sujet de laquelle je dois vous présenter un rapport. Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, dont le membre était immobilisé à angle très obtus, dans une impotence absolue. Notre confrère fit une résection large du coude, et dès le sixième jour commença la mobilisation. Au dix-huitième jour, le malade portait facilement la main à la bouche et le fonctionnement du membre était fort satisfaisant; mais les résultats éloignés ne sont pas connus, l'opéré ayant été perdu de vue.

Je crois que la conduite suivie par M. Launay doit être approuvée, et que c'est à la résection qu'il faut donner la préférence dans les cas de ce genre, car l'arthrotomie fournit des résultats fonctionnels bien imparfaits dans le traitement des luxations du coude, lesquelles sont très souvent compliquées de fractures qui constituent fréquemment une cause d'irréductibilité.

Dans cette résection, qu'on doit faire largement, il est nécessaire de ménager le plus possible les insertions du triceps, au point de vue du fonctionnement ultérieur du coude, et pour cela l'incision bilatérale me paraît devoir être préférée aux autres procédés. Quant à la mobilisation post-opératoire, elle doit être très précoce, comme dans l'observation de M. Launay.

M. Poirier. — Je me demande comment on peut concilier les deux desiderata formulés par M. Lejars, à savoir la nécessité d'une résection large et la conservation des insertions du triceps.

M. Lucas-Championnière. — L'impotence complète que laissent les luxations non réduites du coude justifie entièrement la résection, dont les résultats fonctionnels sont très satisfaisants.

L'incision médiane, qui donne une très large voie opératoire, me paraît préférable à l'incision bilatérale, que préconise M. Lejars; elle permet parfaitement de ménager le triceps, en prenant quelques précautions.

M. Quénu. — L'incision médiane présente l'avantage de rendre possible l'interposition musculaire, lorsqu'on la juge nécessaire.

M. Nélaton. — J'ai eu pour ma part quelques occasions de réséquer le coude pour luxation ancienne et j'ai eu recours à la résection semi-articulaire d'Ollier, qui me paraît être le procédé de choix.

De la prostatectomie.

M. Tuffier. — Depuis le rapport que je vous ai présenté au sujet de la prostatectomie, il y a près de dix-huit mois (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 350), j'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer cette opération.

Au point de vue de la technique, je considère le morcellement, dans la prostatectomie, comme un pis aller; au reste, quand on a morcelé un des lobes de la prostate, il est généralement possible d'extirper l'autre en entier.

Au total, j'ai fait 6 prostatectomies, dont 2 par voie hypogastrique et 4 par voie périnéale, et je dois dire que l'opération périnéale me paraît plus facile à exécuter. Sur ces 6 interventions, j'ai eu 5 guérisons et 1 mort, chez un malade cachectique, dont je vous ai déjà parlé. Les résultats fonctionnels sont assez satisfaisants.

Des microorganismes de l'air.

M. Lucas-Championnière. — M. Quénu nous a fait récemment une très intéressante communication sur les germes de l'air, et sur l'importance qu'on doit attacher à leur présence dans les milieux hospitaliers (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 418). Il a insisté notamment sur l'utilité des pulvérisations antiseptiques, que l'on a contestée, bien à tort, je crois, dans ces dernières années. Quant à l'eau oxygénée, dont il a préconisé l'emploi, il y a longtemps que j'en

apprécie les avantages, et je suis convaincu qu'elle doit donner d'excellents résultats sous forme de pulvérisations.

M. Walther. — La désinfection des salles d'opération peut se faire très facilement avec les vapeurs de formol; pour faire disparaître ensuite les vapeurs irritantes, il suffit de répandre un peu d'ammoniaque sur le sol. Je dois ajouter que, depuis la communication de M. Quénu, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'employer les pulvérisations d'eau oxygénée, qui m'ont paru très efficaces.

M. Bazy. — Dans les expériences de M. Quénu, 1 fois sur 8 seulement on a trouvé des germes pathogènes; il me semble donc que les microbes de l'air ont beaucoup moins d'importance, au point de vue de l'infection, que ceux des objets insuffisamment aseptisés qui peuvent être mis en contact avec les plaies.

Thrombophlébite du sinus latéral consécutive à une otite aiguë.

M. Broca. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Molinié (de Marseille), relative à un cas de blessure du sinus latéral, au cours d'une intervention pour une mastoïdite consécutive à une otite moyenne aiguë. En présence de la perforation du sinus, notre confrère crut devoir dénuder largement celui-ci, de façon à surveiller plus aisément les suites. Or, il s'est produit une thrombophlébite du sinus et je me demande si la dénudation n'a pas contribué à cet accident. M. Molinié a lié la jugulaire, ouvert le sinus et enlevé le caillot; son malade a guéri.

M. Tuffier lit un rapport sur deux observations de corps étrangers des voies digestives (sou dans l'œsophage, fourchette dans l'estomac), envoyées par MM. Kallionzis et Tsakonas (d'Athènes). Les deux corps étrangers ont pu être extraits, l'un au moyen du panier de Græfe, l'autre par la gastrotomie; les malades ont guéri.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars 1903.

Dysostose cléido-crânienne.

M. Hirtz communique, en son nom et au nom de M. Louste, l'observation d'un homme de quarante-neuf ans, mesurant 1 m. 45 de taille et présentant au niveau du crâne, de la face et des clavicules les troubles de l'ossification qui ont été décrits il y a quelques années par M. P. Marie (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 236) sous le nom de dysostose cléido-crânienne.

En ce qui concerne le crâne, ces troubles consistent en une dépression frontale correspondant à la suture métopique, en la persistance de la fontanelle antérieure et en des irrégularités dans la soudure de la suture lambdoïde. Les malformations de la face sont constituées par un enfoncement du bord supérieur de l'orbite, par un arrêt de développement des arcades zygomatiques, une implantation irrégulière des dents et une exagération de la voûte palatine. Les clavicules sont également le siège d'un arrêt de développement, et, en outre, la clavicule droite a conservé une consistance cartilagineuse. Les autres parties du squelette n'offrent aucune anomalie, et on n'en constate pas non plus du côté des viscères. Les mouvements des membres supérieurs s'exécutent normalement, malgré la disposition défectueuse des clavicules. Seule la face a subi une diminution de volume du fait des malformations signalées plus haut, et les yeux présentent un certain degré d'exophtalmie.

Cholécystite suppurée ayant simulé les vomissements de la grossesse et s'étant terminée par le syndrome de la méningite cérébro-spinale.

M. Le Gendre relate l'observation d'une femme de trente-quatre ans qui fut prise brusquement à deux reprises, au cours d'une grossesse, de vomissements alimentaires, puis bilieux, bientôt suivis d'accidents méningitiques (constipation, raideur de la nuque, strabisme, inégalité pupillaire, signe de Kernig, température de 40°, etc.), qui déterminèrent la mort dans le coma au bout de quelques jours.

Le liquide céphalo-rachidien, recueilli pendant la vie au moyen d'une ponction lombaire, contenait une grande proportion de leucocytes. A l'autopsie, on trouva une cholécystite suppurée, développée à la suite de l'enclavement d'un gros calcul dans le canal cystique.

Hémiplégie hystérique avec contracture.

M. Bernard (médecin militaire) montre un soldat qui est atteint, depuis son enfance, d'une hémiparésie avec contracture légère des membres du côté droit, sans participation de la face. L'existence d'une hémianesthésie du côté des membres paralysés et d'un rétrécissement du champ visuel semble indiquer que la paralysie des membres, malgré la contracture qui l'accompagne, doit être rattachée à l'hystérie plutôt qu'à une lésion organique.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 5 mars 1903.

Accidents dysentériformes provoqués par des injections intraveineuses de cyanure de mercure.

M. Balzer relate l'observation d'un syphilitique chez lequel, en présence de troubles pupillaires et de phénomènes nerveux faisant redouter un début de paralysie générale, il eut recours aux injections intraveineuses de cyanure de mercure, pratiquées tous les cinq ou six jours à la dose de 0 gr. 01 centigr. Or, régulièrement cinq à six heures après chaque injection, le malade avait deux ou trois selles diarrhéiques, puis tout rentrait dans l'ordre jusqu'à l'injection suivante. A la onzième injection les accidents intestinaux devinrent subitement beaucoup plus graves : cet homme eut deux selles liquides, puis des évacuations glaireuses et sanglantes qui se renouvelèrent incessamment toute la nuit, accompagnées d'épreintes et de ténesme. Malgré des soins appropriés, cet état dysentériforme se prolongea encore pendant toute la journée suivante pour ne céder que dans la soirée, après avoir duré dix-huit heures.

Il faut dire que le sujet présentait une certaine prédisposition aux accidents intestinaux, car il avait des alternatives de constipation et de diarrhée déjà longtemps avant de suivre tout traitement mercuriel.

Toujours est-il que ce fait montre qu'il suffit de quelques heures pour que les injections mercurielles aient un retentissement appréciable sur l'intestin, et que de faibles doses de cyanure de mercure peuvent déterminer des accidents sérieux.

Evolution terminale et autopsie d'un mycosis fongoïde.

M. Danlos. — J'ai pratiqué ces jours derniers l'autopsie d'un sujet atteint de mycosis fongoïde, chez lequel, dans les derniers temps de la maladie, nous avions constaté deux phénomènes importants : d'une part, à mesure que la cachexie augmentait, les tumeurs cutanées s'effaçaient progressivement, si bien qu'elles avaient fini par disparaître complètement; d'autre part, il se fit pendant cette même période une tuméfaction énorme des ganglions inguinaux.

A l'autopsie, l'examen de la plupart des viscères est resté négatif. On a relevé de la psorentérie, une certaine augmentation de volume des ganglions mésentériques et du foie. Par contre la rate était considérablement hypertrophiée et pesait 480 grammes; la surface de coupe de cet organe était parsemée de gros nodules blanchâtres, paraissant développés au niveau des corpuscules de Malpighi. Les ganglions inguinaux, gros comme des mandarines, présentaient à la coupe un aspect encéphaloïde.

Folliculite suppurée à gonocoques sans uréthrite blennorrhagique.

M. Queyrat montre un jeune homme qui porte, depuis un mois, au niveau du sillon balano-préputial, une folliculite dont le pus contient nettement des gonocoques. Ce malade n'est atteint actuellement — et n'a jamais souffert auparavant — d'aucune autre manifestation de la blennorrhagie, notamment d'uréthrite.

M. A. Renault a également traité dans son service un cas de balanite à gonocoques sans uréthrite.

M. Verchère. — Les femmes ont parfois autour de l'urèthre une folliculite semblable, sans autre localisation de la blennorrhagie.

Précocité de l'apparition de la roséole dans les cas de chancre de la lèvre.

M. Milian communique, au nom de M. Gaucher et au sien, 7 observations qui semblent prouver que la localisation de l'accident primitif aux lèvres hâte sensiblement l'apparition de la roséole syphilitique. Celle-ci s'est montrée, en effet, dans ces cas, du quinzième au vingt-huitième jour après l'apparition du chancre labial.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 février 1903.

Sur l'étiologie du pied bot.

M. Moritz Borchardt fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé les deux principales théories en cours, relatives à la pathogénie du pied bot — l'une considérant cette affection comme idiopathique, l'autre y voyant l'effet de phénomènes de compression intra-utérine —, il déclare que toutes les deux sont exactes dans une certaine mesure, mais que ni l'une ni l'autre ne s'applique à la généralité des faits. En effet, s'il est vrai que le pied bot paraît parfois dépendre d'une compression entre le cordon ombilical et l'amnios, comme l'a soutenu M. Heusner, on le voit ailleurs coexister avec d'autres malformations qui sont indépendantes de toute compression, d'où l'on peut conclure qu'il est, lui aussi, idiopathique.

L'orateur présente, en terminant, un homme qui, ainsi que 3 de ses 6 enfants, est atteint de pied bot congénital.

Un cas de pseudo-hermaphrodisme.

M. Th. Landau montre un individu de vingt-sept ans, qui fut considéré à sa naissance comme appartenant au sexe féminin; on constate chez lui l'existence de deux replis cutanés simulant une vulve, entre lesquels se trouve un appendice non perforé, ayant l'apparence d'un pénis. On n'a pu examiner les glandes génitales; il n'y a, par la prétendue vulve, aucun écoulement de mucus, et le sujet n'est pas menstrué. Il a, d'ailleurs, une physionomie masculine, mais, au point de vue psycho-sexuel, il se sent porté vers les hommes; une tentative de coït est demeurée infructueuse.

Oblitération de l'uretère chez un individu n'ayant qu'un seul rein.

M. J. Israel relate l'observation d'un homme n'ayant qu'un seul rein, sur lequel un chirurgien pratiqua une incision pour une hydronéphrose; il en résulta une fistule urinaire avec accidents de pyélite et oblitération totale de l'uretère. L'orateur put rétablir le cours normal des urines au moyen d'un tube de caoutchouc engagé d'une part dans la fistule rénale, d'autre part dans la vessie, et muni de valvules qui empêchent la rétrogradation du liquide urinaire. Depuis plus de six mois que cet appareil est en place, l'urine est devenue tout à fait claire, et les manifestations de pyélite ont complètement disparu.

Du diagnostic des tumeurs osseuses.

M. Levy-Dorn, à propos de la communication faite par M. von Bergmann dans la précédente séance sur le même sujet, déclare qu'à son avis on peut, par la radiographie, reconnaître des tumeurs osseuses dans des cas où le diagnostic serait impossible sans ce moyen; il en est ainsi, notamment, pour les tumeurs centrales, dont les rayons de Röntgen permettent d'apprécier le siège exact et les dimensions.

M. Helbing insiste, au contraire, sur l'insuffisance de la radiographie pour le diagnostic

des néoplasmes osseux kystiques, que rien, sur l'image, ne distingue d'un foyer de ramollissement.

M. H. Oppenheim rend compte de ses tentatives de diagnostic radiographique des tumeurs intracrâniennes; on n'obtient de bons résultats, dans les faits de ce genre, qu'assez exceptionnellement; la radiographie a cependant permis à l'orateur de reconnaître des déformations de la selle turcique chez un individu porteur d'un néoplasme de l'hypophyse.

M. Görges cite le cas d'un enfant de deux ans chez lequel des douleurs et un gonflement du coude apparurent quelques jours après une chute; les rayons de Röntgen ayant montré l'existence d'un foyer de ramollissement au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus et dans l'olécrâne, on put conclure à une lésion tuberculeuse, diagnostic que jusque là on n'était pas autorisé à porter.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 2 mars 1903.

Le pronostic des arythmies.

M. Kraus fait observer que M. Rehfisch, dans sa récente communication sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 51), a complètement séparé le pouls bigéminé du pouls déficient; tous deux relèvent cependant de l'hémisystolie, état que M. von Leyden a le premier cliniquement observé et que M. Knoll a pu reproduire expérimentalement. D'après M. Rehfisch, le pouls bigéminé serait le résultat d'une extrasystole et aurait un pronostic favorable, tandis que le pouls déficient, conséquence d'un trouble de la conductibilité du cœur, serait un symptôme alarmant. En réalité, pour l'orateur, le pronostic dépend uniquement de l'affection causale : si l'arythmie traduit une altération cardiaque grave, elle sera un indice autrement fâcheux que si elle apparaît, par exemple, à la suite d'une grippe. C'est ainsi que le pouls déficient peut être l'effet d'une action nerveuse (pneumogastrique) et que son pronostic en pareil cas n'est pas mauvais.

M. von Leyden déclare qu'on a modifié sa conception de l'hémisystolie. Il s'agit d'une manifestation très rare, qu'il n'a observée qu'une fois : au ventricule gauche le premier choc était fort, le second faible; au ventricule droit c'était l'inverse; c'est là un phénomène qu'on ne saurait confondre avec le pouls bigéminé. L'orateur a vu depuis lors un second cas d'hémisystolie, mais intermittente, et par conséquent n'ayant pas la même valeur.

Une altération analogue du rythme cardiaque se produit à la suite de l'administration longtemps prolongée de hautes doses de digitale; on sait d'ailleurs que la digitale agit exclusivement sur le ventricule gauche, d'où son peu d'efficacité dans les affections du cœur droit. Withering, qui a introduit ce médicament dans la thérapeutique en 1785, avait vu, par l'usage de doses massives, les battements cardiaques s'abaisser jusqu'à 32; en pareil cas il devait y avoir hémisystolie.

M. Litten dit avoir observé des malades ayant une telle bradycardie que l'on comptait quatre pulsations veineuses par chaque contraction du cœur.

M. Neisser critique la théorie d'Engelmann, pour lequel le cœur privé de nerfs pourrait battre *in vivo;* comment concilier une pareille opinion avec ce que l'on sait de l'influence psychique sur les battements cardiaques, influence qui se traduit par de l'arythmie, voire même par l'arrêt du pouls?

M. B. Lewy estime que le pouls intermittent est de pronostic plus sombre que ne l'a dit M. Rehfisch; par contre, le pouls alternant ne saurait être considéré, ainsi qu'il l'a été par M. Rehfisch, comme un symptôme des plus fâcheux : M. Wenckebach a relaté le cas d'un homme de soixante-quatorze ans qui eut, plusieurs semaines durant, un pouls alternant à la suite d'une grave atteinte d'influenza, et dont le pouls finit cependant par recouvrer ses caractères normaux.

M. A. Fränkel déclare avoir observé des cas d'intermittence du pouls à tous les âges, particulièrement dans les états d'épuisement nerveux profond; dans les faits de ce genre, le pronostic n'est pas défavorable. Le traitement doit consister à placer le malade dans un repos intellectuel aussi complet que possible, à le soumettre aux pratiques hydrothérapiques et à la gymnastique du cœur, à lui prescrire des nervins, notamment de l'arsenic, ainsi que de petites doses de composés bromés et de caféine.

Le pouls intermittent se distingue, au point de vue symptomatique, du pouls arythmique en ce que le premier provoque régulièrement des sensations pénibles, tandis que le second passe presque toujours inaperçu des patients.

M. Rehfisch répond à M. von Leyden qu'il a dit seulement que les manifestations cliniques de l'hémisystolie se confondent avec celles de l'extrasystole.

En ce qui concerne le pouls déficient, il est toujours d'un pronostic sévère et ne s'observe jamais chez les névropathes, où l'on rencontre plutôt le pouls extrasystolique. Pour ce qui est des cas cités par M. Litten, il pourrait bien s'agir d'une lésion tricuspidienne. Quant au pouls alternant, l'orateur maintient que c'est une des formes les plus graves d'arythmie.

Urticaire causée par l'ingestion d'œufs.

M. Bendix présente un enfant d'un an et demi, bien développé quoique offrant un faible degré de rachitisme, qui, chaque fois qu'il absorbe un œuf, est pris, au bout de six à huit minutes, d'une urticaire étendue. Ce phénomène a été remarqué pour la première fois alors que le petit malade avait trois mois.

L'orateur, en présence de ce fait, se demande si certaines urticaires dont la cause demeure inconnue ne relèveraient pas du même facteur.

M. Albu dit avoir observé il y a quelques années un cas tout à fait analogue : il s'agit d'un enfant chez lequel les œufs déterminaient après quelques minutes l'apparition d'un érythème bulleux; aucun autre aliment n'avait la même action. Ce garçonnet ayant en même temps une constipation opiniâtre, on traita celle-ci; on obtint de la sorte une diminution de l'idiosyncrasie, mais non sa disparition.

M. Max Michaelis demande à M. Bendix si son petit malade prenait des œufs cuits ou crus. On sait que l'albumine crue n'est pas, pour beaucoup d'individus, une substance indifférente, mais peut causer de l'albuminurie. L'orateur signale l'analogie qui existe entre ces manifestations cutanées et celles qui sont consécutives aux injections de sérum.

M. Bendix répond que les œufs cuits agissent de la même façon que les œufs crus.

Anémie pernicieuse bothriocéphalique mortelle.

M. Zinn relate l'observation d'une femme de trente-six ans, qui a succombé à une anémie pernicieuse bothriocéphalique. L'administration d'extrait de fougère avait amené l'expulsion de 7 têtes de bothriocéphale, mais l'état général était dès lors trop compromis pour que la guérison pût être obtenue.

M. Litten fait observer qu'il est exceptionnel de rencontrer ainsi plusieurs bothriocéphales; il est même remarquable que cette espèce de ver soit seule capable de déterminer de l'anémie pernicieuse, alors que d'autres espèces, comme les ténias, dont plusieurs individus (jusqu'à 40 dans un cas observé par l'orateur) coexistent souvent dans l'intestin, n'exercent pas une influence comparable sur la santé.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Du pronostic des troubles visuels d'origine électrique, par M. F. Terrien.

Le développement considérable qu'a pris, depuis quelques années, l'industrie électrique, rend plus fréquents chaque jour les accidents dus à l'emploi des courants de haut voltage. De même que la foudre, ces courants peuvent entraîner des troubles oculaires, d'ailleurs tout différents de ceux de la fulguration; ayant eu l'occasion d'en observer 45 cas, M. Terrien se livre à une étude d'ensemble de la question, en faisant remarquer que la connaissance de ces faits est d'autant plus importante qu'il s'agit ordinairement d'accidents du travail, soumis actuellement, dans la plupart des pays, à une législation particulière exigeant l'intervention d'un médecin.

Les troubles visuels déterminés par un courant électrique qui ne traverse pas le corps du sinistré — le plus souvent c'est un court circuit qui se forme, d'où éclatement d'une étincelle à peu de distance du visage — peuvent être distingués en phénomènes inflammatoires, troubles fonctionnels et troubles nerveux, accompagnés quelquefois de symptômes généraux (fièvre, accélération du pouls).

Parmi les premiers, il faut citer tout d'abord l'hyperémie de la conjonctive, qui ne manque jamais et est surtout intense au voisinage de la cornée, et qui bientôt se transforme — non dans tous les cas, cependant — en une véritable conjonctivite avec sécrétion; les modifications cornéennes (opacités, troubles, etc.) sont exceptionnelles; par contre, il n'est pas rare de rencontrer une injection du cercle ciliaire, fréquemment avec hyperémie de l'iris, voire même irido-cyclite; contrairement à ce qui se voit dans les accidents déterminés par la foudre, il ne se produirait jamais de cataracte; enfin, en ce qui concerne les membranes profondes, leur participation se traduit soit simplement par des troubles fonctionnels, qui sont constants, soit par des modifications de l'image ophtalmoscopique, rappelant une chorio-rétinite spécifique de moyenne intensité, et que l'auteur a relevées dans plus des trois quarts des cas : il s'agirait là de lésions d'œdème rétinien.

Parmi les troubles fonctionnels se rangent, comme phénomènes immédiats, l'éblouissement, puis l'érythropsie; après la disparition de ces symptômes, on note une diminution de l'acuité visuelle et un rétrécissement du champ de la vision; l'héméralopie est assez fréquente.

Les troubles nerveux sensitifs consistent essentiellement en une photophobie dont l'intensité est d'ordinaire proportionnelle à la gravité des lésions, en céphalée et en douleurs névralgiques, en douleurs à la pression sur le globe et au niveau de l'émergence des nerfs sus-et sous-orbitaires. Dans la sphère motrice, on peut voir survenir du blépharospasme; la pupille, en myosis après l'accident, ne tarde généralement pas à récupérer ses réflexes normaux, mais il arrive aussi qu'il se produise une sorte de réaction inverse à la lumière (dilatation de la pupille, après une phase de contraction, bien que l'on continue à appliquer l'excitation lumineuse), que M. Terrien considère comme un signe de pronostic fâcheux. Enfin le larmoiement traduit le trouble des fonctions sécrétoires.

Le pronostic est extrêmement variable d'un malade à l'autre; et cependant il importe de pouvoir l'établir avec quelque certitude, puisque le médecin aura presque toujours à se prononcer sur les conséquences de l'accident et sur la durée probable de l'incapacité de travail qui en résultera. D'une façon générale, les cas les plus graves sont ceux où l'étincelle a éclaté à peu de distance des yeux (de 30 à 50 centimètres); les altérations du fond de l'œil, fort utiles pour le diagnostic, quand elles existent, ne fournissent par contre aucune indication pronostique. A ce point de vue, on se basera plutôt sur les modifications du réflexe pupillaire, sur la persistance des troubles fonctionnels, sans tenir grand compte de leur intensité du début, enfin et surtout sur les douleurs à la pression, pour porter un pronostic fâcheux, en se rappelant toutefois que, chez certains sujets nerveux, une partie des troubles observés peut être attribuée à l'hystéro-traumatisme. (*Arch. d'ophtalmol.*, novembre 1902.) — F. F.

De l'ablation esthétique des kystes de l'ovaire, par M. H. Morestin.

Dans le but d'éviter la cicatrice apparente que laisse après elle une laparotomie exécutée selon la technique habituelle, l'auteur, chez deux malades jeunes et désireuses de ne pas conserver des stigmates trop visibles de l'opération qu'elles allaient subir, a procédé de la manière suivante :

La patiente étant placée en position très légèrement renversée, il fit sur le mont de Vénus

une incision *transversale* ne mesurant que 7 centimètres de longueur et située sur la partie la plus saillante du pénil, à un large travers de doigt au-dessous du sillon sus-pubien, c'est-à-dire en un point qui est normalement recouvert de poils. La peau et l'épais tissu cellulaire sous-jacent une fois sectionnés, et le bord supérieur du pubis reconnu, la lèvre supérieure de l'incision fut disséquée d'avec l'aponévrose, puis fortement relevée en haut de façon à découvrir la ligne blanche sur une hauteur de 6 ou 7 centimètres; à ce niveau, M. Morestin fendit verticalement la paroi musculo-aponévrotique et ouvrit le péritoine, non sans avoir préalablement repéré l'ouraque, afin de s'assurer que la vessie — entièrement vidée avant l'intervention — était placée plus bas. Le kyste étant alors refoulé en avant et en bas et fixé par la main d'un aide apparut dans la plaie; on l'évacua par aspiration et la poche put facilement être extirpée. L'incision péritonéale et celle de la ligne blanche furent oblitérées par des surjets; la peau fut soigneusement suturée au moyen d'anses de soie fine qui traversaient toute l'épaisseur du pannicule adipeux, mais émergeaient du derme au niveau même de l'incision.

Ce procédé serait applicable toutes les fois que le kyste est mobile ou tout au moins peu adhérent, ce qui est ordinairement le cas chez les personnes jeunes; le volume de la poche, sans être négligeable, serait moins important : chez les 2 malades en question il atteignait les dimensions d'une tête d'enfant. Outre l'avantage de laisser une cicatrice absolument cachée, la manière de faire adoptée par l'auteur serait également recommandable en ce qu'elle affaiblit aussi peu que possible la sangle musculo-aponévrotique de l'abdomen; de plus, les cicatrices superficielle et profonde étant discordantes, les téguments conservent toute leur mobilité. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, octobre 1902.) — F. F.

Un cas d'iritis ourlienne double,
par M. A. COLLOMB.

Si certaines déterminations oculaires des oreillons (névrite optique, dacryo-adénite) sont relativement fréquentes, ou du moins connues depuis longtemps, il n'en va pas de même des lésions de l'iris et du tractus uvéal, dont fort peu de cas auraient été publiés jusqu'ici; aussi nous paraît-il intéressant de signaler l'observation relatée par M. Collomb.

Un homme de vingt neuf ans, vigoureux et de bonne santé habituelle, fut pris d'un embarras gastrique non fébrile, et presque aussitôt il s'aperçut que « son œil droit se troublait », en même temps qu'on lui faisait remarquer que ses parotides se tuméfiaient; du côté droit la vision était assez notablement altérée, et dans la région fronto-orbitaire, ainsi que vers la racine du nez, le malade éprouvait des douleurs d'ailleurs assez modérées; le testicule droit était le siège d'élancements douloureux, sans qu'il s'y manifestât cependant de symptômes d'orchite.

Quand l'auteur vit cet homme, trois semaines environ après le début des accidents, la conjonctive était rouge, avec injection périkératique assez prononcée; la pupille se montrait irrégulière, l'iris un peu flou et il existait en haut et en dehors une synéchie postérieure très forte; on constatait, en outre, un trouble du vitré, avec quelques fines opacités flottantes, et un peu d'hyperémie de la papille. Sous l'influence d'un traitement approprié (instillations d'un collyre à l'atropine, régime surtout lacté, calomel à doses fractionnées), ces diverses manifestations avaient presque complètement rétrocédé, lorsque le malade se présenta de nouveau, une vingtaine de jours plus tard, avec une iritis du côté gauche, ayant déterminé plusieurs synéchies postérieures. Cette nouvelle complication disparut en une semaine environ, mais il persista néanmoins deux synéchies.

La particularité la plus remarquable de ce cas est que la première iritis — celle de l'œil droit — se développa dès le début de l'infection ourlienne, à peu près en même temps que le gonflement des parotides. Au point de vue clinique, l'iritis ourlienne, autant qu'on en peut juger par le très petit nombre d'observations jusqu'ici connues, serait une iritis d'allure subaiguë. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janvier 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De la névrite périphérique, cause essentielle des paralysies laryngées dans le tabes, par M. A. CAHN.

Dans la majorité des cas, la paralysie laryngée survient à une période avancée du tabes et est compliquée de troubles dans d'autres régions innervées par les nerfs crâniens. Il existe cependant des observations où une paralysie partielle des muscles du larynx a précédé les symptômes typiques de l'ataxie, de sorte qu'on a souvent méconnu la nature véritable de l'affection laryngée. C'est ainsi que M. Cahn relate un fait où une paralysie des abducteurs de la corde vocale droite survint deux ans après qu'on eut constaté l'absence des réflexes pupillaires, mais trois mois avant l'apparition des premiers symptômes ataxiques.

On n'est actuellement pas encore fixé sur la nature de ces paralysies : on ne sait pas au juste si elles sont d'origine bulbaire ou périphérique. Or, l'auteur a observé un ataxique atteint d'une paralysie de la corde vocale gauche et mort prématurément d'une pneumonie franche. L'examen histologique de la moelle fit reconnaître les lésions typiques du tabes. Le bulbe, par contre, et en particulier les noyaux des nerfs crâniens, était parfaitement intact. D'un autre côté, il existait de l'atrophie du muscle crico-aryténoïdien postérieur gauche, dont les fibres étaient amincies et grêles, quelques-unes ayant perdu leur striation normale. De même, les muscles crico-aryténoïdien latéral et thyréo-aryténoïdien gauches étaient légèrement atrophiés. La racine et le tronc du pneumogastrique du même côté étaient intacts, tandis que le récurrent gauche était dans un état de dégénérescence avancée.

M. Cahn a recherché toutes les observations de paralysie laryngée tabétique où le microscope permit de tirer une conclusion au sujet de l'origine de la paralysie. Dans un fait relaté par M. Oppenheim, les muscles seuls étaient atteints, les nerfs et le bulbe ne présentant pas trace de lésion. Mais dans la grande majorité des cas on trouve des altérations des nerfs périphériques : à l'observation de l'auteur peuvent être comparées celles qui ont été publiées par M. Oppenheim, M. Krauss, M. Dejerine et M. Pétren, et dans lesquelles il existait, à côté de l'atrophie musculaire, une lésion du récurrent ou du pneumogastrique, les noyaux du bulbe étant intacts. Ces cas sont intéressants en ce que l'examen histologique a pu être pratiqué à une époque relativement récente de la maladie, tous ces patients étant morts d'affections intercurrentes.

Un autre groupe comprend 12 observations dans lesquelles on a constaté des lésions du bulbe, outre les altérations périphériques; mais il faut en distraire 5 faits où l'on a noté spécialement l'absence de toute lésion des noyaux du pneumogastrique et de ses racines intrabulbaires; la paralysie laryngée ne pouvait dès lors pas être attribuée à l'altération du bulbe, des lésions analogues existant parfois sans paralysie laryngée. Dans tous les autres cas, on releva des altérations bulbaires relativement considérables, encore que la dégénérescence du centre moteur attribué au larynx ne se trouve signalée qu'une seule fois. Dans tous ces faits, il y avait en même temps des lésions des nerfs périphériques, souvent beaucoup plus importantes que les lésions centrales. Aussi M. Cahn est-il disposé à considérer la grande majorité des paralysies laryngées tabétiques comme d'origine périphérique. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — A. J.

L'hypertrophie du thymus dans ses rapports avec la mort subite, par M. PENKERT.

L'existence d'un rapport de cause à effet entre l'hypertrophie du thymus et la mort subite a été indiquée, pour la première fois, par M. P. Grawitz, il y a environ quinze ans. Toutefois, il s'en faut que le mécanisme de la mort subite qui survient en pareil cas soit complètement élucidé. Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point, les uns partageant la manière de voir de M. Grawitz, d'après laquelle la mort serait due directement à la compression exercée par la glande hypertrophiée sur la trachée, tandis que d'autres font intervenir la compression des nerfs et, en particulier, celle des rameaux cardiaques du nerf vague (Birch-Hirschfeld). Aussi nous paraît-il intéressant de relater ici les constatations anatomiques que M. Penkert a eu l'occasion de faire à cet égard, au cours de deux autopsies qu'il a récemment pratiquées à l'Institut pathologique de la Faculté de médecine de Greifswald.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un nouveau-né ayant vécu seulement trois heures et à la nécropsie duquel on trouva un rétrécissement de la trachée, qui n'allait pas cependant jusqu'à l'aplatissement de l'organe, avec hypertrophie considérable du thymus : cette glande mesurait 5 centimètres de longueur sur 2 à 6 centimètres de largeur et 1 centim. 1/2 à 2 centimètres d'épaisseur; elle s'étendait jusqu'au devant du manubrium, où elle présentait encore une épaisseur de 1 centimètre, tandis que la distance qui séparait le sternum de la colonne vertébrale n'était guère que de 15 millimètres. Les poumons étaient en atélectasie complète et la docimasie pulmonaire donna un résultat négatif. L'hypertrophie du thymus avait évidemment empêché l'établissement de la respiration, et à ce point de vue le cas en question n'est pas sans quelque analogie avec celui qui a été relaté par M. Perrin de la Touche (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 309).

L'autre observation de M. Penkert a trait à un petit garçon de six mois, qui succomba en pleine santé et chez lequel on constata, à l'autopsie, un développement extraordinaire du thymus, dont les trois dimensions maxima étaient de 10, 5 1/2 et 4 centimètres, et qui recouvrait presque complètement le péricarde. La trachée présentait, au niveau de son entrée dans le thorax, un rétrécissement de calibre avec aplatissement en forme de fourreau de sabre. Au niveau du thymus, des poumons et du péricarde, il existait de nombreuses hémorrhagies punctiformes. La mort était due à l'asphyxie par suite d'hyperplasie du thymus. Reste à savoir pourquoi l'enfant a succombé subitement. L'auteur serait porté à attribuer ce fait à un mouvement brusque, tel que le renversement de la tête en arrière, qui serait capable d'accentuer la sténose trachéale, tout en augmentant encore la tuméfaction du thymus en raison de la compression des vaisseaux veineux du cou.

Quoi qu'il en soit, M. Penkert estime que l'hypertrophie du thymus est parfaitement susceptible de déterminer la mort subite par compression de la trachée. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 novembre 1902.) — L. CH.

Sur la cécité hystérique, par M. H. KRON.

L'auteur relate 2 cas personnels de cécité hystérique, à la suite desquels il réunit toutes les observations de ce syndrome éparses dans la littérature médicale, de façon à présenter un tableau clinique aussi complet que possible de cette manifestation si curieuse de l'hystérie.

Sa statistique porte ainsi sur 49 faits : 23 fois l'amaurose était unilatérale, tandis qu'elle avait frappé les deux yeux chez 26 malades; il n'est donc pas exact de prétendre, comme on l'a fait généralement jusqu'ici, que la cécité hystérique est le plus souvent unilatérale. La cécité est d'ordinaire complète du côté atteint; M. Kron n'a trouvé en tout que 7 observations où il fût noté que les patients percevaient encore faiblement les impressions lumineuses. Les cas d'amaurose unilatérale comprennent 7 hommes et 16 femmes; la différence est plus grande dans la cécité double : 22 femmes contre 4 hommes.

En ce qui concerne l'évolution, on doit distinguer entre les hystériques qui n'ont eu qu'une seule attaque d'amaurose et ceux qui ont eu des rechutes. Les cas de la première catégorie sont les plus nombreux; l'auteur en a relevé 32; ils peuvent être répartis en trois catégories : une forme transitoire, ne persistant pas plus de quelques jours; une cécité de courte durée (de deux à six semaines), et une cécité tenace, qui peut se prolonger de quatre mois jusqu'à dix ans; aucune de ces variétés ne prédomine au point de vue de la fréquence. Sur les 17 cas d'amaurose hystérique à rechute qu'il a rassemblés, il en signale 4 où les récidives eurent un caractère nettement intermittent : un de ces malades était frappé tous les jours entre onze heures et quatre heures d'une cécité de l'œil gauche, qui disparaissait au bout d'une demi-heure environ; dans un autre cas, l'œil droit devenait aveugle chaque jour à six heures du soir et l'amaurose ne cessait qu'à minuit; chez 2 autres patients les intermittences étaient

moins régulières. Dans le reste des observations, on n'a noté que deux ou trois attaques, de durée variable.

La cécité transitoire affecte généralement les deux yeux; dans les formes de courte durée et dans les formes tenaces, il n'y a pas de différence sensible, relativement à leur fréquence respective, entre les cas d'amaurose double et ceux d'amaurose unilatérale. L'affection s'observe surtout entre dix et trente ans; à partir de ce dernier âge, elle devient de plus en plus rare.

La cécité se déclare d'ordinaire brusquement; on ne connaît que 2 observations de perte graduelle de la vue. Elle est fréquemment associée à des maux de tête; les troubles gastriques, indiqués parmi les symptômes précurseurs de cette affection, paraissent, au contraire, sans importance. On a également prétendu que la cécité survenait de préférence à la suite d'une crise hystérique; d'après M. Kron les cas où il en est ainsi sont exceptionnels (5 ou 6 sur un total de 49). On en peut dire autant de l'influence des émotions; mais 8 fois l'amaurose a été précédée d'un traumatisme. Ailleurs on a noté une affection douloureuse, en particulier des douleurs dentaires. Enfin, chez nombre de patients, la cécité est apparue sans cause appréciable.

L'amaurose est souvent accompagnée d'autres stigmates hystériques; ceux-ci peuvent toutefois faire défaut; dans 16 cas il n'en est pas fait mention et dans 4 autres les auteurs insistent spécialement sur l'absence de tout autre symptôme d'hystérie. De 29 observations renfermant des indications sur l'état des pupilles, 14 signalent des anomalies; 8 fois il existait de la rigidité pupillaire. On n'a constaté que chez 3 malades des troubles fonctionnels des muscles externes de l'œil; généralement il s'agissait de contractures, exceptionnellement de paralysie. Sauf dans un cas, où l'on a reconnu une légère neuro-rétinite, le fond de l'œil fut trouvé normal.

Le pronostic de l'affection est ordinairement favorable, quoique la cécité puisse persister pendant plusieurs années; le retour à la vue est habituellement subit. On doit cependant toujours compter avec la possibilité d'une rechute. Une question importante, au point de vue juridique, est celle de la simulation : ces sujets sont en danger d'être jugés faussement. L'aveugle psychique se meut différemment et avec plus d'aisance que l'aveugle organique, et dans la cécité unilatérale l'œil aveugle prend part d'une façon inconsciente aux actes de la vision binoculaire; il en résulte que les épreuves du prisme, du stéréoscope et de la boîte de Flees peuvent donner des renseignements erronés, surtout dans les cas où la cécité constitue le seul symptôme d'hystérie. Un signe important, pour le diagnostic différentiel, est que l'œil aveugle se met à errer dans toutes les directions dès qu'on ferme l'œil sain, tandis qu'il reste fixe dans la vision binoculaire. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 juillet 1902.) — A. J.

Des métastases osseuses dans les tumeurs du corps thyroïde, par M. R. Wagner.

Il paraît établi que c'est le système osseux qui, après les poumons, constitue le siège de prédilection des métastases provenant de tumeurs malignes du corps thyroïde, et on a pu dire que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une tumeur osseuse ayant l'apparence d'un sarcome, on doit songer à une métastase ayant son point de départ dans cet organe, sans tenir compte des renseignements fournis par le patient, relativement à la durée de l'affection.

Dans un cas observé par M. Wagner, cette origine secondaire d'un sarcome osseux, qui ne fut que soupçonnée pendant la vie, se trouva pleinement confirmée par l'autopsie.

Il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans, portant un goitre qui paraissait avoir débuté lorsqu'elle était encore jeune fille. Son affection actuelle avait commencé six semaines auparavant, de la façon suivante : un soir, sur le point de monter dans son lit, elle soulève la jambe droite, et pendant qu'elle reste ainsi un moment debout sur la seule jambe gauche, elle éprouve dans la hanche gauche des douleurs tellement violentes qu'on est obligé, après l'avoir couchée la jambe étendue et immobile, d'aller chercher immédiatement un médecin. Quand l'auteur examina cette femme, il trouva la jambe gauche légèrement fléchie au niveau des articulations de la hanche et du genou, en adduction et en rotation interne. La région inguinale gauche était un peu infiltrée et renfermait quelques ganglions lymphatiques indolores. Toute la cuisse gauche était sensible à la pression, mais l'attouchement de la partie inférieure de sa face antérieure provoquait une douleur des plus violentes, alors qu'une pression considérable exercée au niveau du trochanter n'en déterminait aucune. La malade pouvait s'asseoir dans son lit et parvenait même, en soutenant la cuisse avec ses deux mains, à mouvoir la jambe dans toutes les directions, sans que le talon quittât la surface du lit. Couchée, elle laissait sa jambe complètement immobile, par crainte de douleurs. En soulevant avec précaution toute la jambe, on pouvait faire exécuter à la hanche des mouvements passifs assez étendus, à condition d'éviter l'extension. La moindre traction exercée au niveau du talon provoquait des douleurs insupportables. Le cou était le siège de nombreuses tumeurs ganglionnaires et d'un goitre assez volumineux, dur, non adhérent à la peau et dont la compression n'entraînait pas de troubles respiratoires. Il ne semblait pas avoir augmenté de volume dans les derniers temps, mais depuis quelques jours la déglutition des aliments solides était accompagnée d'une certaine gêne.

La malade mourut un certain temps après de cachexie, le goitre ayant notablement augmenté de volume et déterminé des troubles respiratoires qui allèrent en s'aggravant jusqu'à la mort.

A l'autopsie on constata dans le corps thyroïde hypertrophié un nodule du volume d'une noix, gris blanchâtre, légèrement coloré en rose, mal délimité et qui était, ainsi que le montra l'examen histologique, un sarcome à cellules fusiformes, renfermant de nombreuses cellules géantes. Une tumeur analogue se trouvait au niveau du col du fémur gauche et pénétrait assez avant dans la substance osseuse. Dans la cavité médullaire du fémur existaient de nombreuses métastases dont quelques-unes atteignaient le volume d'une noisette et avaient une coloration gris blanchâtre et une consistance médullaire; ces métastases présentaient le même aspect histologique que la tumeur du corps thyroïde et celle du corps du fémur.

M. Wagner croit que l'absence de foyers de métastase dans les autres organes, la rareté des métastases au niveau du corps thyroïde, opposée à leur fréquence dans le système osseux au cours de tumeurs thyroïdiennes malignes, enfin — dans le cas particulier — l'état plutôt diffus de la tumeur de la thyroïde et la forme très circonscrite, au contraire, de celle du col du fémur, sont autant de faits prouvant l'origine secondaire, métastatique de celle-ci. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 septembre 1902.) — S. J.

Des microorganismes du vagin chez les femmes enceintes, par M. Hjalmar Bergholm.

En raison du peu d'accord qui existe entre les divers auteurs au sujet de la teneur microbienne du contenu vaginal durant la gravidité, M. Bergholm a repris l'étude de cette question en mettant à profit les progrès techniques réalisés durant ces dernières années. Ses recherches ont porté sur 40 femmes enceintes, n'ayant pas perdu leurs eaux ni subi de toucher vaginal.

Le contenu du vagin offre les apparences les plus variables; sa réaction est toujours acide : elle l'est d'autant plus que le nombre des cellules épithéliales par rapport aux leucocytes est plus considérable. Mais ni sa réaction ni sa coloration ne permettent de présumer de sa teneur en microorganismes. Les espèces microbiennes trouvées sont des plus variées : l'auteur en a compté dix, tant aérobies qu'anaérobies. Ces dernières sont les plus nombreuses; la plupart peuvent également bien se cultiver comme aérobies, surtout dans les milieux acides; un très petit nombre sont cependant anaérobies exclusives. La majorité de ces germes ont la forme bacillaire; M. Bergholm n'a rencontré de streptocoques que dans 3 cas, et encore différaient-ils notablement du streptocoque pyogène vulgaire soit par leur virulence, soit par leur morphologie. Le seul agent pathogène que l'on put isoler fut le gonocoque (dans un seul cas); les divers microbes pyogènes et le colibacille firent entièrement défaut. Par contre, chez toutes ces parturientes, l'enduit vulvaire offrait une riche floraison de toutes les espèces pathogènes. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 3.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Contribution clinique et anatomique à l'étude de la tuberculose nodulaire de la verge, par M. L. Bruno.

Il y a dix-huit mois environ, MM. Sabrazès et Muratet ont décrit dans ce journal même, sous le nom de « tuberculose nodulaire du prépuce », une forme nouvelle de tuberculose pénienne (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 305-307). L'auteur a observé un fait du même genre, mais présentant, au point de vue de la localisation et de la pathogénie de la lésion, quelques particularités dignes d'être signalées.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, de souche tuberculeuse et affecté de tuberculose du rein droit, mais indemne de toute affection pulmonaire, épididymo-testiculaire ou ganglionnaire, chez lequel se développa — à la suite, semble-t-il, des cathétérismes destinés à permettre les lavages de la vessie — un petit nodule du volume d'un pois, situé à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen du dos de la verge, immobile sur le plan profond constitué par les corps caverneux et recouvert d'une peau non adhérente ni enflammée. Cette petite tumeur, de consistance dure, élastique, était extrêmement douloureuse à la pression, et l'émission de l'urine déterminait, à son niveau, des douleurs insupportables. Il ne s'en détachait aucun cordon de lymphangite, et les ganglions inguinaux n'étaient pas hypertrophiés.

Une néphrectomie droite fut pratiquée, trois mois environ après l'apparition de ce nodule, mais le patient succomba au bout de quelques jours aux progrès de la cachexie.

L'autopsie montra l'intégrité de tous les viscères, sauf du rein enlevé, qui était le siège d'une tuberculose ulcéreuse; quant à la petite tumeur pénienne, elle était constituée par une masse caséeuse, entourée d'une zone d'éléments lymphoïdes, et circonscrite de tous côtés par une couche de tissu fibreux; on put y déceler la présence du bacille de Koch.

Au point de vue clinique, le côté intéressant de cette observation est l'intensité des phénomènes douloureux déterminés par ce nodule de tuberculose sous-cutanée, alors que chez le malade de MM. Sabrazès et Muratet la petite tumeur, occupant l'épaisseur du prépuce, était indolore; ses connexions intimes, dans le présent cas, avec le corps caverneux sous-jacent, donnent vraisemblablement la raison de cette particularité. En outre, en ce qui concerne la pathogénie, on ne saurait incriminer ici une infection par voie lymphatique : il n'existait aucune trace de lésion des vaisseaux ni des ganglions lymphatiques, et, d'ailleurs, la vessie, le testicule et l'épididyme étaient sains. Il faut donc admettre que c'est le passage de l'urine purulente qui a causé cette lésion secondaire, en déposant au niveau de l'urèthre, sans doute excorié par les cathétérismes répétés, les bacilles dont elle était chargée. Ce fait démontre donc la possibilité, à côté de tuberculoses génitales *ascendantes* consécutives au coït, de tuberculoses génitales *descendantes*, en cas de lésion des parties supérieures de l'arbre urinaire, l'urine servant de véhicule au germe morbide. (*Policlinico*, partie chir., IX, 12.) — F. F.

Myoclonus des muscles de la déglutition avec dysphagie, par M. S. Citelli.

Alors que les spasmes des muscles tubaires et endotympaniques, accompagnés ou non de bruits auriculaires perçus objectivement, sont d'une observation assez fréquente, ceux des muscles de la déglutition, avec dysphagie consécutive, constituent un phénomène beaucoup plus rare, et à ce titre le fait relaté par M. Citelli mérite de retenir l'attention.

Une femme de trente-huit ans, d'apparence normale, se plaignait d'éprouver depuis deux mois des troubles de la déglutition, au point qu'elle avait dû renoncer aux aliments solides, et d'avoir de temps à autre des accès de dyspnée. L'examen du pharynx et du larynx ne révéla rien d'anormal, et le cathétérisme de l'œsophage permit d'écarter tout soupçon de rétrécissement de ce conduit. On conclut à une dysphagie fonctionnelle et on prescrivit des calmants, qui semblèrent au début produire une certaine amélioration. Au bout de dix jours, la malade se présenta de nouveau, disant que son état n'avait subi aucun changement. On la sou-

mit à un examen plus attentif et on s'aperçut que les muscles de la déglutition étaient animés de spasmes toniques, pendant lesquels on voyait le plancher de la bouche se relever fortement, jusqu'à venir au contact de la voûte palatine. Chacun de ces spasmes, qui avait une durée un peu supérieure à celle d'un mouvement de déglutition, se terminait par un bruit sec qui était dû probablement à la séparation brusque de la base de la langue d'avec le voile du palais; il était précédé d'une contraction de l'orbiculaire des lèvres et accompagné d'une contraction de l'orbiculaire des paupières. Ces spasmes revenaient de cinq à huit fois par minute, se produisaient à la suite de la moindre émotion et le plus souvent au moment des repas. Par un effort de la volonté, la malade arrivait bien à en diminuer l'intensité et la durée, mais non à les supprimer complètement; elle attribuait l'origine de ces troubles à une violente émotion.

M. Citelli croit qu'il s'agissait dans ce cas d'une forme limitée et anormale de paramyoclonus, affection qu'il considère, non comme une maladie organique, mais comme une simple manifestation neurasthénique. (*Arch. ital. di otol.*, XIII, 4.) — S. J.

Contribution à la casuistique de la septicémie diplococcique, par M. A. Omizzolo.

Si l'existence d'une septicémie diplococcique ne saurait être contestée à l'heure actuelle, il n'en reste pas moins que cette affection n'est pas fréquente, où n'est du moins pas souvent diagnostiquée. Aussi nous paraît-il opportun de résumer le fait relaté par M. Omizzolo.

Un homme de quarante-neuf ans, d'assez bonne santé habituelle, mais affecté depuis plusieurs années d'une toux paroxystique avec discrète expectoration muqueuse, fut pris brusquement d'une fièvre assez modérée (39°), accompagnée d'un état saburral des voies digestives, de dysphagie et de constipation. A l'examen local, on reconnut que la muqueuse du pharynx avait une coloration rouge diffuse, qu'elle était humide et luisante, mais sans exsudats. A ces troubles s'ajoutèrent bientôt des phénomènes d'inflammation articulaire, notamment au niveau des jointures du coude et du poignet des deux côtés, et une sudation abondante qui détermina l'apparition d'un exanthème miliaire.

Cette première phase de la maladie eut une durée d'une semaine environ; puis, en même temps que les manifestations articulaires rétrocédaient peu à peu, apparurent d'abord des signes de catarrhe aux deux bases, avec augmentation de fréquence de la respiration et élévation de la température jusqu'à 40°, ensuite des accidents abdominaux simulant la fièvre typhoïde : météorisme, diarrhée fétide, sensibilité à la pression au niveau de la fosse iliaque droite, compliqués d'un état ataxo-adynamique assez prononcé. Mais la rate n'était pas agrandie et la séroréaction de Widal demeurait négative.

Au bout de cinq ou six jours, les troubles abdominaux diminuèrent d'intensité et furent remplacés par de nouvelles complications articulaires, plus multiples et plus accentuées que la première fois, atteignant même les grandes jointures (épaule, hanche, genou) qui n'étaient pas douloureuses spontanément, mais dont la palpation ou la mobilisation réveillaient de vives souffrances.

Les manifestations abdominales reparurent alors, sans que les arthrites disparussent pour cela; l'adynamie devint plus profonde, le cœur céda, vraisemblablement sous l'influence d'une myocardite septique, et un œdème aigu du poumon emporta le malade le vingt-deuxième jour après le début de l'affection.

On ne put examiner *post mortem* que les organes abdominaux, qui ne présentaient aucune lésion apparente. Le sang, retiré par piqûre du doigt vers la fin du second septénaire, renfermait des diplocoques de Fränkel.

Au total, l'auteur explique comme il suit la succession des faits pathologiques : le microorganisme provenant du pharynx, dont l'inflammation ouvrit la scène morbide — et où l'on sait que le diplocoque est à peu près constant —, envahit le torrent circulatoire et produisit les déterminations articulaires, pulmonaires et abdominales; puis une myocardite septique survint, avec pour conséquence une dilatation aiguë du cœur et, secondairement, un œdème aigu du poumon qui entraîna la mort. (*Morgagni*, novembre 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

De l'alimentation des malades atteints de néphrite par des viandes blanches ou noires, par M. L. Kouchnir.

Après avoir institué une série de recherches sur différents genres d'alimentation dans 7 cas de néphrite parenchymateuse aiguë, 3 cas de néphrite parenchymateuse chronique et 1 néphrite chronique interstitielle, l'auteur arrive à conclure que le régime lacté exclusif, malgré les réels avantages qu'il présente pour cette sorte de malades, est cependant loin d'assurer toujours d'une manière suffisante la nutrition. Sans doute, le lait est de tous les aliments celui qui contient le moins de substances irritantes. Il possède, en outre, des propriétés diurétiques très marquées et contribue, par conséquent, à faire disparaître les œdèmes, en même temps qu'il active l'élimination des produits azotés nuisibles, tels que l'acide urique et les substances extractives. Mais il n'en est pas moins vrai que les malades ne peuvent longtemps s'alimenter exclusivement avec du lait : les uns ne l'acceptent pas volontiers, d'autres s'accommodent mal d'un régime alimentaire aussi uniforme et finissent par absorber des quantités de lait tout à fait insuffisantes pour assurer une nutrition régulière. Il faut, de plus, tenir compte que l'alimentation non variée détermine une grande déperdition d'azote, ce qui ne va pas sans retentir sur l'état général des patients. D'autre part, M. Kouchnir a été à même de se convaincre que, chez les néphritiques, la combustion des albuminoïdes se fait plus énergiquement avec une alimentation mixte qu'avec le régime lacté absolu. En se basant sur cette constatation, et tenant compte que la viande, en raison de sa teneur considérable en albuminoïdes, est susceptible de compenser les pertes en albumine que subit l'économie, l'auteur estime que les malades atteints de néphrite ne doivent pas être privés de viande. Quant à savoir à quelle sorte de viande on doit donner la préférence, M. Kouchnir — après avoir rappelé les travaux récents de MM. Offer et Rosenqvist, suivant lesquels les différences chimiques existant entre les viandes blanches et les viandes noires seraient tout à fait insignifiantes (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 264) — conclut, en se basant sur ses recherches personnelles, instituées dans le service de M. Pouritz, ainsi que sur celles de M. Pabst, que les viandes noires sont aussi bien supportées par les néphritiques que les viandes blanches. (*Prakt. Vratch*, 2, 9, 23 et 30 novembre et 7 décembre 1902.) — L. CH.

Un nouveau procédé de traitement du choléra asiatique, par M. L. Kharitonov.

On s'est depuis longtemps demandé si l'emploi des opiacés contre le choléra n'était pas irrationnel et s'il ne serait pas préférable de recourir aux purgatifs, afin d'accélérer l'élimination des bacilles-virgules (Eichhorst). M. Kharitonov, qui a récemment dirigé le service des cholériques de la ville de Guirine (Mandchourie du Nord), estime, lui aussi, que les symptômes du choléra — vomissements, diarrhée, abaissement de la température cutanée, crampes musculaires — constituent des actes de défense de l'organisme contre l'agent infectieux et ses toxines. Aussi s'abstient-il de toute médication susceptible de contrarier ce qu'il considère comme *vis medicatrix naturæ* : il ne prescrit ni antidiarrhéiques, ni anti-émétiques, ni alcool ou tout autre excitant susceptible d'exercer une action nocive sur le système nerveux ou sur le myocarde. D'autre part, afin de neutraliser les toxines cholériques, il ordonne aux malades, en guise de boisson, une solution faible (de coloration rosée) de permanganate de potasse, substance qui possède, comme on le sait, un grand pouvoir oxydant. Le liquide en question doit être employé chaud; comme, sous l'influence du chauffage, il laisse déposer un précipité, il est bon de le filtrer à travers de l'ouate hydrophile.

M. Kharitonov a eu l'occasion de traiter de la sorte 7 cas graves de choléra et n'a perdu qu'un seul malade, ce qui donne la proportion de 85.7 % de guérisons, tandis que, habituellement, c'est la mortalité qui est représentée par un chiffre aussi élevé. Et encore importe-t-il de tenir compte que cet unique décès se rapporte à un alcoolique qui était déjà en état d'asphyxie quand il fut admis à l'hôpital. (*Voienno-méd. journ.*, janvier 1903.) — L. CH.

Un cas d'incontinence nocturne d'urine, guéri par l'ablation des végétations adénoïdes, par M. A. Kantorovitch.

L'observation publiée par l'auteur a trait à un jeune garçon de douze ans, qui, depuis sa sixième année, avait chaque nuit plusieurs mictions involontaires. Indemne de tout antécédent héréditaire, cet enfant était venu au monde à terme et n'avait eu, en fait de maladies, que la rougeole. Sa mère avait essayé, pendant deux mois, de le faire lever deux fois dans le courant de la nuit pour le faire uriner, en s'abstenant de lui donner à boire durant les deux ou trois heures précédant le coucher; mais ce moyen n'avait pas plus réussi que l'emploi de toute sorte de médicaments habituellement utilisés en pareille occurrence.

A l'examen du petit malade, M. Kantorovitch ne trouva rien d'anormal ni du côté des viscères, ni dans les organes génitaux. En explorant l'arrière-cavité nasale, il constata la présence de végétations adénoïdes très développées. Toutefois, comme la respiration nasale ne paraissait nullement entravée, l'auteur crut pouvoir s'abstenir de toute intervention sanglante et se borna à prescrire de l'extrait fluide de pichi, en recommandant, en outre, de veiller à ce que l'enfant fût toujours couché, pendant la nuit, sur le côté. Ce traitement ayant été appliqué pendant une quinzaine de jours sans le moindre résultat, M. Kantorovitch se décida à enlever les végétations adénoïdes, ce qu'il fit en quatre séances. Dès la première intervention, les mictions involontaires commencèrent à s'espacer, et depuis la dernière opération, qui remonte actuellement à trois mois, ce garçon n'a plus uriné au lit une seule fois. (*Prakt. Vratch*, 5 octobre 1902.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Recherches sur la sécrétion gastrique des enfants durant leurs premières années, par M. Adolf H. Meyer.

Etant donné le peu d'accord qui règne au sujet du fonctionnement normal ou pathologique de l'estomac du nourrisson, M. Meyer a étudié à ce point de vue 38 enfants de moins d'un an.

Le repas d'épreuve consistait en 150 grammes environ d'eau d'orge, qu'on administrait une heure ou deux après un lavage gastrique ayant pour but d'entraîner les dernières particules de lait restées dans l'estomac à la suite du repas précédent. Quarante minutes après le repas d'épreuve, on recueillait le suc gastrique au moyen de la pompe stomacale. Les expériences furent répétées un assez grand nombre de fois sur chacun des 38 enfants en question, et à des intervalles plus ou moins éloignés; pendant cette longue période d'observation, plusieurs des petits sujets présentèrent des troubles gastro-intestinaux, de sorte que l'on put étudier chez eux le fonctionnement de l'estomac, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique.

En ce qui concerne la durée du séjour des aliments dans l'estomac, les lavages exécutés avant le repas d'épreuve ont permis de l'évaluer à deux heures et demie ou trois heures et demie; chez les enfants atteints de troubles gastro-intestinaux, elle est un peu plus considérable. L'estomac des jeunes enfants n'est donc pas, comme l'ont prétendu quelques auteurs, un simple lieu de passage. La sécrétion du suc gastrique augmente progressivement pendant les premières heures de la digestion, mais le fait n'est pas absolument constant; elle s'est montrée à peu près indépendante de la nature du repas d'épreuve (eau d'orge, eau bouillie, lait étendu, etc.), ce qui semble indiquer que le suc ainsi recueilli était l'*Appetitsaft* de M. Pavlov, c'est-à-dire celui qui est sécrété sous l'influence psychique de la vue des aliments. La présence de la pepsine est à peu près constante, mais les acides gras ne se rencontrent que si le liquide stomacal contient du lait.

Les conclusions qui précèdent sont les seules que peut fournir la méthode de la pompe stomacale. M. Meyer n'a pu en effet constater aucun rapport dans les proportions de l'acide chlorhydrique ou des ferments, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique. D'un jour à l'autre, chez le même enfant et dans les mêmes conditions, au moins apparentes, les quantités d'acide ou de ferments sécrétées offrent des variations absolument déconcertantes. Il doit

cependant exister des lois, mais, comme il est impossible de recueillir toute la sécrétion gastrique et que celle-ci peut se trouver à des degrés de dilution extrêmement variables, il est impossible de tirer dès à présent des conclusions. (*Bibliotek for Læger*, juillet et octobre 1902.) — R. DE B.

De l'incision et de la suture dans l'opération de la hernie ombilicale, par M. F. Kaijser.

Les procédés de cure radicale des hernies ombilicales sont nombreux, mais avec tous les récidives sont fréquentes; aussi M. Kaijser attire-t il l'attention sur une technique opératoire qui lui a donné d'excellents résultats, puisque, depuis cinq ans, il n'a eu aucune récidive sur 20 cas. Voici quel en est le principe :

Dans la plupart des interventions de ce genre, on a recours à des incisions et à des lignes de suture verticales. Cette manière de faire a un double désavantage : d'abord parce que le grand axe des orifices herniaires ombilicaux est le plus souvent transversal, ce qui est dû aux tiraillements exercés par les fibres obliques ou transversales des muscles de l'abdomen, et ensuite parce que la cicatrice se trouve exposée à ces mêmes tiraillements.

Il convient donc d'inciser les téguments dans le sens transversal qui, étant celui de la tumeur herniaire, donnera le plus de jour avec le minimum de longueur. Une fois que la hernie et le sac ont été traités d'après les principes en usage, on procède à la fermeture de l'orifice aponévrotique : dans ce but, on fait passer alternativement les fils dans le bord supérieur et le bord inférieur de l'orifice, de telle façon qu'après qu'on les a noués, le bord inférieur vienne se glisser au-dessous du supérieur. On obtient ainsi une cicatrice transversale et un double plan fibreux au lieu et place de l'ancienne hernie. (*Hygiea*, septembre 1902.) — R. DE B.

Un cas de blépharochalasis, par M. Albin Dalén.

L'observation publiée par M. Dalén concerne un cas d'une altération palpébrale extrêmement rare, que Fuchs a décrite sous le nom de *blépharochalasis*.

Cette affection apparut chez un enfant de douze ans : le derme des deux paupières supérieures était atrophié et le tissu cellulaire souscutané relâché, au point que la peau formait un large repli tombant jusque sur le bord ciliaire et même légèrement au-dessous; par suite, la vision directe ou en haut se trouvait gênée. Les deux paupières étaient atteintes à peu près au même degré; les lésions commençaient juste au-dessous des sourcils et s'arrêtaient à quelques millimètres au-dessus du rebord ciliaire; latéralement, elles ne dépassaient guère les limites naturelles des paupières supérieures. Soit chez l'enfant, soit chez ses parents, on ne relevait absolument aucune tare pathologique. La déformation présente s'était développée progressivement depuis deux ans, sans avoir été précédée d'œdème simple ni à répétition. De temps à autre seulement le jeune malade avait éprouvé des migraines, localisées dans la région sus-orbitaire, et il avait semblé qu'à leur suite la procidence des replis palpébraux se fût un peu exagérée.

Dans un but surtout esthétique, M. Dalén excisa transversalement le pli formé par les paupières supérieures; le lambeau ainsi réséqué avait 1 centimètre de haut sur 3 de large. Avant de suturer la plaie, il en fixa la lèvre supérieure à la face profonde du cartilage tarse, dans l'espoir d'obtenir des adhérences et de prévenir une rechute. Le résultat immédiat fut très satisfaisant.

L'examen microscopique n'éclaira pas beaucoup sur la nature intime de l'affection. Les seules lésions constatées furent une atrophie presque complète du tissu élastique et un léger élargissement des vaisseaux, qui tenait sans doute à l'atrophie de la tunique élastique. (*Hygiea*, octobre 1902.) — R. DE B.

Guérison de quelques cas de spasme de la glotte et de convulsions, chez les enfants, par l'ablation de végétations adénoïdes, par M. C. U. Maalöe.

L'auteur attire l'attention sur une complication peu connue des végétations adénoïdes.

Il a eu l'occasion de traiter 10 enfants atteints de spasme de la glotte ou de convulsions ; chez 5 d'entre eux il n'existait que du spasme; les 5 autres avaient des convulsions, liées le plus souvent, semble-t-il, à du spasme glottique. Après avoir cherché sans succès la cause de ces phénomènes nerveux, ou les avoir plus ou moins empiriquement traités, M. Maalöe pensa devoir les attribuer aux végétations dont ces enfants étaient porteurs. Le raclage de ces dernières amena, en effet, la guérison dans les 10 cas; pour tous, elle se maintient depuis au moins un an. Chez un enfant il se produisit, cependant, une récidive; mais un curettage plus soigneux et plus énergique amena la guérison définitive. Le tout jeune âge n'est pas une contre-indication : un des petits opérés n'avait que huit semaines, 6 autres avaient moins d'un an.

Quant à l'action des végétations sur la glotte, il est probable qu'elle est de nature réflexe. Les convulsions sont plus difficiles à expliquer, mais on peut supposer que le spasme de la glotte, en gênant l'hématose, amène une sorte d'intoxication oxycarbonée qui se traduit par des convulsions. (*Hospitalstidende*, 16 juillet 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le sérum antistreptococcique comme moyen de traitement de la variole.

Le rôle important que le streptocoque joue dans la variole et, en particulier, dans la suppuration des éléments éruptifs a engagé M. le docteur E. Schoull, médecin de l'hôpital civil français de Tunis, à employer les injections de sérum antistreptococcique comme moyen de traitement de cette maladie infectieuse, ainsi que M. le docteur W. J. Lindsay l'a fait il y a quelques années déjà (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 184). Notre confrère injecte habituellement 60 c.c. de sérum en trois fois, en répétant les injections, suivant la gravité du cas, à vingt-quatre heures d'intervalle ou dans le courant de la même journée. Chez 2 malades, on fut obligé de pratiquer une quatrième injection de 20 c.c. Les piqûres, faites au flanc, avec toutes les précautions d'asepsie, ne provoquent pas de douleur ni de phénomène réactionnel.

Sous l'influence de ce mode de traitement, on constaterait le plus souvent un amendement rapide de toutes les manifestations liées à l'éruption : le gonflement douloureux du visage et des extrémités, les phénomènes pénibles dus à l'énanthème (photophobie et larmoiement, dysphagie douloureuse, enchifrènement, raucité de la voix) et le prurit disparaîtraient parfois très promptement; ils peuvent cependant persister dans les cas graves. Chez la plupart des varioleux, l'injection de sérum antistreptococcique serait rapidement suivie d'une sensation de bien-être avec chute de la fièvre; enfin la suppuration ne se produirait pas ou s'arrêterait brusquement.

Sur 22 cas (dont 5 varioles hémorrhagiques, 8 confluentes et 9 cohérentes ou discrètes) que M. Schoull a eu l'occasion de soumettre à la sérothérapie antistreptococcique, il n'a eu à enregistrer que 2 décès, ce qui représente une mortalité de 9 %. Par contre, sur 34 varioleux traités par les moyens autres que le sérum antistreptococcique, 7 ont succombé, ce qui donne une mortalité, beaucoup plus élevée, de 20.5 %.

La sérothérapie présente, sur la photothérapie par la lumière rouge, l'avantage d'être d'une application plus facile. Rien n'empêche, d'ailleurs, de combiner les deux procédés, comme notre confrère le fit dans un cas particulièrement grave de variole hémorrhagique.

Il importe de noter que le sérum antistreptococcique ne réussit pas toujours à entraver la suppuration; c'est ainsi que dans 3 cas (sur 22) M. Schoull a constaté un résultat négatif. Le fait semble tenir aux variations du pouvoir du sérum antistreptococcique, un même cheval donnant, suivant les saignées, des sérums d'une activité très différente. Cette infidélité du sérum n'est pas un des moindres inconvénients de la méthode thérapeutique en question.

Traitement du goitre exophtalmique par les opiacés, la cocaïne et le tabac.

Partant de cette considération que le goitre exophtalmique est dû à un état d'hyperthyroïdie, MM. les docteurs De Mets et Godts (d'Anvers) estiment que l'indication principale à remplir dans le traitement de cette affection consiste à restreindre le fonctionnement exagéré de la glande thyroïde. Aussi ont-ils eu l'idée de combattre la maladie de Basedow par les dérivés de l'opium et le tabac, qui exercent une action paralysante sur la nutrition et sur la fonction thyroïdienne (Hertoghe). Le premier essai fut institué sur une femme de trente-trois ans, présentant tous les symptômes caractéristiques du goitre exophtalmique. On commença d'abord par la morphine; mais, comme ce médicament était mal toléré (vomissements persistants), on lui substitua la cocaïne, administrée à doses progressivement croissantes de 0 gr. 005 milligr. à 0 gr. 02 centigr. par jour. On faisait, en outre, fumer à la malade un, deux ou trois cigares par jour. Sous l'influence de cette médication, la patiente se trouva presque immédiatement soulagée, et au bout de deux mois la tachycardie et les tremblements avaient disparu. Les autres manifestations morbides se dissipèrent également; le cou resta, cependant, quelque peu gros, et l'exophtalmie persista, la vasodilatation étant probablement devenue définitive. Le traitement fut continué pendant quelque temps encore, mais à des doses décroissantes, puis suspendu. Une certaine recrudescence, qui se manifesta un an et demi environ plus tard, céda rapidement à une nouvelle cure.

Forts de cet exemple, MM. De Mets et Godts ont eu recours, depuis lors, aux mêmes moyens (1 à 3 cigares et de 0 gr. 005 milligr. à 0 gr. 03 centigrammes de cocaïne par jour) chez deux autres basedowiennes, qui furent rapidement guéries et se portent actuellement tout à fait bien.

L'extrait de substance médullaire de capsules surrénales comme moyen de traitement de la gastrectasie atonique.

Encouragé par le succès de son premier essai (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 76), M. le docteur G. Vassale, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Modène, a employé l'extrait de substance médullaire de capsules surrénales dans 5 autres cas de gastrectasie atonique. Chez tous les malades en question, l'usage de cet extrait à la dose quotidienne de XL à LX gouttes a rapidement amené la disparition des troubles gastriques (sensation de pesanteur, flatulence, anorexie, pyrosis, perte du sentiment de satiété, etc.) et de la faiblesse générale. Dans un cas où la dilatation atonique de l'estomac était associée à une constipation habituelle opiniâtre d'ancienne date, la médication a aussi eu pour effet d'activer et de régulariser les fonctions de l'intestin.

D'après l'expérience de notre confrère, l'efficacité de l'extrait de substance médullaire de capsules surrénales — qui serait beaucoup plus actif que les solutions d'adrénaline du commerce — se manifesterait déjà au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Cet extrait doit être administré à doses fractionnées (V à X gouttes chaque fois). La tonicité de la tunique musculaire de l'estomac une fois rétablie, de très petites quantités d'extrait suffisent pour la maintenir.

L'emploi de l'extrait thyroïdien à titre d'hémostatique.

Chez un garçon de quinze ans atteint d'hémophilie grave avec hématurie très prononcée et cachexie extrême, M. le docteur E. Fuller (de New-York), après avoir employé sans le moindre succès les styptiques usuels, eut l'idée d'expérimenter l'extrait thyroïdien, en le prescrivant à la dose de 0 gr. 30 centigr., répétée trois fois par jour. Dès la seconde prise de ce médicament, toute perte sanguine cessa et l'urine ne tarda pas à devenir tout à fait claire. Neuf mois se sont écoulés depuis lors, sans que le patient, qui a toujours continué le traitement, ait présenté la moindre hémorrhagie. Actuellement il se porte bien et a beaucoup augmenté de poids.

Encouragé par ce succès, notre confrère a eu également recours à la thyroïdothérapie dans un cas d'hématurie d'origine prostatique, ayant résisté à la taille périnéale avec drainage de la vessie. Sous l'influence de l'extrait thyroïdien, administré à la même dose que dans le précédent cas, l'écoulement de sang s'arrêta rapidement d'une façon définitive.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Un projet de vaccination antituberculeuse des nourrissons.

I

Au moment où l'engouement pour les sanatoria — contre lequel nous avons cru devoir, dès la première heure, mettre en garde les lecteurs de la *Semaine Médicale* (1) — fait place, en France, à un certain degré de scepticisme, il n'est pas sans intérêt d'entendre un des représentants les plus autorisés de la science allemande déclarer qu'on ne saurait se faire illusion sur la valeur réelle de l'ensemble des moyens dont on dispose à l'heure actuelle en vue de la lutte antituberculeuse : « Quelque grandiose que soit l'organisation par laquelle ils se réalisent dans la vie publique, tous ces moyens n'en appartiennent pas moins à la catégorie des *petits* moyens, des moyens palliatifs » (... alles, was bis jetzt im Kampfe gegen die Tuberculose geschehen ist und geschieht, zu den « kleinen » Mitteln, zu den Palliativmitteln gehört). Tel est l'aveu que vient de faire M. le professeur E. von Behring, directeur de l'Institut d'hygiène de Marbourg, dans une communication sur la *lutte contre la tuberculose*, lue à la Société de médecine interne de Vienne le 12 mars, et qui paraît appelée à avoir un grand retentissement.

C'est qu'en effet cette communication, loin de se borner à apprécier purement et simplement l'état actuel de la lutte contre la tuberculose, donne une belle perspective de l'avenir, en faisant entrevoir la possibilité de conférer aux nourrissons l'immunité à l'égard de la tuberculose, ce qui ne tendrait à rien moins qu'à exterminer complètement ce redoutable fléau.

Quelles que soient les réserves qu'on puisse faire, pour le moment, sur la valeur pratique de la conception dont il s'agit, celle-ci n'en mérite pas moins d'être analysée de près, en raison de son originalité et de sa hardiesse, ainsi qu'en considération de la grande autorité que l'on attache, à juste titre, aux travaux de M. von Behring.

Il s'en faut, d'ailleurs, que les conclusions auxquelles aboutit le savant professeur soient la résultante de vues purement théoriques : elles se basent, en grande partie tout au moins, sur des faits dont M. von Behring poursuit l'étude depuis de longues années et qui ont trait à des essais d'immunisation des bovidés à l'égard de la tuberculose.

II

M. von Behring avait d'abord essayé, mais sans le moindre succès, d'immuniser des animaux au moyen de produits inertes, extraits des cultures de bacilles de Koch (toxines, corps microbiens, etc.), ou à l'aide du sérum des animaux saturés de ces produits. Toutes les expériences de ce genre ayant échoué, il s'arrêta finalement à une méthode qu'il appelle *Jennerisation* ou *Jennerisirung* et qui consiste essentiellement à « inoculer le même virus qui détermine la maladie en question, mais modifié de façon que son emploi systématique soit inoffensif pour le sujet soumis à l'immunisation » (2). C'est, en somme, la méthode des vaccinations pastoriennes par les virus atténués.

Après avoir constaté que les bovidés supportent sans inconvénients l'injection de *certaines* cultures de bacilles de Koch, provenant de la poule ou de l'homme, voire même du bœuf, M. von Behring s'était demandé si ces inoculations, restées sans résultat *apparent*, n'avaient pas vacciné les animaux ou, tout au moins, augmenté leur résistance à l'égard de cultures plus virulentes. Les expériences ayant pleinement justifié cette hypothèse, le directeur de l'Institut d'hygiène de Marbourg a poursuivi ses recherches sur la vaccination antituberculeuse et en a perfectionné la technique (1).

M. von Behring a reconnu que l'immunisation des bovidés contre la tuberculose peut être obtenue avec différents bacilles atténués, et notamment avec les bacilles de la tuberculose bovine, tout comme avec ceux d'origine humaine. Toutefois, en raison de la gravité et de la persistance de la réaction consécutive à l'inoculation de bacilles bovins, il a complètement renoncé à les utiliser dans la pratique et préfère se servir d'un type de bacilles tuberculeux d'origine humaine, qu'il entretient dans son laboratoire, depuis huit ans, en cultures artificielles, sans l'avoir jamais fait passer par un animal. Cette culture a beaucoup perdu de sa virulence primitive. Injectée dans les veines de jeunes bovidés à une dose supérieure à 0 gr. 02 centigr., elle détermine, cependant, des accidents notables; elle peut même causer la mort, si la quantité injectée atteint 0 gr. 05 centigr. Par contre, la même culture peut être injectée impunément, dans la jugulaire de jeunes animaux, à des doses inférieures à 0 gr. 005 milligr. Une première inoculation de 0 gr. 001 milligr. d'une culture sur sérum glycériné, âgée de quatre à six semaines, ne provoque aucune réaction apparente, mais a pour résultat de permettre à l'animal de supporter, quelques semaines plus tard, des doses beaucoup plus élevées de la même culture. En élevant ainsi progressivement la quantité de culture injectée, on augmente aussi la résistance des animaux, au point qu'ils finissent par supporter sans trouble notable des doses de culture de *tuberculose bovine* qui sont rapidement mortelles pour les témoins.

Toutefois, afin de rendre la vaccination aussi inoffensive que possible, M. von Behring en a récemment modifié la technique. Il pratique l'immunisation en deux temps et se sert de sa culture de tuberculose humaine sur sérum glycériné, complètement desséchée dans le vide, à la température ordinaire. La première séance comprend l'injection intraveineuse de 0 gr. 004 milligr. de cette culture desséchée. Les bacilles, soigneusement broyés dans un mortier d'agate et émulsionnés dans 4 c.c. d'eau salée à 1 %, sont injectés dans la jugulaire. Comme la dessiccation enlève à la culture 80 % de son poids, il semble que cette dose — qui correspond exactement à 0 gr. 02 centigr. de culture fraîche — soit très élevée et puisse donner lieu à des accidents graves. Or, il n'en est rien, et cela parce que la dessiccation diminue considérablement la virulence des bacilles tuberculeux : « Pour tuer des animaux des diverses espèces, il faut injecter, *en poids*, deux fois plus de culture desséchée que de culture fraîche, c'est-à-dire dix fois plus de bacilles secs que de bacilles frais. Quatre milligrammes de culture sèche ne représentent donc pas plus de deux milligrammes de culture fraîche » (2).

La seconde inoculation n'a lieu qu'un mois après; on injecte de la même façon dans la jugulaire 0 gr. 01 centigr. de la même culture *fraiche*, également broyée avec soin et diluée.

La première vaccination reste sans aucun effet sur les animaux sains, tandis que chez ceux qui sont déjà porteurs d'une lésion tuberculeuse, elle provoque une réaction fébrile intense.

III

Ainsi donc, M. von Behring a pu établir que les vaccinations dont il s'agit, appliquées à des animaux encore sains et n'ayant pas dépassé l'âge de douze mois, sont sans danger et les préservent contre une inoculation virulente, mortelle pour les témoins. Afin de se rendre compte si ces animaux résistent aussi bien à la contagion naturelle qu'à l'infection expérimentale, le professeur de Marbourg en a placé plusieurs centaines dans des étables infectées, au milieu d'animaux tuberculeux, estimant que « seule, une pratique de plusieurs années pourra donner une juste idée de la valeur du procédé ».

Sans se départir de cette « grande prudence » qu'a soulignée M. Nocard (1), et tout en persistant à croire qu'on ne pourra porter un jugement définitif sur la valeur pratique de la « jennérisation » que dans quelques années, M. von Behring s'est montré, cependant, dans sa communication à la Société de médecine interne de Vienne, beaucoup plus affirmatif que dans ses publications antérieures sur le même sujet. C'est que si jusqu'à présent le professeur de Marbourg s'était surtout basé sur ce fait que les veaux vaccinés avaient résisté à l'inoculation *expérimentale* de la tuberculose bovine, il se voit aujourd'hui à même d'invoquer, à l'appui de ses espérances, toute une série d'autres considérations que nous allons rapidement passer en revue.

Plusieurs animaux, immunisés à l'Institut d'hygiène de Marbourg, furent sacrifiés après avoir été, un an et demi auparavant, inoculés avec des bacilles de la tuberculose bovine et après avoir été exposés à contracter la tuberculose *spontanée* par suite de leur séjour parmi des bovidés atteints de pommelière ou de tuberculose à haut degré. Or, à l'autopsie de ces animaux vaccinés, on n'a jamais trouvé de lésions tuberculeuses. Il en fut de même pour la nécropsie d'un grand nombre de bovidés immunisés dans la pratique rurale.

D'autre part, l'épreuve de la tuberculine donna, chez les animaux vaccinés, un résultat négatif un an après l'immunisation, tandis que pour tous les bovidés non immunisés et placés dans la même étable, on obtint un résultat positif.

Enfin, les recherches instituées récemment par M. Thomassen (2), professeur à l'Ecole vétérinaire d'Utrecht, ont pleinement confirmé la possibilité de conférer aux jeunes bovidés, au moyen de bacilles tuberculeux d'origine humaine, l'immunité à l'égard de la tuberculose.

Partant de ce fait que le bacille de la tuberculose humaine ne possède pas une grande virulence pour le veau et que son action se borne à un malaise se traduisant par une réaction thermique plus ou moins élevée, ainsi que par de la dyspnée et de la toux qui ne tardent pas à disparaître, M. Thomassen s'était demandé si cette maladie *artificielle* et *passagère* ne conférerait pas à l'animal un certain degré d'immunité et ne lui permettrait pas de résister à une infection par des cultures plus virulentes que celles qui sont d'origine humaine.

Afin d'élucider cette importante question, le professeur d'Utrecht entreprit, dans le courant de l'année dernière, une série d'expériences, en adoptant un procédé quelque peu différent de celui qui a été suivi par M. von Behring.

Dans un premier essai, un veau, âgé d'environ un mois et issu d'une vache indemne de tuberculose, reçut, par voie intraveineuse, 0 gr. 03 centigr. de bacilles (culture fraîche) isolés du rein d'un homme et tenus, pendant un an et demi, en culture sur pomme de terre glycérinée, sans repasser par un animal. Au bout de plusieurs mois, afin de se rendre compte si la maladie provoquée par cette première inocula-

(1) L. Cheinisse. L'étiologie et la prophylaxie de la tuberculose d'après les travaux du Congrès de Berlin. (*Semaine Médicale*, 31 mai 1899.) — Le traitement de la tuberculose d'après les travaux du Congrès de Berlin. (*Semaine Médicale*, 7 juin 1899.)

(2) Von Behring Die Jennerisation als Mittel zur Bekämpfung der Rindertuberculose in der landwirtschaftlichen Praxis. (*Zeitsch. f. Thiermed.*, 1902, VI, 5-6.)

(1) Von Behring. Anweisung für die Tuberculose-Schutzimpfungen von Rindern. (*Zeitsch. f. Thiermed.*, 1902, VI, 5-6.)

(2) Ed. Nocard. La vaccination antituberculeuse, d'après le professeur von Behring. (*Recueil de méd. vétérin.*, 15 déc. 1902.)

(1) Ed. Nocard. (*Loc. cit.*, p. 761.)

(2) Thomassen. L'immunisation des jeunes bovidés contre la tuberculose. (*Recueil de méd. vétérin.*, 15 janv. 1903.)

tion et vaincue par l'organisme avait conféré à l'animal l'immunité voulue pour qu'il résistât à l'influence de bacilles plus virulents, M. Thomassen injecta, dans la veine jugulaire, 0 gr. 04 centigr. d'une culture envoyée par M. Nocard et provenant de la mamelle d'une *vache*. L'animal fut sacrifié huit mois environ après la première injection et à l'autopsie on découvrit, dans le sommet des poumons, une dizaine de tubercules de chaque côté. Toutefois, eu égard aux symptômes cliniques, il est probable que ces lésions, peu étendues et limitées aux poumons, étaient dues à l'infection par les bacilles *humains*. Quoi qu'il en soit, il est incontestable que l'animal en question possédait, comme effet de la première inoculation, un degré de résistance qui ne se voit guère chez le bétail non préparé.

Ce qui fait encore mieux ressortir l'importance de ce résultat, c'est la comparaison avec la deuxième expérience, dans laquelle l'injection intraveineuse de 0 gr. 03 centigr. de la même culture de tuberculose bovine à un veau non immunisé détermina la mort au bout de vingt jours, les poumons étant criblés de granulations tuberculeuses miliaires de date récente.

Une troisième expérience montra qu'une faible dose (0 gr. 025 milligr.) de bacilles isolés de crachats humains peut produire un degré d'immunité suffisant pour permettre à l'animal de résister à l'injection de 0 gr. 04 centigrammes de culture fraîche de bacilles provenant de la mamelle d'une vache et, quelques mois plus tard, à une nouvelle infection avec 0 gr. 045 milligrammes de bacilles récemment retirés du foie d'une vache.

Dans la quatrième expérience, un veau âgé de trois semaines et né d'une vache tuberculeuse, fut inoculé dans la chambre antérieure de l'œil avec quelques gouttes d'une émulsion de bacilles isolés des crachats de l'homme et cultivés, après passage par le cobaye, sur pomme de terre glycérinée. Le bulbe oculaire s'atrophia complètement. Sept mois plus tard, ce veau reçut par voie intraveineuse 0 gr. 03 centigr. de la culture du foie de vache, envoyée par M. Nocard. Il fut abattu au bout de deux mois environ, et les recherches les plus minutieuses ne permirent pas de constater la moindre lésion dans les organes abdominaux et thoraciques.

Enfin, dans une cinquième expérience, une minime quantité (0 gr. 008 milligr.) d'une culture fraîche de bacilles du foie d'une vache produisit des troubles beaucoup plus graves et de plus longue durée que ne l'avait fait une quantité quadruple de bacilles d'origine humaine.

IV

En relatant les expériences de M. Thomassen, M. von Behring insiste, avec juste raison, sur leur grande signification, puisqu'elles mettent en évidence qu'une *seule* inoculation de bacilles de la tuberculose humaine rend déjà les bovidés incapables de réagir par la formation de tubercules à l'introduction de quantités de virus de tuberculose bovine, qui déterminent rapidement chez les témoins un processus miliaire avec issue fatale.

Aussi, en se basant sur ses recherches personnelles, ainsi que sur celles du professeur d'Utrecht, M. von Behring considère la question de la vaccination antituberculeuse comme complètement résolue, tout au moins *en principe*. L'avenir dira si cette vaccination devra être, en pratique, appliquée sous la forme même qui est actuellement préconisée par le directeur de l'Institut d'hygiène de Marbourg ou s'il convient d'en perfectionner encore la technique. Quoi qu'il en soit, M. von Behring estime que l'efficacité de la méthode dont il s'agit ne saurait plus faire l'objet d'aucun doute.

Si M. von Behring n'en poursuit pas moins l'étude expérimentale de cette question, ce n'est plus en vue de la prophylaxie de la tuberculose bovine, mais afin d'asseoir sur une base solide les essais d'immunisation à l'égard de la tuberculose *chez l'homme*.

V

A la suite d'un très grand nombre d'expériences, le professeur de Marbourg a été à même de se convaincre que l'inoculation aux bovidés d'une culture de bacilles de la tuberculose humaine, telle qu'il la pratique habituellement, n'est suivie d'une réaction fébrile plus ou moins intense que dans les cas où il y a lieu d'admettre l'existence d'une infection tuberculeuse antérieure. Il a pu constater que, chez les animaux ayant dépassé un an, cette réaction se montre parfois assez violente pour mettre la vie en danger (œdème suraigu du poumon). Aussi doit-on s'abstenir, en pratique, de vacciner les bovidés âgés de plus d'un an.

Mais ce n'est pas là la seule conclusion que M. von Behring croit pouvoir tirer de ses expériences.

S'il est vrai que l'intensité de la réaction consécutive à l'inoculation immunisante dépend d'une infection tuberculeuse antérieure et surtout de la durée de cette infection, il semble qu'on puisse éviter, d'une manière à peu près certaine, des phénomènes réactionnels fâcheux en choisissant, en vue de la vaccination, des sujets tout à fait jeunes, puisqu'il est établi, d'autre part, que la tuberculose s'observe, chez les bovidés, d'autant plus rarement qu'ils sont plus jeunes. L'expérience est venue pleinement justifier le bien fondé de cette hypothèse : des veaux âgés de quatre semaines à trois mois ont pu supporter l'injection intraveineuse du vaccin antituberculeux sans présenter une réaction aiguë, et actuellement M. von Behring recommande de procéder, dans la pratique rurale, à la vaccination antituberculeuse sur des animaux âgés de moins de trois mois.

Qu'il s'agisse de l'espèce bovine ou de l'espèce animale, le professeur de Marbourg attache une grande importance à l'infection des jeunes sujets et, en particulier, des nouveau-nés. En effet, les individus adultes trouvent dans l'état de leur épiderme et de la couche épithéliale de leurs muqueuses, ainsi que dans l'action bactéricide des ferments contenus dans leur tube digestif, des moyens de défense efficaces contre l'agent infectieux. Par contre, en raison de la grande perméabilité des muqueuses et de l'absence de ferments, les nouveau-nés sont d'autant plus exposés à l'infection par contagion que l'air, comme on le sait aujourd'hui, renferme non seulement des bacilles desséchés, mais aussi des microorganismes humides.

En ce qui concerne l'espèce humaine, on ne saurait dire, pour le moment, au bout de combien de temps l'infection contractée par le nourrisson peut se manifester par des phénomènes cliniques. Pour les bovidés, M. von Behring a étudié la question de près : il a vu qu'entre le moment de l'infection et l'apparition de la sensibilité à l'égard de la tuberculine il peut s'écouler plus de trois mois ; quant aux manifestations cliniques de la tuberculose, elles peuvent ne se montrer qu'au bout de plusieurs années, leur éclosion se trouvant d'ailleurs favorisée par les conditions défavorables d'existence (nourriture insuffisante, vêlage fréquent, lactation intensive, etc.).

Partant de ce fait que l'espèce humaine n'offre pas, à cet égard, de différences sensibles avec les bovidés, M. von Behring estime qu'on doit surtout s'appliquer à combattre le danger d'infection tuberculeuse chez les nouveau-nés et chez les nourrissons et faire pour eux ce qu'on fait aujourd'hui en grand pour les jeunes bovidés.

Toutefois, comme on ne saurait guère songer à introduire dans les veines des enfants des bacilles vivants, encore qu'atténués, M. von Behring croit qu'on pourrait utiliser, en vue de cette immunisation, des anticorps provenant d'animaux immunisés contre la tuberculose, et cela d'autant plus que, pendant les premières semaines de la vie, la muqueuse intestinale se montre aussi perméable à l'égard des anticorps que vis-à-vis des bacilles : c'est ainsi que chez les jeunes animaux nourris avec du lait contenant des anticorps on retrouve ceux-ci, en quantité considérable, dans le sang (Römer).

Aussi M. von Behring se propose-t-il d'essayer d'immuniser des nourrissons en les alimentant avec du lait provenant de vaches vaccinées contre la tuberculose. Mais, avant d'entreprendre ces essais, il tient à s'assurer, par des expériences sur des animaux, de la possibilité d'obtenir l'immunisation par cette voie.

L'avenir nous dira jusqu'à quel point ces belles espérances sont conformes à la réalité.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

MÉDECINE PRATIQUE

L'injection intraveineuse d'adrénaline, associée au massage du cœur et à la respiration artificielle, comme moyen de traitement de la mort apparente.

Des multiples procédés préconisés dans le but de rappeler à la vie les sujets en état de mort apparente, et présentés bien souvent par leurs auteurs comme infaillibles, la plupart n'ont eu qu'une existence éphémère, et, de fait, bien peu d'entre eux jouissent de la confiance générale et sont passés dans la pratique habituelle. D'ailleurs, le plus grand nombre de ces moyens de traitement ne s'adressent qu'à des cas d'asphyxie, alors qu'il n'y a qu'arrêt de la respiration et que le cœur, *ultimum moriens*, même s'il est défaillant continue cependant encore à battre. Aussi me semble-t-il intéressant de signaler une méthode dont le principe est basé sur des données scientifiques sérieuses et qui paraît susceptible de rendre de réels services. Imaginée par M. le docteur George W. Crile, professeur de clinique chirurgicale à la *Western Reserve University* et chirurgien du *Lakeside Hospital* de Cleveland (Etat d'Ohio), elle serait d'autant plus précieuse qu'elle réussirait d'une façon à peu près certaine, à condition qu'il ne se fût pas écoulé plus de quinze minutes au maximum, au moment où on l'emploie, depuis la suppression des battements du cœur.

M. Crile n'a pas, bien entendu, la prétention d'empiéter sur le domaine des thaumaturges et de faire revivre les morts : son procédé n'est applicable qu'aux cas de syncope, où l'arrêt du cœur est consécutif à un traumatisme, un empoisonnement, une asphyxie (gaz toxique, immersion dans l'eau) ou une action analogue.

A défaut d'un fait clinique se prêtant à la mise en œuvre de sa méthode, M. Crile voulut bien m'en faire la démonstration sur des animaux de laboratoire. Un chien étant anesthésié à l'éther, il pratique la trachéotomie, puis introduit dans l'artère carotide primitive gauche une canule mise en relation avec un levier inscripteur qui trace sur un tambour noirci à la fumée, et tournant avec une vitesse constante, la courbe de la pression artérielle. Dans la veine jugulaire gauche on fixe ensuite une canule par laquelle on peut injecter des liquides dans la circulation générale. Ceci fait, on sacrifie le chien par asphyxie. En suivant sur le tambour la courbe de la pression sanguine, on se rend compte exactement de l'instant où le cœur cesse de battre : la courbe, à partir de ce point, est en plateau et ne se relève plus. On note ce moment, qui correspond à celui de la mort certaine de l'animal.

Dix minutes plus tard, on commence les manipulations destinées à rappeler le chien à la vie. Une de ces manœuvres consiste en une sorte de massage du cœur que l'on exécute en comprimant vigoureusement la paroi thoracique

gauche avec la main appliquée à plat. Cette compression doit être pratiquée avec une force toujours égale et à intervalles régulièrement espacés.

En outre, on exécute la respiration artificielle. Dans son laboratoire, M. Crile se sert, pour cela, d'un procédé d'un caractère bien américain : la respiration artificielle est obtenue à l'aide d'une pompe foulante et aspirante, mise en mouvement à l'aide d'une dynamo et faisant alternativement pénétrer et ressortir l'air destiné au poumon. Une fois la pompe en communication, au niveau de la canule de la trachéotomie, avec l'arbre trachéobronchique, l'expérimentateur n'a plus qu'à tourner un commutateur pour que, d'une façon toute mécanique, la respiration artificielle soit assurée dans des conditions excellentes si l'appareil est bien réglé. Je me hâte d'ajouter qu'on m'a cité le prix de revient de cette installation, et que ce prix ne m'a guère paru en rapport avec les ressources pécuniaires de nos laboratoires; du moins ce dispositif m'a-t-il semblé fort commode. Aussi bien est-ce là un appareil qu'il n'est pas possible d'avoir sous la main quand il ne s'agit plus d'un animal en expérience, mais d'un être humain, d'un noyé par exemple.

Le massage du cœur et la respiration artificielle ne sont que des moyens accessoires dans le procédé de M. Crile. Si, en plus, on injecte dans la jugulaire une solution physiologique d'eau salée, on n'obtient que rarement un effet appréciable. Cet effet fut même entièrement nul dans les trois expériences auxquelles j'assistai. Mais si, au lieu de prendre de l'eau salée, on se sert d'une solution d'adrénaline pour faire l'injection intraveineuse, le tableau change : aussitôt que l'adrénaline arrive dans la circulation, la courbe indiquant la pression sanguine se relève brusquement et, faisant un véritable bond, atteint d'emblée un niveau assez élevé; au bout d'une minute, le cœur se met de nouveau à battre. Progressivement, la courbe de la pression sanguine se rapproche de la moyenne et l'action du cœur se régularise; après un certain laps de temps — dépassant rarement une ou deux minutes — les mouvements respiratoires spontanés se rétablissent : l'animal est ressuscité.

M. Crile étudie expérimentalement depuis plus d'une année la méthode de rappel à la vie que je viens de décrire. Pratiquée de la façon indiquée, elle n'aurait jamais échoué entre ses mains, à condition toutefois que l'injection intraveineuse d'adrénaline fût pratiquée *quinze minutes* au plus après l'arrêt du cœur. C'est là une limite extrême qui est de rigueur; j'ai eu l'occasion de voir moi-même qu'un retard d'une seule minute dans l'institution du traitement suffit à en compromettre le succès : si le cœur a cessé de battre depuis seize minutes, on ne parvient plus à ressusciter l'animal en expérience.

Il n'est pas nécessaire que la solution d'adrénaline soit très concentrée : celle dont se sert M. Crile est au titre de 1 pour 50,000. En raison de la rapidité avec laquelle la substance active s'oxyde, il importe cependant que le liquide soit récemment préparé.

Chez l'homme, M. Crile n'a jusqu'ici pu appliquer son procédé qu'une fois, chez un individu qui avait subi un grand traumatisme. Il réussit à ranimer le blessé et à le soutenir pendant dix heures; au bout de ce laps de temps, le patient succomba à son état général. Dans ce cas, il suffit de 1 c.c. d'une solution d'adrénaline à $^1/_{50.000}$ pour obtenir le résultat voulu. On pratiqua cette injection directement dans les veines, en ayant soin que l'écoulement fût très lent et rigoureusement continu. De temps en temps, on faisait une nouvelle injection destinée à remplacer dans l'organisme l'adrénaline au fur et à mesure qu'elle s'y oxydait.

M. Crile se propose d'employer à nouveau sa méthode chez l'homme à la prochaine occasion. Il pense notamment que, pour les noyés, le procédé en question peut être appelé à rendre des services, et il a des raisons de croire qu'il en est de même après l'électrocution. Ayant, en effet, placé sur le dos d'un chien l'une des électrodes d'un courant électrique, l'autre électrode étant introduite dans le rectum, M. Crile fit passer à travers le corps de l'animal un courant extrêmement puissant. L'animal tomba foudroyé; et un ingénieur électricien, fort compétent en la matière, qui assistait à l'expérience, n'hésita pas à déclarer inutile toute tentative de résurrection. Cependant M. Crile arriva parfaitement à ranimer ce chien. Le courant électrique qu'il avait utilisé étant au moins *trois fois plus puissant* que celui qui sert aux Etats-Unis à l'exécution des condamnés à mort, il y a lieu de se demander si l'adrénaline employée concurremment avec le massage du cœur et la respiration artificielle, suivant le procédé de M. Crile, ne parviendrait pas à ranimer ces suppliciés.

D[r] Francis Munch (de Paris).

Cleveland, le 1[er] mars 1903.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 mars 1903.

Mécanisme et influence des lésions des centres nerveux des rejetons issus de générateurs malades.

MM. Charrin et Léri. — Les centres nerveux des rejetons issus de générateurs malades, et morts au moment de la naissance ou fort peu de temps après, offrent des lésions, dont, à plusieurs points de vue, l'interprétation est intéressante.

Le plus souvent, on rencontre des foyers de congestion ou des hémorrhagies tant au niveau de l'épendyme ou à la base des cornes antérieures, que dans les parties latérales ou sous les méninges; ces dernières, par exception, sont épaissies, infiltrées de leucocytes et, d'autre part, assez rarement aussi, les cellules motrices sont détériorées.

Très fréquents, ces désordres vasculaires s'observent chez des nourrissons provenant de mères atteintes d'affections variées (tuberculose, anémie, alcoolisme, épilepsie, etc.). Leur existence chez des sujets venus avant terme, morts en naissant ou quelques heures après, leur aspect histologique, etc., établissent que ces altérations se développent ordinairement durant la vie intra-utérine. Leur évolution est, du reste, parallèle à celle des lésions rénales, cardiaques, plus encore hépatiques, dont nous avons dégagé la formation, parfois dès la période embryonnaire, sous l'influence soit des toxines bactériennes si communément hémorrhagipares, soit des poisons cellulaires maternels ou fœtaux provenant des tissus déviés par le mal de leur type nutritif normal. Ces mêmes causes prédominent dans la genèse de ces extravasations sanguines protubérantielles, bulbaires ou médullaires, qui relativement se produisent avec plus d'aisance dans ces parenchymes mous, insuffisamment soutenus. Assurément, de temps en temps on isole des microbes; mais, en particulier dans le sein maternel, avant le neuvième mois, ils sont inconstants, disparates, peu spécifiques; ils relèvent de ces infections secondaires habituellement digestives, respiratoires ou cutanées, qui se développent grâce aux défectuosités des défenses situées au niveau des portes d'entrée (insuffisance de la fonction sudorale, du mucus, des diastases, protectrices gastro-intestinales), grâce également aux prédispositions générales engendrées par l'hypothermie, le surmenage cellulaire, l'intoxication organique, l'abaissement de l'alcalinité humorale, etc. Une fois installés, ces processus ajoutent évidemment leur action et contribuent à amener la mort.

Nous ne récusons pas le rôle des accouchements laborieux; assurément le traumatisme est apte à produire ces accidents. Toutefois, sur 9 enfants examinés, 8 étaient aisément venus par le sommet; un seul s'était présenté par le siège; or, ses hémorrhagies étaient proportionnellement minimes, moins marquées que celles de plusieurs prématurés dont l'extraction avait été facile en raison de leur faible volume.

Les nouveau-nés porteurs de ces centres nerveux lésés n'ont généralement pas offert de symptômes spéciaux en rapport avec ces tares; la mort, dans ces cas, paraît attribuable aux troubles généraux, d'ailleurs enregistrés, du métabolisme, ou aux altérations du rein, du poumon, par-dessus tout de l'intestin, du foie, etc., etc. Dès lors, il est facile d'imaginer, dans ces troubles ou ces altérations, des atténuations permettant des survies plus ou moins longues. Par suite, quand plus tard apparaissent certaines maladies réputées ou non congénitales et intéressant le névraxe, on est en droit, surtout dans l'habituelle ignorance des causes, de rapprocher ces maladies des atteintes pathologiques que nous venons de découvrir. On comprend, en effet, que situées latéralement ces hémorrhagies puissent disloquer les éléments déjà formés du faisceau pyramidal, s'opposer au complet développement de ce faisceau, qui ne s'achève qu'après la naissance, et de la sorte restreindre ou supprimer l'action modératrice, antispasmodique, du cerveau sur la moelle. On conçoit aussi que, la résorption une fois terminée, ces foyers d'extravasation soient susceptibles de faire place à des cavités diversement réparties, mais le plus ordinairement centrales, épendymaires.

Ainsi, les faits que nous établissons éclairent d'un jour possible la pathogénie de la maladie de Little, de la paraplégie spasmodique infantile, de la syringomyélie, etc. Ils démontrent, en outre, que dans la répartition des lésions (scléreuses ou autres), les méninges et spécialement les vaisseaux, du moins à cette période, jouent un rôle qui, d'autre part, ne semble pas subordonné à la systématisation des cordons médullaires; ils prouvent encore qu'en matière de pathologie, pour les centres nerveux — comme, d'ailleurs, suivant nos recherches, pour le rein, le foie, etc. —, il convient de ne pas s'arrêter à la naissance, mais de remonter aux origines de la vie intra-utérine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars 1903.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Bazy. — Je puis vous montrer un homme qui s'est fait, il y a quarante-neuf ans, une fracture de la rotule; les deux fragments sont actuellement séparés l'un de l'autre par un intervalle de 12 centimètres, ce qui ne l'empêche pas de courir et de porter de lourdes charges en gravissant plusieurs étages.

J'ai traité un certain nombre de fractures de la rotule par la suture osseuse, mais j'y ai renoncé pour recourir exclusivement soit au cerclage, surtout dans les cas de fractures à plusieurs fragments, soit à la suture simple des tissus fibro-périostiques avec du catgut fort. Je dois même ajouter que ce dernier procédé m'a donné des résultats si parfaits que je suis tout disposé à abandonner le cerclage.

A mon avis, un des grands avantages de l'intervention sanglante, dans les fractures de la rotule, réside dans la possibilité d'évacuer les caillots et de nettoyer complètement la cavité articulaire.

M. Moty. — Je suture habituellement la rotule avec trois fils, et je complète la coaptation par des points fibro-périostiques.

M. Quénu. — J'ai été un peu étonné des restrictions faites par M. Berger au sujet de la suture de la rotule, en raison du danger que cette opération peut présenter. Il est certain que celle-ci, comme la plupart des interventions chirurgicales, est contre-indiquée chez les cachectiques, les albuminuriques, les diabétiques, mais en dehors de ces conditions mauvaises je ne vois guère d'autres contre-indications, et je crois qu'il est exagéré de dire que le traitement non sanglant peut donner d'aussi bons résultats que la cure opératoire. Le malade que M. Bazy vient de nous montrer semble donner raison, il est vrai, à cette manière de voir, mais il s'agit là certainement d'un cas exceptionnel, et il ne faudrait guère compter d'une façon générale sur un état fonctionnel

semblable avec un pareil écartement des deux fragments.

J'ai fait chez 15 malades la suture ou le cerclage de la rotule, et je n'ai eu qu'une fois une infection secondaire au niveau de quelques points de suture; je prends d'ailleurs toute la responsabilité de cette complication, car j'avais eu le tort d'opérer dès le lendemain de l'accident, et après avoir fait la veille une opération septique.

M. Félizet. — Avant d'exécuter la suture des fragments de la rotule fracturée, il faut avoir soin de pratiquer soigneusement la toilette du périoste et d'en régulariser les lambeaux afin d'éviter leur interposition entre les fragments osseux. De même, il est parfois nécessaire de régulariser aussi les surfaces osseuses que l'on va rapprocher l'une de l'autre.

Hépaticotomie pour calculs biliaires.

M. Delagénière (du Mans). — L'hépaticotomie n'a été pratiquée que dans un nombre de cas relativement restreint. J'ai eu l'occasion de faire cette opération chez une femme de quarante et un ans, qui souffrait depuis longtemps de coliques hépatiques. A la suite d'une crise très violente, survenue en septembre 1902, la malade conserva une teinte subictérique et continua à souffrir. Elle se décida alors à accepter l'opération que je lui proposais, et que je pratiquai le 3 février dernier. Je constatai l'existence de calculs dans le canal hépatique, que j'incisai sur une des concrétions; je retirai successivement deux calculs et je suturai facilement la plaie du canal; puis, après avoir placé un drain dans la vésicule qui avait été ouverte, je fis un tamponnement, que j'enlevai au sixième jour. Les suites furent très simples et la malade a parfaitement guéri; la fistule se ferma au dix-neuvième jour.

M. Terrier déclare que l'examen bactériologique de la tumeur botryomycosique dont il a parlé dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 65) a été pratiqué et que l'on a trouvé du staphylocoque doré.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars 1903.

Leucémie aiguë à forme hémorrhagique avec infection streptococcique.

M. Millard relate l'observation d'une femme de quarante huit ans, qu'il a soignée en 1892 avec Girode et qui était atteinte d'adénopathies multiples des régions cervicales et parotidiennes, accompagnées de taches purpuriques sur les jambes et les avant-bras. A ces accidents s'ajoutèrent, au bout de quelques jours, des hémorrhagies du voile du palais, de la face interne des joues, des gencives, etc. Les ganglions des aisselles et des aines se tuméfièrent à leur tour, une hémiplégie droite survint, la température s'éleva au-dessus de 39°, l'intelligence s'obscurcit, de l'albumine apparut dans les urines et finalement la patiente succomba dans le coma, trente-huit jours après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouva les ganglions de la base du cou et du médiastin tuméfiés; les amygdales et les follicules clos du V lingual étaient considérablement hypertrophiés; la rate était également augmentée de volume, ainsi que les ganglions mésentériques. Il existait, en outre, des taches ecchymotiques sur la plupart des tuniques séreuses (arachnoïde, péricarde, plèvres, péritoine, etc.) et sur la muqueuse de l'estomac et des bassinets; enfin, il y avait un foyer de ramollissement récent au niveau du corps opto strié gauche.

L'examen histologique du sang, pratiqué à diverses reprises pendant la vie, révéla que le nombre des globules rouges était considérablement diminué, tandis que celui des globules blancs était, au contraire, très augmenté. Bien que l'examen bactériologique du même liquide eût été négatif, les résultats des inoculations pratiquées aux animaux démontrèrent qu'une infection streptococcique était venue se surajouter aux lésions du tissu adénoïde et qu'à cette infection devaient être vraisemblablement rattachés les accidents fébriles observés dans les derniers jours de la maladie.

L'orchite dans la fièvre typhoïde.

M. Bergounioux (médecin militaire). — L'orchite est une complication rare de la fièvre typhoïde, car je n'en ai observé que 3 cas malgré le nombre considérable de dothiénentériques que j'ai pu suivre depuis trente-trois ans dans les hôpitaux militaires.

Chez mes deux premiers malades, je vis apparaître, soit au cours de la convalescence, soit durant la période fébrile, une orchite modérée, qui s'installa sans retentissement, ou avec un retentissement très faible, sur l'état général, et disparut par résolution, en cinq jours dans un cas, en une semaine dans l'autre.

Chez mon troisième patient, au contraire, l'inflammation testiculaire, qui se développa au quatorzième jour de la convalescence d'une fièvre typhoïde d'intensité médiocre, fut accompagnée d'une réaction générale grave (température élevée pendant quatre jours, vomissements); les signes locaux étaient accentués, et l'orchite, au lieu d'évoluer vers la guérison, se termina par suppuration et fonte testiculaire. Le pus renfermait, en même temps que le bacille d'Eberth, des bacilles tuberculeux, et la radiographie permit de déceler chez cet homme une tuberculose commençante du sommet droit.

Dans les deux premiers cas, il s'agissait donc d'une orchite typhoïdique pure, dans le dernier d'une orchite mixte, à la fois dothiénentérique et tuberculeuse. Je dois ajouter que ces 3 malades étaient indemnes de tout antécédent blennorrhagique.

La leucocytose dans l'appendicite.

M. Lamy fait remarquer, à propos de la communication de M. Apert (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 72), relative au diagnostic différentiel de l'appendicite et de la colique saturnine, que l'existence d'une leucocytose même peu marquée plaide en faveur de l'appendicite. On sait, en effet, que la leucocytose est de règle dès le début de la crise appendiculaire, avant toute suppuration. Ce qui caractérise cette leucocytose des formes légères, c'est son degré modéré et sa durée éphémère. L'orateur déclare avoir observé avec M. Cazin un fait de ce genre, où l'on trouva 18,000 globules blancs par millimètre cube au troisième jour des accidents. La résolution eut lieu et l'opération fut faite à froid, au bout d'un mois environ : l'appendice était gros, présentait des lésions d'inflammation chronique, ancienne, avec adhérence intime au péritoine de la fosse iliaque, mais il n'y avait pas trace de suppuration.

Cette leucocytose initiale est si constante que, pour M. Lamy, on est fondé à mettre en doute le diagnostic d'appendicite, si le chiffre des leucocytes, dans plusieurs examens successifs, est trouvé égal ou inférieur à la normale. Il ne semble y avoir d'exception à cette règle que dans les septicémies suraiguës ou dans les anciens abcès enkystés.

Achondroplasie sans dystrophie crânienne.

M. Variot montre une fillette de treize ans, née de parents sains et ayant 6 frères ou sœurs bien constitués, qui présente des malformations achondroplasiques des membres (segments distaux plus développés que les segments proximaux, double genu valgum, pieds courts et trapus, mains carrées), sans aucun stigmate de rachitisme; mais, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire dans l'achondroplasie, la tête est parfaitement normale, et l'intelligence est très développée. Malgré l'absence de lésion crânienne, le diagnostic d'achondroplasie ne paraît pas douteux à l'orateur, en raison des malformations caractéristiques des membres et vu le défaut de toute altération du thorax.

Examen du sang dans un cas de cholécystite calculeuse et d'angiocholite suppurées.

M. Claude communique l'observation d'une femme qui était atteinte d'ictère avec décoloration des selles, augmentation de volume du foie et léger état fébrile, sans douleurs provoquées ou spontanées ni vomissements. Malgré l'absence d'antécédents de lithiase biliaire, on pensa à une suppuration des voies biliaires, diagnostic qui fut confirmé par l'examen du sang : il existait, en effet, une leucocytose notable avec 90 % de polynucléaires. Une intervention chirurgicale ayant été pratiquée, on constata une cholécystite calculeuse suppurée avec perforation de la vésicule et abcès péricystique.

Il semble résulter de cette observation que l'examen répété du sang est susceptible de fournir, dans les affections des voies biliaires comme dans l'appendicite, des indications importantes sur le degré de l'infection et sur les complications (abcès, péritonite, angiocholite suppurée) qui peuvent apparaître au cours de la lithiase.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 7 et 14 mars 1903.

Sur le mécanisme du vertige voltaïque.

M. Babinski. — Les physiologistes ne sont pas d'accord sur le mécanisme du vertige voltaïque, les uns supposant que ce vertige est dû à une excitation du labyrinthe, les autres admettant qu'il dépend d'une irritation directe des centres nerveux.

En démontrant il y a deux ans que les lésions auriculaires exercent sur le vertige voltaïque une influence perturbatrice (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 37), je crois avoir prouvé l'exactitude de la première hypothèse. Mais pourquoi l'inclinaison de la tête a-t-elle lieu du côté du pôle positif? C'est là une question que les expériences pratiquées jusqu'à présent ne permettaient pas de résoudre. J'ai eu alors l'idée de mettre à nu, sur l'oreille d'un pigeon, les canaux semi-circulaires, puis d'appliquer les électrodes d'une batterie de piles, l'une immédiatement sur un point de l'appareil labyrinthique, l'autre à un demi-centimètre environ en dehors de cet appareil. J'ai constaté alors de la manière la plus nette qu'à la fermeture du courant la tête s'inclinait du côté du labyrinthe excité, si l'électrode avec laquelle celui-ci était en contact était positive, et qu'elle penchait du côté opposé, lorsque l'électrode était négative. J'ajoute que la chloroformisation fait disparaître ce phénomène qui se produit à nouveau dès que l'animal se réveille.

En obturant le conduit auditif externe du pigeon, on remarque, au moment de la fermeture du courant, que la tête s'incline du côté de l'oreille fermée quand le pôle positif est appliqué de ce côté, et que, si l'on intervertit le courant, la tête s'incline beaucoup moins du côté opposé ou se porte en arrière.

Présence du bacille d'Eberth dans l'urine des typhoïdiques guéris.

M. Vincent (médecin militaire). — On sait que le bacille typhique existe assez fréquemment dans l'urine des malades atteints de fièvre typhoïde. Je l'ai trouvé dans 19 % des cas. Il apparaît, en général, du onzième au dix-septième jour, et parfois dans une urine dépourvue d'albumine ou n'en renfermant qu'une faible quantité. En même temps que le bacille d'Eberth, on peut rencontrer d'autres microbes pathogènes; j'ai isolé, une fois, le bacille pyocyanique, bien que le malade ne présentât aucune complication due à ce microbe.

La persistance du bacille d'Eberth dans les urines, longtemps après la guérison, est un phénomène plus singulier en apparence, mais qui n'est pas douteux. Chez deux sujets que j'ai observés à ce point de vue, la bactériurie éberthique a duré respectivement dix-neuf et trente-sept jours après la guérison; elle peut se prolonger, d'ailleurs, beaucoup plus longtemps.

Le bacille offre des variations très grandes de quantité d'un jour à l'autre. A certains jours, il existe en proportion considérable, comme s'il y avait une véritable décharge bactérienne; d'autres fois, il est très rare dans l'urine. Ce phénomène paraît en rapport avec la réaction plus ou moins acide de l'urine.

Cette élimination du bacille d'Eberth par l'urine, après la guérison, ne peut s'expliquer par le passage du microbe à travers le rein, car les sujets ne présentent aucun trouble morbide, aucune trace d'albumine, aucun cylindre urinaire. Mais j'ai reconnu parfois quelques cellules de l'épithélium vésical, et, d'autre part, la désinfection de la vessie à l'aide du permanganate de potasse a réussi à débarrasser un de mes malades de sa bactériurie.

Aussi, bien que les bacilles puissent sans doute se développer également dans les bassi-

nets et les uretères, c'est, je crois, surtout dans la vessie qu'ils cultivent, comme en vase clos; ils se multiplient et se conservent à la faveur de l'urine qui constitue pour eux un bouillon de culture régulièrement renouvelé, grâce aussi à la température et à des conditions d'anaérobiose relative favorable à leur persistance. Parfois, ainsi que je l'ai signalé (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 85), ils peuvent susciter au début de la convalescence une réaction locale violente et une cystite hémorrhagique à la suite de laquelle ils disparaissent de l'urine.

Macération de reins de porc contre l'urémie.

M. Dubois (de Lyon) communique l'observation d'un homme de soixante-neuf ans, qui fut pris brusquement, à la suite d'un refroidissement, d'une albuminurie intense. Tous les moyens usités en pareil cas avaient échoué, et le malade, en proie aux accidents urémiques les plus violents, était considéré comme irrémédiablement perdu. On eut alors l'idée de lui faire prendre une macération de reins de porc (deux ou trois reins frais pulpés finement dans 750 grammes d'eau, avec macération et agitation répétée pendant deux heures), administrée en quatre fois dans la journée, médication qui fut continuée pendant une dizaine de jours. Immédiatement on observa une sédation de tous les accidents, et actuellement l'état du patient est assez satisfaisant, bien qu'il y ait encore de l'albumine dans l'urine.

L'idée directrice qui a conduit l'orateur à recourir à ce traitement est qu'il existe dans le rein une antitoxine normale qui cesse d'être sécrétée ou l'est en quantité insuffisante dès que le fonctionnement du rein est troublé. Cette antitoxine n'est pas altérée par son passage dans le tube digestif : son rôle consisterait à détruire, à leur passage dans le rein, certains principes toxiques du sang, résultant de l'activité de l'organisme.

L'électrolyse des salicylates comme moyen de pénétration de l'ion salicylique en thérapeutique locale.

MM. Bergonié et **Roques** (de Bordeaux) communiquent les résultats des expériences qu'ils ont instituées dans le but de faire pénétrer par électrolyse, au niveau d'une jointure, l'ion salicylique d'une solution de salicylate de soude, appliquant en cela les vues émises par M. Bouchard sur le traitement local du rhumatisme (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 234).

Ils ont pu s'assurer qu'un individu dont le pied est immergé dans une solution de salicylate de soude à 3 % — l'électrolyse étant pratiquée pendant une heure, avec un courant de 30 à 40 milliampères, au moyen d'une électrode négative en charbon plongeant dans la solution médicamenteuse, tandis que l'électrode positive est appliquée sur le dos du sujet —, absorbe de l'acide salicylique en quantité appréciable, que l'on peut déceler dans les urines; cette absorption n'a pas lieu si le sens du courant est renversé. L'élimination urinaire ne se produit que pendant les douze heures qui suivent la séance d'électrolyse; durant cette période, l'urine renferme par litre de 0 gr. 03 à 0 gr. 04 centigr. d'acide salicylique.

M. Bonnier attire l'attention sur quelques réactions bulbaires paradoxales (soif, anorexie paroxystique, alacrité respiratoire, état d'allègement, fixation du regard, redressement des paupières, vigilisme, etc.), qui encadrent dans certains cas le syndrome généralement attribué à la lésion du noyau de Deiters.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 4 mars 1903.

Le diagnostic radiographique de la gangrène pulmonaire.

M. A. Fränkel déclare que si les rayons de Röntgen, dans le diagnostic de la plupart des maladies de poitrine, n'offrent guère qu'un intérêt théorique, il est cependant une affection pulmonaire où ils ont une réelle utilité pratique : c'est la gangrène du poumon. Celle-ci peut se présenter sous forme de nombreux petits foyers disséminés, et elle échappe alors à l'intervention chirurgicale; parfois au contraire il s'agit d'une seule caverne gangreneuse, et la pneumotomie est alors indiquée. Or, pour les cas de ce genre, surtout à leur phase aiguë, ce n'est que rarement que l'on observe des signes cavitaires, car la caverne est entourée d'une zone de tissu pulmonaire condensé; aussi perçoit-on de la matité sans râles, sans souffle bronchique; mais la radiographie, en pareille occurrence, révèle une ombre circonscrite. Quand à ce symptôme se joint la constatation de détritus pulmonaires dans l'expectoration, on peut affirmer l'existence d'un foyer isolé de gangrène, et agir en conséquence.

L'orateur cite 3 faits où le diagnostic, établi de la sorte, a été confirmé par une opération qui a eu d'excellents effets.

Grossesse tubaire double.

M. Rosenstein présente une femme de trente-huit ans ayant fait une fausse couche dix années auparavant, et qui, quatre jours après la fin de ses règles, eut une hémorrhagie abondante avec violentes douleurs abdominales; en dépit du traitement opiacé, ces douleurs, d'abord localisées à droite, s'étendirent aussi au côté gauche, et la malade tomba dans le collapsus. On constatait, au voisinage des annexes droites, une tumeur assez volumineuse, ainsi qu'un peu de résistance au niveau des annexes gauches. Hésitant entre une appendicite, une annexite, une péritonite par perforation et une hémorrhagie péritonéale, l'orateur fit une laparotomie. Il reconnut l'existence, dans la cavité abdominale, d'un épanchement sanguin abondant; la trompe gauche, tuméfiée et rompue, fut réséquée; à droite, il découvrit un hématome ayant le volume du poing, dont la limite supérieure était constituée par la trompe elle-même, qui fut également extirpée.

D'après M. Rosenstein, il s'agissait là incontestablement d'une double grossesse tubaire; ce serait le premier exemple d'une pareille lésion.

Opération césarienne vaginale pour éclampsie.

M. Dührssen relate l'observation d'une femme qui fut envoyée dans son service pour des attaques d'éclampsie s'étant répétées cinq fois depuis quelques heures et ayant déterminé de la cécité. Devant l'imminence du danger, l'orateur décida d'évacuer aussitôt l'utérus par l'opération césarienne vaginale; le vagin n'admettant que deux doigts, il dut tout d'abord faire une incision vagino-périnéale, puis il pratiqua la section du col — qui n'était pas du tout dilaté — jusqu'à ce qu'il pût introduire le poing dans l'utérus; par cette brèche il parvint à extraire l'enfant qui ne pesait pas moins de neuf livres et demi; l'incision fut alors suturée. Les suites opératoires furent excellentes; la guérison se fit par première intention, sans aucune hémorrhagie secondaire; dès le lendemain la patiente avait recouvré la vue; les crises d'éclampsie ne se reproduisirent pas et au bout de quatre jours l'albuminurie avait elle-même cessé.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 9 mars 1903.

Lésions des cordons latéraux et paralysie spinale spasmodique.

M. Max Rothmann fait une communication dans laquelle il rappelle que M. Erb, lorsqu'il décrivit la paralysie spinale spasmodique (tabes dorsal spasmodique de Charcot), attribua cette affection, se fondant en cela sur les données physiologiques qui avaient cours à cette époque, à une lésion primitive et symétrique des cordons latéraux. Mais des recherches plus récentes, effectuées sur des animaux très divers, et notamment sur le singe, ont démontré que cette hypothèse était injustifiée, car la destruction de l'entrecroisement des pyramides détermine dans la moelle la dégénération des voies pyramidales, sans qu'on observe de paralysie ni de manifestations spasmodiques au niveau des membres. De même, la section bilatérale des cordons postéro-latéraux à la région supérieure de la moelle cervicale, d'où résulte l'interruption non seulement des faisceaux pyramidaux mais aussi des faisceaux de von Monakow, émanés des tubercules quadrijumeaux, n'entraîne chez le singe ni paralysie durable ni spasmes.

Faut-il donc admettre qu'à ce point de vue l'homme se comporte autrement que les animaux, et que chez lui la destruction des voies pyramidales ou des cordons postéro-latéraux a pour conséquence une paralysie spinale spasmodique? M. Erb a récemment rassemblé 10 cas publiés dans la littérature médicale, et qu'il considère comme favorables à son opinion. Mais l'orateur déclare qu'aucun de ces faits n'est à l'abri de toute objection; d'abord, il ne s'agit pas de paralysie vraie, et en outre il n'y a pas entre la lésion des cordons latéraux et les phénomènes spasmodiques une relation aussi étroite qu'on l'admet d'ordinaire. A cet égard, M. Rothmann insiste sur les différences capitales qui séparent les spasmes secondaires et les contractures tardives des hémiplégiques, des manifestations de même ordre — mais primitives — dans la paralysie spinale spasmodique et les affections médullaires analogues. Il y a, d'ailleurs, des cas d'altération des cordons latéraux sans spasmes, et d'autres concernant des spasmes sans altération des cordons latéraux. Enfin, même dans les lésions les plus graves des voies pyramidales, remontant jusqu'à la protubérance, on peut constater un état spasmodique des jambes avec intégrité des bras.

L'orateur conclut, pour tous ces motifs, que les phénomènes spasmodiques sont une complication, et non une conséquence, de l'altération des cordons latéraux, et que la paralysie spinale spasmodique ne saurait être imputée à une lésion des voies pyramidales latérales ou des cordons postéro-latéraux.

M. von Leyden rappelle qu'il a toujours combattu la manière de voir de Charcot, consistant à diviser la moelle en diverses régions dont chacune traduirait sa lésion par un complexus symptomatique particulier; la connaissance des lésions systématiques combinées suffit à renverser cette théorie. Pour l'orateur, il n'existe que deux sortes d'affections médullaires systématisées, l'une sensitive, le tabes, l'autre motrice, la sclérose latérale amyotrophique.

M. Max Rothmann fait observer que la sclérose latérale amyotrophique elle-même n'est pas une affection isolée des faisceaux pyramidaux latéraux, car les cordons antérieurs sont eux aussi intéressés.

Recherches sur le suc pancréatique normal de l'homme.

M. Glässner rend compte d'expériences qu'il a pu faire avec du suc pancréatique normal, recueilli au moyen d'une sonde introduite dans le canal de Wirsung au cours d'une intervention pour obstruction du cholédoque.

La quantité de suc sécrété s'élevait chaque jour à 700 ou 800 grammes; la sécrétion était plus active après les repas que dans l'état de jeûne; elle était considérablement augmentée par l'injection dans la sonde d'une petite quantité d'acide chlorhydrique, tandis que les alcalins et les graisses étaient sans action sur elle. Au point de vue des ferments, l'orateur a pu s'assurer que le suc pancréatique normal ne renferme pas de trypsine, contrairement à la théorie classique. Sa teneur en ferment lipolytique et en diastase varie parallèlement à son alcalinité : elle est, comme celle-ci, minima durant les périodes de jeûne, maxima pendant les premières heures de la digestion. L'action du ferment lipolytique est renforcée par l'addition de bile et de suc intestinal; quant à la diastase, elle ne transforme les amylacés qu'en maltose, tandis que le suc intestinal les amène à l'état de glucose; elle est sans effet sur la lactose et la saccharose; ce dernier sucre est au contraire attaqué par le suc intestinal.

Angine de Ludwig à évolution très rapide.

M. O. Rothmann relate l'observation d'une jeune fille de vingt et un ans qui eut une angine de Ludwig ayant entraîné la mort au bout

d'une semaine, malgré une intervention chirurgicale qui donna accès sur un petit ganglion suppuré; la durée de l'affection est, en général, de dix à treize jours.

M. Max Salomon dit avoir observé, à Altona, 5 cas d'angine de Ludwig, en très peu de temps, au cours d'une épidémie de diphtérie.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Chicago, le 22 février 1903.

L'asepsie opératoire aux Etats-Unis.

Depuis les travaux de Pasteur, de Lister et de l'école moderne, l'accord est universel sur la nécessité de se conformer aux règles de l'asepsie et de l'antisepsie dans toute intervention opératoire. Cependant, le médecin qui, ayant quelque peu voyagé, a pu étudier *de visu* la pratique suivie à cet égard dans les différents pays, est frappé de voir que les principes, théoriquement immuables, sont appliqués d'une manière variable d'une contrée à l'autre; il est bon d'ajouter d'ailleurs que, pour un même pays, il s'établit une certaine moyenne qui peut être considérée comme caractéristique de ce pays.

A l'appui de cette manière de voir, je citerai l'opinion d'un confrère d'origine suisse, qui, après avoir fréquenté pendant de longues années les hôpitaux suisses et allemands, suivit quelque temps les services parisiens et s'est finalement établi à Londres. Or, ce médecin, bien placé pour juger en pareille matière, ne sut assez me dire, dans une conversation que j'eus avec lui à Londres l'année dernière, quel fut son étonnement en voyant qu'on observait à Paris les règles de l'asepsie d'une façon infiniment moins rigoureuse qu'il ne l'avait vu faire par ses premiers maîtres, et son étonnement fut plus grand encore lorsqu'il constata, à son arrivée en Angleterre, à quelle phase encore embryonnaire se trouvait cette même asepsie dans le pays de Lister (1). Il va sans dire que ce sont là des comparaisons tout à fait générales, et il me suffira de signaler des hôpitaux comme le *St. Thomas's Hospital* et le *London Hospital* pour montrer que, même à Londres, l'asepsie opératoire n'est pas partout lettre morte.

Si j'insiste sur les différences avec lesquelles on manie l'antisepsie dans les divers pays d'Europe, c'est qu'il me paraît intéressant d'indiquer l'état actuel de la question en Amérique, ou du moins dans la partie orientale des Etats-Unis, que je viens de parcourir. Les quatre principaux centres de l'est américain sont, en allant du nord au sud, Boston, New-York, Philadelphie et Baltimore. Je dirai de suite que dans ces quatre villes les règles de l'asepsie sont appliquées avec une rigueur beaucoup plus grande qu'en Europe; j'ajouterai même que le chirurgien américain insiste volontiers sur les questions d'asepsie opératoire; c'est un point sur lequel il se croit supérieur à ses confrères européens, et il ne se gêne pas pour le dire!

Une première condition à satisfaire en matière d'asepsie est de disposer d'une salle d'opération répondant aux exigences de la chirurgie moderne. A cet égard, je tiens à noter tout d'abord qu'il est absolument exceptionnel aux Etats-Unis de voir pratiquer une intervention, quelle qu'elle soit, au domicile du malade. Le préjugé contre l'hôpital est chose aussi inconnue ici qu'elle est répandue dans le vieux monde; la première idée qu'a l'Américain, quand il est souffrant, c'est de se faire transporter à l'hôpital : à côté de la salle commune, il sait qu'il y trouvera, s'il le désire, des chambres payantes présentant tout le confort désirable (2).

Les salles d'opération, dans la plupart des hôpitaux, sont presque toutes de nature à satisfaire les exigences les plus rigoureuses. A ce propos, je signalerai que l'habitude d'avoir des salles spéciales pour les opérations aseptiques, et d'autres pour les malades infectés, tend de plus en plus à disparaître, en raison de la difficulté qu'il y a souvent à savoir d'avance si un cas donné rentre dans une catégorie ou dans l'autre. On cherche surtout à rendre les amphithéâtres aussi faciles à nettoyer que possible. Celui de M. le docteur Roswell Park au *Buffalo General Hospital*, celui de M. le docteur E. Laplace au *Medico-Chirurgical College* de Philadelphie, par exemple, sont munis de dispositifs spéciaux permettant d'inonder toute la salle, rien qu'en ouvrant quelques bouches d'eau situées à sa partie supérieure.

Par contre, on cherche de plus en plus à éloigner de l'hôpital les accidents relevant de la chirurgie d'urgence. Non seulement la plupart des hôpitaux sont pourvus d'un service spécial destiné à ces cas, mais on s'efforce actuellement de séparer complètement ces services d'urgence en leur attribuant des hôpitaux distincts, parfaitement organisés et outillés, et qui méritent mieux que le nom de *relief stations* (postes de secours) qu'on leur donne généralement.

Une des précautions auxquelles on attache ici la plus grande importance, c'est d'exclure de toute intervention dans l'acte opératoire les infirmières chargées du service des salles. On ne voit point aux Etats-Unis, comme cela se fait si couramment en France, la surveillante de la salle venir « passer les instruments » quand on opère « sa » malade. Des infirmières spéciales sont ici affectées à la salle d'opération. Souvent — on peut dire toujours dans les grands hôpitaux —, une école d'infirmières est annexée à l'hôpital; alors ce sont les élèves de cette école qui à tour de rôle s'occupent du service des opérations sous la surveillance constante et effective d'une infirmière diplômée et connaissant à fond ce service. Il en résulte que les préparatifs destinés à assurer l'asepsie opératoire sont exécutés avec le plus grand soin, et que l'infirmière qui en est responsable est une personne compétente et toujours la même. Il semble que ce soit là une excellente façon d'agir.

Sur la stérilisation des instruments, des pièces de pansements, etc., j'ai peu à dire : la stérilisation se fait essentiellement de la même façon qu'en Europe, et les appareils qui servent à cet usage sont d'origine ou de modèle européen. Je signalerai simplement en passant un procédé employé à Boston pour assouplir la gaze, et qui consiste à la tremper dans une solution de glycérine à 5 %, avant la stérilisation à l'étuve sèche. Quant aux éponges naturelles, je ne les ai guère vu utiliser qu'à Baltimore par M. le docteur Howard A. Kelly, professeur de gynécologie à la *Johns Hopkins Medical School*.

En fait de drains, ceux de caoutchouc sont généralement employés (1); mais pour la cavité abdominale, on se sert fréquemment, aux Etats-Unis, de tubes de verre entourés de gaze aseptique ou iodoformée. Une forme de drain que l'on utilise particulièrement à Boston et à Philadelphie pour le drainage du péritoine est le *drain en cigarette*, constitué par une mèche de gaze enveloppée d'un mince feuillet de caoutchouc, de la même façon que le tabac d'une cigarette est entouré de la feuille de papier. L'avantage que présente ce drain consiste dans la facilité avec laquelle on le retire de la plaie sans provoquer aucune douleur. En usage surtout pour le drainage de la cavité abdominale, il est aussi employé en otologie, par exemple par M. le docteur Fred Jack, otologiste à l'*Eye and Ear Infirmary* de Boston (pavillon spécial du *Massachusetts General Hospital* de cette ville), pour le drainage des cavités mastoïdiennes après leur trépanation.

En ce qui concerne les sutures et les ligatures, la soie est, ici, beaucoup moins répandue qu'en Europe; c'est le catgut, de calibre variable, qui fait presque tous les frais des sutures et des ligatures, et si des matériaux spéciaux, comme le tendon de kangourou ou le crin de cheval (ce dernier à Chicago) jouissent d'une certaine vogue, il me semble qu'il ne s'agit là que d'un engouement local ou individuel. Le crin de Florence en points séparés, pour la suture de la peau, est d'un usage à peu près général, seul ou renforcé par un surjet au catgut.

Aux Etats-Unis, le catgut est généralement livré tout stérilisé par le commerce, mais il est de règle dans presque tous les hôpitaux de le soumettre à une seconde stérilisation. Les procédés auxquels on recourt dans ce but sont assez variables et donnent des catguts de valeur bien inégale. J'ai eu l'occasion d'en noter plusieurs qui m'ont paru répondre aux deux desiderata principaux en pareille matière : solidité et asepsie du fil.

Au *Boston City Hospital*, le procédé employé est dû au pharmacien de l'hôpital, M. Greenleaf R. Tucker. Le catgut, enroulé sur des bobines de verre, est d'abord immergé pendant douze à vingt-quatre heures dans de l'huile d'aniline, puis chauffé dans ce liquide à 120° pendant un quart d'heure. On transporte alors les bobines dans un bain d'alcool où on les laisse plusieurs heures, jusqu'à extraction complète de l'aniline. On conserve le fil dans de l'alcool additionné ou non de 5 % de glycérine.

A Philadelphie, le catgut destiné au service de M. le docteur W. W. Keen, professeur de chirurgie au *Jefferson Medical College*, est préparé de la façon suivante : on commence par le dégraisser en le faisant séjourner quarante-huit heures dans de l'éther; puis on l'immerge pendant un temps variable dans une solution renfermant 1 gramme de bichlorure de mercure pour 150 grammes d'alcool à 95°, et acidulée par l'addition de 5 grammes d'acide tartrique. La durée du séjour du catgut dans cet antiseptique diffère suivant le calibre du fil : le catgut fin y est maintenu de cinq à sept minutes, le catgut moyen de dix minutes à un quart d'heure, le plus fort catgut de vingt à trente minutes; le fil est ensuite conservé dans de l'alcool à 95° auquel on ajoute une goutte d'une solution au trentième de chlorure de palladium pour 125 grammes de liquide; il importe de ne pas dépasser cette proportion, afin d'éviter la formation d'un précipité qui entraînerait la totalité du palladium. Ce mode de stérilisation m'a paru donner un catgut remarquablement solide et souple.

Le procédé suivant, auquel M. le docteur N. Senn, professeur de chirurgie au *Rush Medical College* de Chicago, a recours depuis quelque temps, se distingue par sa simplicité; le catgut qu'il fournit est également très résistant, moins cependant, m'a-t-il paru, que celui qui est stérilisé par le procédé de M. Keen. Ce procédé consiste simplement à immerger le catgut, enroulé sur des bobines de verre, dans une solution contenant 1 % d'iode et additionnée d'un peu d'iodure de potassium; après être resté huit jours dans ce liquide, le catgut est prêt à servir; d'après les expériences de M. Senn, il ne renfermerait plus alors de germes pyogènes.

La préparation du malade, l'asepsie du chirurgien et de ses aides ont lieu ici essentiellement dans les mêmes conditions qu'en France. La question de l'usage des gants d'opération ayant donné lieu en 1900 à une longue discussion au sein de la Société de chirurgie de Paris — discussion dont on trouvera le compte-rendu dans ce journal —, j'en dirai cependant quelques mots. D'après ce que j'ai vu jusqu'à présent, l'emploi des gants en caoutchouc, tant pour le chirurgien que pour ses aides, est aux

(1) Chose remarquable, en dépit de la façon cavalière dont y est traitée l'asepsie, les résultats opératoires seraient à Londres aussi satisfaisants que partout ailleurs, à en juger par les renseignements que m'a fournis le même confrère. Je ne sais si cela tient, ainsi qu'on le dit quelquefois, à ce que le péritoine des Anglais est particulièrement résistant. — F. M.

(2) Les hôpitaux municipaux, en Amérique, sont des dépôts de mendicité plus que toute autre chose (avec, à peu près pour unique exception, le *Boston City Hospital*). Les hôpitaux à proprement parler sont fondés et entretenus à l'aide de legs et de donations, ainsi que des revenus qu'ils tirent de leurs chambres payantes. Celles-ci remplacent, dans une certaine mesure, les maisons de santé que nous avons en France. Pour montrer l'importance de ces chambres au point de vue budgétaire dans les hôpitaux américains, je citerai pour exemple l'*Hôpital Français* de New-York, qui solde la *moitié* de ses dépenses uniquement avec les ressources que lui fournissent ses chambres payantes.

(1) Dans les laparotomies qu'il pratique chez les sujets obèses, M. Deaver, le brillant chirurgien de Philadelphie, dont j'ai déjà parlé à plusieurs reprises dans mes correspondances antérieures, place un drain en caoutchouc longitudinalement dans la plaie de la paroi, au-dessus de l'aponévrose superficielle et au-dessous du pannicule adipeux. Ce drain est assez long pour que ses extrémités débordent les commissures de la plaie; après avoir suturé la peau par-dessus, on injecte par l'un des bouts une solution aseptique jusqu'à ce qu'elle ressorte claire par l'autre extrémité. Le drain est retiré lors du premier pansement. Ce procédé aurait l'avantage de donner une meilleure cicatrice, en prévenant la suppuration des points de suture cutanés, suppuration à laquelle prédispose l'abondance du pannicule adipeux.

Dans le même but, M. Laplace ne dépasse pas le niveau du derme en plaçant ses points de suture cutanés, de façon à n'y pas comprendre le pannicule adipeux. Depuis qu'il a adopté cette manière de faire, ce chirurgien dit avoir presque complètement supprimé la suppuration des points cutanés.

Etats-Unis tout à fait général; il est absolument exceptionnel de voir pratiquer une opération sans que les mains soient garanties de la sorte. Pour montrer la confiance qu'ont en cette précaution les chirurgiens américains, je ne saurais mieux faire que de signaler l'opinion de M. le docteur George E. Brewer, professeur adjoint de chirurgie au *Columbia Medical College* de New-York : c'est grâce aux gants en caoutchouc que ce chirurgien croit avoir pu ramener progressivement de 40 % à 5 ou 6 % la proportion des suppurations post-opératoires dans son service du *City Hospital* de Blackwell Island, l'un des deux grands hôpitaux municipaux de New-York.

Dr FRANCIS MUNCH (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Abcès du foie consécutifs à un ulcère simple de l'estomac, par MM. LECLERC et TAVERNIER.

Les abcès du foie d'origine gastrique sont assez rares; la littérature médicale n'en renfermerait guère qu'une huitaine de cas, d'après MM. Leclerc et Tavernier qui ont observé dernièrement une malade de quarante-deux ans ayant présenté, consécutivement à un *ulcus simplex*, deux gros abcès hépatiques.

L'affection débuta chez cette femme par des digestions difficiles et de l'anorexie; un peu après des douleurs se déclarèrent à la suite des repas. A son entrée à l'hôpital, dix mois plus tard, l'amaigrissement était très prononcé et les téguments avaient une pâleur terreuse. Des vomissements alimentaires, peu abondants, survinrent à intervalles assez irréguliers. Il n'y eut pas d'hématémèses, mais un peu de melæna. La percussion de l'estomac ne dénotait rien d'anormal; toutefois, la contracture de la paroi ne permettait pas de pratiquer la palpation; le foie ne paraissait pas volumineux; tous les autres organes étaient normaux. L'aspect cachectique de la patiente fit porter le diagnostic de néoplasme gastrique; l'issue funeste survint cinq mois après l'entrée à l'hôpital; dans les derniers temps on avait noté de l'élévation de la température avec de grandes oscillations, allant parfois jusqu'à 39°.

A l'autopsie, on trouva l'estomac caché par le foie; après avoir rompu les adhérences qui unissaient la petite courbure à ce dernier organe, on constata que l'estomac était divisé en deux poches par une bride transversale et qu'il présentait une perforation, à bords épaissis et recouverts d'une muqueuse éversée, dont le fond était formé par la surface du foie; la bride transversale semblait être une cicatrice d'ulcère. Le foie était très volumineux et dans le lobe droit il y avait deux gros abcès, indépendants des voies biliaires et sans trace d'inflammation, contenant ensemble un litre environ d'un pus crémeux et jaunâtre. On ne découvrit dans l'intestin aucune lésion récente ni ancienne. Rien d'anormal dans les autres organes, sauf un peu d'œdème à la base des poumons. L'examen histologique démontra qu'il n'existait aucune lésion cancéreuse.

Comme on le voit par ces détails, il s'agissait dans le cas présent d'abcès hépatiques par infection à distance et non par propagation directe. Que ce soit sous l'un ou l'autre de ces deux modes qu'ils se manifestent, les abcès du foie d'origine gastrique n'en sont pas moins exceptionnels, eu égard à la fréquence relative des abcès hépatiques d'origine intestinale. Cela tient, d'après les auteurs, à ce que ces derniers reconnaissent généralement pour cause des ulcérations — dysentériques le plus souvent — du gros intestin, au niveau desquelles il existe des germes pathogènes très virulents et qui se trouvent dans un milieu favorable à leur développement, deux conditions qui ne se rencontrent pas dans l'ulcère simple ou cancéreux de l'estomac. (*Lyon méd.*, 4 janvier 1903.) — J. G.

De la tuberculose musculaire, par M. G. DERSCHEID.

L'auteur a eu l'occasion d'observer 2 cas d'une localisation rare du bacille de Koch, à savoir la tuberculose musculaire.

Le premier concerne un homme de trente-deux ans, magasinier, atteint d'une tuberculose pulmonaire confirmée, qui ressentit un jour une violente myalgie au niveau du grand pectoral droit; après des alternatives d'accalmie et d'aggravation, cette douleur devint à peu près constante, voire qu'elle finit par s'étendre au deltoïde du même côté. Le moindre attouchement des muscles atteints déterminait des contractions fibrillaires douloureuses; la peau sus-jacente n'était ni chaude ni rouge; la palpation donnait une impression particulière « de dissociation et de contracture ». Le malade ne tarda guère à succomber.

Le second fait a trait à une jeune femme, repasseuse de son métier, présentant un début de tuberculose du sommet droit; quelques mois après l'apparition des accidents pulmonaires, on s'aperçut que toute la masse musculaire surmontant le poumon droit, et comprenant le sterno-cléido-mastoïdien, la portion inférieure du trapèze, le splénius et l'angulaire de l'omoplate, était contracturée; à la palpation, on percevait une sensation de tissu induré, fibreux, formant une masse résistante dans laquelle on ne distinguait plus les différents muscles; la pression était peu douloureuse; la tête était légèrement infléchie du côté malade. Il s'agissait d'une myosite scléreuse massive, qui resta localisée au même groupe musculaire jusqu'aux dernières périodes de la maladie, moment où la patiente fut perdue de vue.

A ces 2 observations de tuberculose musculaire *secondaire*, M. Derscheid en joint une troisième, qui lui a été communiquée par M. Hendrix, et qui est relative à une myosite fongueuse *primitive* chez un garçon d'une huitaine d'années, indemne de toute autre lésion tuberculeuse : au niveau du mollet existait une tuméfaction sans aucun caractère inflammatoire; en ce point on sentait, sous l'aponévrose, un tissu induré occupant tout le gras du mollet, avec lequel il faisait corps. Une incision donna issue à une matière fongueuse, fusant le long des muscles et des aponévroses; le tissu musculaire lui-même était en partie nécrosé. Cette intervention fut couronnée de succès, mais la cicatrisation ne fut complète qu'après plusieurs mois. Sur la pièce enlevée, on constata que l'infiltration, limitée par les gaines aponévrotiques, n'intéressait que les muscles superficiels; avant d'être parenchymateuse, elle paraissait avoir été interstitielle.

Pour les deux premiers cas (tuberculoses musculaires secondaires), l'auteur est d'avis que la localisation de l'infection a été déterminée par le surmenage professionnel des groupes musculaires qui furent affectés. (*Policlinique*, 15 janvier 1903.) — F. F.

Photothérapie de la scarlatine, par M. E. SCHOULL.

Se basant sur les travaux de M. Finsen, relatifs à l'emploi de la lumière rouge dans le traitement de la variole (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 469 et 557 et 1894, p. 255 et 302), l'auteur a eu l'idée d'essayer le même moyen chez les scarlatineux, tant dans son service de l'hôpital de Tunis que dans sa clientèle privée : depuis 1899, date de sa première tentative, il a eu l'occasion de recourir à la photothérapie dans 6 cas de scarlatine.

Le dispositif adopté par M. Schoull consiste simplement à maintenir le malade dans une chambre dont les fenêtres sont garnies de rideaux en étoffe rouge (andrinople); la porte doit être munie d'une double portière, l'une intérieure, l'autre extérieure; enfin les lampes servant à l'éclairage portent soit des verres rouges, soit des abat-jour épais de même couleur; toutefois, quand on se sert de bougies, la flamme peut rester nue, en raison de son faible pouvoir éclairant. L'isolement dans la « chambre rouge » n'est nécessaire que pendant la période d'éruption, c'est-à-dire durant quatre ou cinq jours en moyenne.

Le principal effet de ce mode de traitement serait la suppression de la desquamation; chez 4 des malades soignés par l'auteur, celle-ci fit complètement défaut; dans un cas, il y eut desquamation légère : il s'agissait d'un enfant très indocile que l'on ne parvint à maintenir que quarante-huit heures dans la chambre rouge; quant au sixième patient, il desquama aussi quelque peu, ce qui paraît tenir à ce que le traitement ne put être appliqué qu'au troisième jour de l'éruption. Tous ces malades guérirent sans complication; en dehors de la photothérapie, on ne leur avait prescrit qu'une potion à l'acétate d'ammoniaque et le régime lacté, en même temps que des moyens propres à assurer l'antisepsie des voies respiratoires et digestives. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, décembre 1902.) — F. F.

Sur un cas d'absence congénitale des quatre membres, par MM. G. ALLAIRE et LE MEIGNEN.

Les auteurs rendent compte des observations qu'ils ont pu faire sur un individu de cinquante-deux ans, originaire de la Sibérie occidentale, et qui est atteint d'une absence congénitale des quatre membres. Cet homme, dont le tronc est parfaitement constitué et très bien musclé, offre les malformations suivantes :

Le membre supérieur droit est représenté par un appendice de 23 centimètres de longueur, dans lequel la palpation permet de reconnaître la présence du deltoïde, du grand pectoral et du grand dorsal, insérés sur un humérus mesurant au total 22 centimètres, et allant en s'amincissant depuis le col chirurgical jusqu'à l'extrémité. Ce moignon est extrêmement vigoureux, au point de pouvoir supporter un homme pesant environ 100 kilogrammes, et très mobile, si bien que le sujet s'en sert pour manger, écrire, etc.

A gauche, le membre supérieur paraît complètement absent; la radiographie révèle pourtant l'existence d'une tête radiale, commandée par un deltoïde, un grand pectoral et un grand dorsal, et prolongée par une toute petite extrémité supérieure d'humérus.

Le membre inférieur droit forme un moignon ayant environ 20 centimètres de longueur; ses muscles sont bien développés et lui permettent tous les mouvements. Le membre inférieur gauche mesure à peu près 5 centimètres de plus que le précédent.

Cet homme marche en sautillant, par des contractions des muscles du bassin et avec un léger mouvement de torsion alternatif d'un côté à l'autre; il parvient, par un violent effort des muscles dorso-lombaires, à se relever quand il est étendu sur le dos. Les différents organes paraissent normaux; cependant le testicule droit est petit, et le gauche est ectopié; néanmoins, le sujet, marié depuis vingt-sept ans, a eu onze enfants parfaitement conformés; son intelligence est bien développée.

Comme le font remarquer les auteurs, il s'agit là d'un cas d'*ectromélie vraie*, selon la classification de Geoffroy Saint-Hilaire. Ils attribuent les anomalies que présente cet individu à un arrêt de développement plutôt qu'à une amputation congénitale, et cela surtout en raison de l'absence de toute cicatrice au niveau de l'extrémité des moignons. (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 janvier 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Une réaction à l'égard du mercure chez les syphilitiques, par MM. K. HERXHEIMER et KRAUSE.

Les auteurs du présent mémoire ont été à même de se rendre compte que la première introduction d'une quantité suffisamment élevée de mercure dans l'organisme d'un syphilitique détermine des modifications surprenantes dans l'état des exanthèmes secondaires. Ces modifications, qui se montrent à la suite d'une injection de calomel ou de salicylate de mercure à la dose de 0 gr. 01 centigr., tout comme après une friction mercurielle, consistent d'abord dans une augmentation du nombre des taches de roséole. En même temps, les éléments éruptifs deviennent proéminents, de sorte qu'ils prennent l'apparence de l'urticaire ou de papules érythémateuses. Les taches deviennent parfois confluentes, surtout au niveau du tronc, et changent de couleur en passant du rouge sale au rouge vif. Les papules, elles aussi, modifient leur aspect, tantôt en s'entourant d'une auréole rosée, tantôt en se transformant en éléments ortiés. Enfin, les pustules sont également entourées d'auréoles d'un rouge intense.

Tous ces changements surviennent dans l'espace de quinze à vingt-quatre heures; puis, au bout de trente-six à quarante-huit heures, la nuance « artérielle » de l'érythème disparaît

pour faire de nouveau place à la *color tristis*.

Dans nombre de cas, cette réaction, loin d'être purement locale, s'accompagne de troubles généraux, notamment d'hyperthermie (38°).

Pendant la durée des phénomènes en question, l'éruption syphilitique se distingue de l'érythème exsudatif polymorphe par l'absence de prurit et de sensations de brûlure et aussi, le plus souvent, par le défaut de desquamation.

Il importe de faire remarquer que la réaction dont il s'agit ne se manifeste que dans les cas d'*exanthèmes généralisés* survenant au cours de la syphilis récente. Par contre, les syphilides localisées, les lésions primaires, les papules au niveau des organes génitaux, des aisselles ou sous les seins ne réagissent que peu ou pas du tout à la première dose de mercure, introduite dans l'organisme par voie de friction ou d'injection.

A en juger d'après les observations de MM. Herxheimer et Krause, l'involution de l'éruption se ferait d'autant plus rapidement que la réaction serait plus intense.

Le phénomène en question a, d'ailleurs, été déjà signalé, notamment par M. Jarisch et par M. Jadassohn (1). Toutefois, ces deux auteurs ne lui avaient pas attaché toute l'importance que semblent lui attribuer MM. Herxheimer et Krause. Ceux-ci estiment qu'il s'agit ici d'une action directe et élective, en quelque sorte, du mercure sur les éléments cellulaires atteints par le processus syphilitique, et que cette réaction offre une valeur pratique, car elle serait susceptible de faciliter le diagnostic différentiel dans les cas d'exanthèmes douteux. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 décembre 1902.) — L. CH.

Myatonie périodique, par M. N. Kulneff.

L'auteur relate un nouveau cas d'une affection familiale et héréditaire très rare, connue sous les noms de « myatonie périodique » et de « paralysie familiale périodique » (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 365).

Chez les malades observés par M. Kulneff, l'affection se caractérise par les symptômes suivants : soit de jour, soit de nuit, mais, de préférence pendant le jour, le patient est pris subitement d'une paralysie frappant les muscles volontaires des extrémités ou du tronc; toutefois, au niveau du tronc, la paralysie n'est jamais aussi complète qu'aux extrémités; il en est de même pour les muscles de la face et de la langue. Pendant ces crises, les muscles sont absolument flasques et la réaction électrique — plus prononcée à la cathode — est extrêmement faible. La fréquence des attaques varie beaucoup suivant les malades : presque quotidiennes chez quelques-uns, elles ne font chez d'autres que de rares apparitions au cours d'une année. Leur durée dépasse rarement une demi-heure. Elles semblent favorisées par un repos subit et complet faisant suite à un travail musculaire considérable; le mouvement, la gymnastique, le massage peuvent quelquefois les prévenir, et, dans certaines circonstances, elles prennent d'elles-mêmes une forme fruste. En dehors des crises, la contractilité et la réaction musculaires sont parfaites.

La famille observée par l'auteur se compose ou se composait de 18 membres, presque tous adonnés à l'agriculture : le premier atteint fut le grand-père, lequel avait 5 frères ou sœurs indemnes, non seulement de la présente affection, mais de toute tare nerveuse. Sur les 5 enfants de ce premier malade, 4 ont des accès, et sur ses 12 petits-enfants — dont l'aîné a dix ans — 5 y sont déjà sujets. L'affection devient généralement sensible dès que l'enfant commence à marcher. Chez ces divers individus, il n'existe aucune tare nerveuse, psychique ou somatique : c'est à peine si quelques-uns d'entre eux présentent une légère exagération des réflexes patellaires; ils paraissent, toutefois, un peu affectés de la persistance héréditaire de la maladie. L'étiologie, dans le cas particulier, est en somme fort obscure.

Le pronostic de cette affection n'est pas mauvais au point de vue de l'existence et de la santé générale, mais il ne semble pas qu'on puisse compter sur la guérison. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 2 et 3.) — R. DE B.

(1) Il a aussi été remarqué par M. le professeur Rille et par son élève, M. K. Baer, comme le rappelle une note que M. Rille vient de publier dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift* du 5 février 1903. — L. CH.

Hémorrhagies post-partum et leur traitement, par M. Max Henkel.

Les hémorrhagies post-partum dues à une déchirure du col sont souvent tellement abondantes qu'elles menacent d'entraîner la mort à brève échéance. C'est en pareille occurrence, où il convient d'agir vite, que M. Henkel recommande le procédé suivant, qu'il a déjà expérimenté 6 fois avec succès.

Les parois vaginales étant écartées avec de larges valves, on saisit les deux lèvres du col en leur milieu au moyen d'une pince de Museux. On tire ensuite fortement le col en bas et à droite, si la déchirure, comme c'est le cas habituel, siège à gauche. On prend alors une seconde pince de Museux, ouverte, on la pousse contre le cul-de-sac vaginal gauche qu'on déprime profondément, et on embrasse dans ses mors les tissus vaginaux et la base des ligaments larges; la pince doit être appliquée au ras du col utérin, qu'on ne craint pas, au besoin, d'intéresser. On opère ensuite de même à droite. L'hémorrhagie est ainsi instantanément arrêtée, grâce, sans doute, à la compression des artères utérines. Au bout de douze à vingt-quatre heures, on desserre progressivement les pinces, pour s'assurer que l'hémorrhagie est bien tarie, puis on les enlève. Dans l'intervalle, on suture, s'il y a lieu, les déchirures du col.

On pourrait craindre, *a priori*, que cette manœuvre ne blessât la vessie et surtout les uretères. La chose est très possible, car l'auteur a observé quelquefois, chez ses malades, de légères hématuries. Mais, en tout cas, les lésions, s'il s'en produit, sont très légères et guérissent spontanément sans amener de fistules. Quant à l'oblitération double des uretères, il faudrait, pour qu'elle se produisît, une coïncidence vraiment bien improbable. La bénignité de l'application des pinces est due vraisemblablement à leur forme, qui leur permet d'embrasser une notable épaisseur de tissus tout en ne comprimant directement que des surfaces minimes.

Dans les cas d'inertie, on ne peut guère se flatter d'obtenir par le même moyen un succès aussi complet, étant donné que l'artère utéro-ovarienne échappe à la stricture. M. Henkel a eu cependant recours à ce procédé dans un cas, et le résultat fut très satisfaisant, sans doute à cause de l'importance que devait avoir l'utérine, par rapport à l'utéro-ovarienne, dans la vascularisation de la matrice chez cette femme. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.) — R. DE B.

De la diphtérie chronique du pharynx, par M. E. Neisser.

L'auteur a eu l'occasion d'observer une variété particulière d'affection chronique des voies respiratoires supérieures, qu'il croit pouvoir qualifier de « diphtérie chronique du pharynx ». La plupart des sujets qui en sont atteints présentent une atrophie de la muqueuse du pharynx, accompagnée d'une sécrétion plus ou moins abondante ayant tendance à se dessécher rapidement. Très souvent le processus gagne le larynx et détermine un enrouement qui ne tarde pas à devenir chronique. Les malades sont très sensibles au froid, mais leur état général ne subit aucune modification du fait de la lésion dont ils sont porteurs. Les nombreux examens bactériologiques pratiqués par M. Neisser lui ont montré que tous ces patients recèlent dans leur pharynx des bacilles diphtériques, virulents ou non, dont l'existence peut être constatée pendant des années et qui résistent à tous les moyens de traitement. Le sang de ces sujets est riche en substances antitoxiques.

L'observation que l'auteur publie aujourd'hui est très démonstrative. Dans une famille composée de 3 enfants, le plus jeune, âgé de quatre mois, contracte une angine diphtérique dont il meurt au bout de six jours. Trois jours avant sa mort, le deuxième enfant, une fillette de deux ans, tombe malade de la même affection, mais on réussit à la sauver. Le troisième enfant, un garçon de six ans, avait été éloigné de la maison dès le début de la maladie du premier. Il est à remarquer qu'il n'existait pas à ce moment-là d'épidémie de diphtérie, qu'aucun de ces enfants ne s'était trouvé en rapports avec d'autres qui fussent seulement suspects de diphtérie, que tous les habitants de la maison étaient sains ou paraissaient l'être. Après avoir fait subir à la maison et au mobilier une désinfection complète, les parents partent en voyage, en y laissant les domestiques. Ils reviennent au bout de vingt-six jours, et ramènent le troisième enfant, qui avait eu jusque-là la chance d'échapper à la diphtérie. A cette époque, il fut prouvé bactériologiquement que la fillette atteinte en second lieu n'avait plus un seul bacille diphtérique dans son pharynx. Quel ne fut l'étonnement des parents de voir leur aîné tomber malade à son tour, une semaine après le retour! Une injection de sérum pratiquée à temps parvint à le sauver, et onze jours plus tard son pharynx ne renfermait plus de bacilles.

La famille se proposait déjà de quitter la maison, lorsque l'attention se porta sur une des personnes à leur service, qui souffrait de maux de gorge fréquents et d'un enrouement chronique. C'était une jeune fille de vingt-deux ans, dont le frère avait eu la diphtérie quatorze années auparavant, et qui ne se rappelait pas avoir eu elle-même cette affection. Son enrouement s'était déclaré pour la première fois alors qu'elle avait douze ans, et, quoique présentant des rémissions assez fréquentes, ne l'avait jamais complètement quittée depuis lors. Son état général était excellent. A l'examen de son pharynx, on trouva la paroi postérieure de cette cavité brillante, sèche, amincie; les cordes vocales étaient rouges, épaissies, sans éclat. La muqueuse pharyngo-laryngée était recouverte de croûtes noirâtres assez adhérentes. Les fosses nasales avaient un aspect normal. L'examen bactériologique des croûtes révéla la présence de bacilles diphtériques virulents, d'une authenticité incontestable, et que, malgré un traitement assez prolongé et énergique, il ne fut pas possible de faire disparaître.

L'auteur n'hésite pas à considérer la diphtérie chronique dont cette fille était évidemment atteinte comme le point de départ de l'infection qui avait sévi dans cette maison; et il est facile de reconstituer la filiation des cas, si l'on ajoute que cette fille avait été prise comme nourrice pour l'enfant de quatre mois qui fut la première victime de l'infection, et qu'après la mort de celui-ci elle fut chargée de soigner la fillette d'abord, le garçon ensuite. Une bonne qui, pendant l'absence des maîtres, était demeurée dans la maison en compagnie de l'ancienne nourrice, avait aussi été atteinte de diphtérie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 octobre 1902.) — S. J.

Un cas de dilatation fusiforme de l'œsophage, par M. P. Zinsser.

Bien que ce journal ait publié récemment un résumé d'un travail d'ensemble sur la dilatation fusiforme de l'œsophage (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 67), il nous paraît utile de signaler le cas relaté par M. Zinsser, en raison des particularités, intéressantes au point de vue pathogénique, qu'y révéla l'autopsie.

Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, atteint depuis sa douzième année de troubles digestifs (sensation de pesanteur dans la région gastrique après les repas, vomissements), et qui finit par succomber de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on trouva l'œsophage transformé en un sac fusiforme, à parois épaisses, dont le plus grand diamètre horizontal mesurait 10 centimètres. Il était large en haut et se rétrécissait vers le bas. Le cardia n'était ni sténosé ni adhérent aux organes voisins. On pouvait aisément introduire le doigt dans le cardia à travers l'estomac. Il n'existait pas d'appareil valvulaire à la partie inférieure de l'œsophage, ni aucune trace d'érosions, d'ulcérations ou de cicatrices au niveau du cardia. En sectionnant l'œsophage dans sa longueur, on constata une hypertrophie énorme de ses couches musculeuse et muqueuse.

En présence de cette hypertrophie des parois œsophagiennes, l'hypothèse d'une atonie de l'œsophage devient inadmissible, et toute autre modification pathologique de ce conduit faisant défaut, on ne peut rapporter l'ectasie qu'au cardiospasme, auquel on se voit ainsi obligé d'attribuer un certain rôle dans la production des dilatations œsophagiennes fusiformes. Les efforts faits par l'œsophage pour vaincre l'obstacle auraient déterminé l'hypertrophie de ses parois, et l'ingestion fréquente de grandes quantités de liquide — manœuvre à laquelle le malade se livrait pour faire descendre les aliments — aurait fini par produire la dilatation du même organe. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 décembre 1902.) — S. J.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie des grosses ascites.

Il est un peu étrange de parler d'une « chirurgie de l'ascite »; l'ascite n'est point une maladie, elle est la conséquence d'une série nombreuse d'affections, et la plupart de ces processus originels, par leur nature, leur généralité et leurs tendances, ne semblent guère se prêter à une action opératoire. Aussi convient-il de ne donner au terme qu'un certain sens, et de le définir, en pratique.

Nous ne saurions avoir en vue ces cas, d'ordre exclusivement médical, où l'ascite s'allie à l'œdème des membres inférieurs, à l'hydrothorax, à l'anasarque et traduit une déchéance avancée du cœur ou des reins; tout au contraire, dans les faits que nous allons étudier, l'ascite est le phénomène clinique principal, ou, du moins, semble l'être. C'est un « gros ventre plein d'eau » que nous avons devant nous, et qu'il nous faut examiner et traiter.

Or, ces vastes épanchements abdominaux, qui ne sont rien par eux-mêmes, c'est entendu, peuvent relever de causes fort diverses : kyste de l'ovaire enveloppé et masqué par l'ascite; péritonite tuberculeuse; carcinose péritonéale; péritonite chronique à forme ascitique, liée à une tumeur de l'épiploon, du tube digestif, de l'utérus ou des annexes; ascite d'origine cirrhotique, et dans ce groupe même, comme nous le verrons, plusieurs catégories. Enfin, n'a-t-on pas décrit longtemps des ascites idiopathiques, autrement dit — car le mot, ici comme ailleurs, ne correspond à rien de réel — des épanchements dont le point de départ restait indéterminé, mais qui aujourd'hui ont trouvé presque tous leur cadre pathogénique?

C'est souvent une besogne malaisée que de déchiffrer l'énigme de ces gros ventres distendus de liquide, et le problème vaut certes la peine qu'on en analyse avec soin toutes les données. La ponction même ne suffit pas toujours à élucider le diagnostic, et nous avons là une première raison d'intervenir plus activement et de faire la laparotomie. D'autre part, on ne saurait nier qu'un certain nombre de grosses ascites sont ponctionnées et reponctionnées sans fin, qu'une laparotomie guérirait, en permettant de découvrir et de supprimer leur cause ignorée; même lorsque cette cause échappe à notre atteinte, l'incision de l'ascite est encore, très souvent, préférable à la traditionnelle ponction, et peut agir de façon efficace et durable : si le mécanisme reste en partie obscur, les faits ne manquent pas.

Ainsi comprise, la question dépasse de beaucoup celle de l'omentopexie, appliquée aux ascites cirrhotiques, et qui a fourni matière à tant de travaux — à l'étranger, du moins — dans ces dernières années. Quelles que soient les conclusions, un peu trop optimistes, à notre sens, qui ont été émises de divers côtés, l'omentopexie reste une opération discutable et dont les indications et la valeur demandent à être examinées avec soin; mais la fixation de l'épiploon à la paroi n'est qu'un des modes de l'action chirurgicale dans les ascites.

Ce qu'il importe d'établir par des faits, et de vulgariser, c'est que le recours à la chirurgie, dans un nombre relativement élevé d'affections ascitiques, est seul capable d'assurer une guérison que toute autre thérapeutique serait impuissante à procurer, et que, dans d'autres conditions, sans guérir, il est encore le meilleur moyen de soulager le malade et de prolonger sa vie.

I

Voyons d'abord un premier type de faits qui se rencontre souvent en clinique, et qui réserve parfois au diagnostic de très réelles difficultés — et des surprises.

Vous trouvez un gros ventre, non pas aplati en son milieu et latéralement évasé, suivant la formule classique, mais soulevé en un relief saillant jusque dans la zone sus-ombilicale; la matité, la sensation de flot ne laissent pas de doutes sur l'existence du liquide. Toutefois vous ne constatez pas de limites nettes, de confins bien dessinés, de rebord à la « tumeur »; vous n'avez pas, sous la paroi abdominale déprimée, cette impression d'une autre paroi, d'une poche tendue, que les deux mains puissent encadrer et saisir, au moins partiellement, et mobiliser quelque peu; par le toucher vaginal, s'il s'agit d'une femme, vous ne parvenez pas à « reconnaître » entièrement l'utérus : il est enveloppé d'une sorte de voussure molle et fluctuante, qui remplit les culs-de-sac et figure comme un « matelas d'eau » derrière et autour de lui (1). En somme, vous êtes en présence d'un abondant épanchement liquide intrapéritonéal, en partie enkysté, et qui vous cache tout le reste.

Faire une ponction, évacuer le liquide, et procéder alors, sur le ventre vide, à une exploration minutieuse : telle est la pratique couramment utilisée, et, en réalité, sous la réserve qu'elle soit appliquée dans certaines conditions précises, elle n'est point condamnable sans recours. Ponctionner une tumeur liquide enkystée, bien nette, bien caractérisée, du ventre, un kyste de l'ovaire, du rein ou du foie, c'est une erreur et une faute : le diagnostic utile, le « diagnostic d'intervention » n'a pas besoin de ce supplément d'information, et je crains beaucoup plus, pour ma part, l'aveugle trocart que l'incision franche. Mais, en présence de ces grosses masses liquides dont nous parlons — et qui, sans doute, masquent quelque chose —, il y a souvent un intérêt indiscutable à lever l'interdit qui pèse, à juste titre, sur la ponction; en la faisant très déclive, sur une zone bien mate, avec un trocart de médiocre calibre, on en réduit beaucoup les dangers, et ses résultats deviennent un appoint souvent précieux pour le diagnostic. Or, ce diagnostic, et les données multiples que l'on obtient en cherchant à l'établir, n'ont pas cessé d'être importants : une opération bien préparée, sur un malade bien étudié, avec toutes les ressources de l'exploration médico-chirurgicale actuelle, sera presque toujours une opération meilleure et qui remplira mieux son but.

Il n'est pas nécessaire, d'ailleurs, de réaliser dans tous les cas une évacuation complète du liquide, et l'on fera bien de ne pas trop compter sur l'exploration — après ponction — qui théoriquement doit nous livrer un ventre partout accessible et de palpation aisée. Tel pourrait être le résultat, si nous avions constamment affaire à un épanchement en péritoine libre; le liquide évacué, nous nous retrouverions dans les conditions d'une exploration ordinaire. Mais il n'en n'est pas toujours ainsi, dans les grosses collections intra-abdominales dont nous parlons; elles sont, en général, quelque peu enkystées ou cloisonnées, et, sur leurs confins, les anses intestinales refoulées sont, par places, agglomérées en paquets; tout cela gêne singulièrement la palpation, alors même qu'on s'est débarrassé du liquide ou d'une grande partie du liquide, et j'ai constaté plusieurs fois que, si le diagnostic était devenu plus net, en ce sens que je trouvais une tumeur, une « masse » plus ou moins confuse (2), en tel ou tel point du ventre, ou dans le bassin, je n'obtenais pas cependant ces précisions que l'on escompte trop. Autre chose : il est tels de ces grands épanchements dont l'évacuation préliminaire ne révèle rien à la palpation, par cette raison qu'il n'y a rien, rien de gros, de saillant, d'aggloméré, et que les lésions, disséminées sur la séreuse, ne figurent nulle part de tumeur proprement dite; un certain nombre d'ascites tuberculeuses et d'ascites cancéreuses rentrent dans ce groupe.

J'estime donc, en terme général, qu'il est moins utile d'évacuer tout le liquide ou la plus grande partie du liquide, que *d'en prélever un peu, pour l'examiner* : la ponction évacuatrice, au gros trocart, est une manœuvre parfois dangereuse, de bénéfice discutable, et qui fait perdre du temps; la ponction exploratrice, avec une aiguille fine et une seringue de Pravaz, complète souvent, de façon fort heureuse, l'examen clinique.

Un exemple, et certes ils ne manquent pas. Une malade m'est envoyée avec le diagnostic de kyste de l'ovaire; c'est une femme d'une soixantaine d'années; son ventre a grossi peu à peu, sans douleurs; il est saillant, pointant en avant, occupé jusqu'au-dessous de l'ombilic par une volumineuse collection liquide, qui donne une sensation de flot manifeste; il y a de la sonorité à la partie toute postérieure des flancs; au toucher l'utérus semble refoulé en avant par la tumeur liquide, qui remplit et distend le cul-de-sac de Douglas; j'ajoute que le kyste — car il semble bien, jusqu'ici, que ce soit un kyste — est délimité en haut par un rebord épais, en voussure, non isolable, c'est vrai, mais qui donne nettement la sensation des tumeurs adhérentes et enchâssées par l'épiploon. Pourtant la patiente a notablement maigri; l'aspect général éveille des doutes; quelques indurations en plaques que l'on retrouve à la surface du « kyste » pourraient bien traduire autre chose encore que de simples « parties dures » dans un kyste ordinaire : le liquide retiré par une ponction à la seringue de Pravaz est *fluide* et *rougeâtre*, teinté de sang — et la laparotomie nous révèle effectivement une carcinose péritonéale généralisée avec ascite.

Il n'est pas douteux que la constatation de ce liquide rouge, et révélateur probable de cancer, n'a pas changé ma façon d'intervenir, et je dirai tout à l'heure pourquoi; mais elle était de nature à modifier singulièrement mon pronostic, et c'est là, certes, quelque chose. Je me souviens d'une malade, opérée il y a quelques années, chez laquelle cette simple et bénigne ponction à la seringue de Pravaz m'eût évité — à moi et à d'autres — des désillusions pénibles : chez elle aussi, nous avions tous les signes d'un gros kyste très tendu, et le seul point qui cadrait mal avec ce diagnostic, c'était la continuité des douleurs; or, il s'agissait d'une ascite sanglante, enkystée, baignant un épithélioma de l'ovaire gauche, déjà diffusé au péritoine pelvien.

Bien entendu, on ne cherchera pas, dans cet examen du liquide, je ne sais quel signe pathognomonique, suivant une tendance trop commune. C'est un appoint, rien de plus; il peut manquer, il manque souvent, et il n'a de valeur qu'en s'adjoignant aux autres éléments d'exploration clinique. Mais, dans ces limites sages, il est utile.

Nous nous sommes demandé, avec mon interne, M. Vitry, si l'examen cytologique de ces liquides (1), extraits, par la seringue de Pravaz,

(1) Cette sensation d'un « matelas d'eau » rétro-utérin, qui, dans le toucher en position horizontale, empêche le doigt d'entrer en contact avec la face postérieure de l'utérus, constitue, d'ailleurs, un bon signe de l'ascite au début et encore peu abondante; il disparaît dans la position inclinée. — Voir à ce sujet : L. LANDAU. Ueber den frühen Nachweis von freier Bauchwassersucht. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 nov. 1900, p. 1202.)

(2) Encore ne faut-il pas oublier que ces « tumeurs » sont souvent constituées par l'épiploon, refoulé, tassé, épaissi, et que ces agglomérats épiploïques peuvent revêtir les formes et les « apparences » les plus diverses; chez une de mes dernières opérées, on délimitait nettement, dans le flanc gauche et la région épigastrique, une masse allongée, oblique, dure, un peu mobile, dont la forme et les contours étaient absolument ceux d'une *grosse rate abaissée*; or, il s'agissait d'une carcinose péritonéale à début ovarien, et la pseudo-rate était formée par l'épiploon refoulé, roulé sur lui-même, et semé de nodules néoplasiques.

(1) Question fort ancienne, d'ailleurs; voir notamment :

QUÉNU. Tumeurs végétantes des deux ovaires; corps fibreux de l'utérus, ovario-hystérectomie; de l'ascite dans les tumeurs abdominales. (*Rev. de chir.*, avril 1886, p. 265.)

P. SÉBILEAU. Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme (ascite et tumeurs de l'abdomen). (*Thèse de Paris*, 1889.)

des collections ascitiques de nature douteuse, ne pourrait fournir des données plus précises, et cet examen a été pratiqué par M. Vitry dans une série de sept observations récentes. Il aboutit aux conclusions suivantes, très analogues à celles de MM. Achard et Lœper (1) :

L'existence de lymphocytes seuls, en proportion élevée, dans un liquide citrin, est une présomption en faveur de l'ascite tuberculeuse. Dans le cancer du péritoine, les éléments constatés sont variables, sans qu'aucun d'eux soit caractéristique; les placards endothéliaux ne sont pas constants (2 fois sur 4). La découverte de cellules volumineuses avec un contenu en dégénérescence muqueuse doit faire présumer une ascite symptomatique d'un kyste de l'ovaire.

Quel que soit l'intérêt de ces recherches, elles sont donc loin de suffire à créer la certitude, et l'on doit reconnaître que dans toute une série de faits, l'exploration la plus précise ne saurait aller au-delà d'un diagnostic de probabilité. C'est la laparotomie seule qui révèle la situation telle qu'elle est; et, en dépit des apparences, on se trompe *dans l'un et l'autre sens*. Rien ne ressemblait mieux à une ascite tuberculeuse que le volumineux épanchement liquide de l'abdomen que je constatai, il y a quelques mois, chez une femme d'une cinquantaine d'années, boitant d'une coxalgie depuis sa jeunesse, et qui avait, dans les derniers temps, beaucoup maigri; la collection liquide ne se mobilisait pas; on ne lui trouvait pas de paroi nette ni de contours bien accusés; de plus, fait grave, elle s'était visiblement affaissée et « détendue » après deux jours de repos au lit. C'était pourtant un kyste de l'ovaire, un vieux kyste de contenu brunâtre, partiellement adhérent, avec un péritoine sain et fort peu d'ascite.

S'il est admissible, dans les conditions que nous venons d'étudier, de faire une ponction, une ponction d'examen et d'exploration, il est tout à fait illusoire — et dangereux — de la répéter, comme cela se passe si souvent encore. La ponction n'est pas un traitement, et ne doit pas être tenue pour telle. Qu'elle soit seule applicable à certaines formes avancées, chez des malades cachectisés que l'on soulage pour leurs derniers jours ou leurs dernières semaines, nul n'en disconviendra, et nous la faisons tous, à ce titre de palliatif suprême; mais je parle ici de patients pourvus encore d'une suffisante dose de résistance vitale, et qui peuvent guérir, même définitivement; d'ascites, graves sans doute par leur cause originelle, incurables même, dans ce sens, mais qui ne permettent pas moins des survies longues, se chiffrant parfois par des années; et, j'en donnerai des exemples, ces guérisons, ces survies durables, c'est à la laparotomie qu'on les devra.

On ne saurait nier que la ponction, la ponction répétée, n'ait à son actif quelques succès de ce genre, et l'on peut lire de temps en temps de ces observations, au moins curieuses, où, à la suite d'un nombre extraordinaire de ponctions plus ou moins espacées au cours de plusieurs années, le ventre finit par s'assécher. Ces beaux résultats ne me semblent guère impressionnants; la seule conclusion qu'il en faille tirer est celle-ci : puisque les patients ont résisté si bien et si longtemps, ils eussent parfaitement supporté une laparotomie faite de bonne heure; elle leur eût évité une si longue impotence, toutes ces récidives et leurs dangers. J'ai vu récemment une malade qui, depuis dix ans, subit périodiquement des paracentèses de 10 à 12 litres; l'état général est bon, le liquide ascitique est très clair. Après la dernière évacuation, nous avons constaté, dans le flanc gauche, une tumeur arrondie, grosse comme le poing, non douloureuse, très mobile : tumeur de l'épiploon probablement, peut-être tumeur ovarienne à long pédicule ou fibrome pédiculé. Toujours est-il qu'en l'absence de toute autre affection causale, cette tumeur est, suivant toute vraisemblance, l'origine de ces ascites récidivantes depuis dix ans : pratiquée *il y a dix ans*, la laparotomie n'eût-elle pas mieux valu?

Il est donc sage, ici encore, d'*inscrire le diagnostic douteux aux indications de l'opération précoce*. Cherchons d'abord à savoir, par tous les moyens, ce qu'il y a derrière ces grosses ascites, et, sans attendre du temps et de l'inaction la confirmation du diagnostic, pratiquons la laparotomie, qui guérira souvent, améliorera presque toujours et, exécutée dans les conditions voulues, ne nuira jamais.

La démonstration n'a plus besoin d'être faite pour la *tuberculose péritonéale*, et précisément la forme ascitique, à grand développement, est celle qui réserve à l'intervention ses plus beaux succès. On ne compte plus les observations. La variété la plus favorable, sous ce rapport, est l'ascite des jeunes sujets, que Cruveilhier avait appelée ascite idiopathique de la puberté, et que Bouilly (1) a bien décrite sous le nom d'ascite des jeunes filles; grosse ascite, d'ordinaire, très fluctuante, sans aucune tumeur ni induration, et donnant au ventre toutes les apparences du kyste de l'ovaire ou du ligament large; or, elle procède, presque toujours, d'une tuberculose annexielle, et la laparotomie permet à la fois de vider le liquide et de supprimer le foyer originel, — d'obtenir des guérisons complètes. Nous avons opéré, de la sorte, des jeunes filles de seize ans, de seize ans et demi, qui ont repris, depuis de longues années, une santé normale et florissante. L'avenir est moins assuré dans les ascites tuberculeuses qui se compliquent de grosses masses caséeuses répandues dans le bassin, dans l'épiploon ou sur l'intestin, et que l'on ne découvre parfois qu'après l'évacuation du liquide; l'organisme doit mettre du sien, et beaucoup plus, dans ces formes mixtes, pour se rendre maître de l'infection bacillaire; mais si les poumons sont indemnes, ou à peu près, ainsi que les reins, la lutte peut être soutenue avec avantage — sous la réserve, toutefois, que le bénéfice de la laparotomie ne soit pas refusé trop longtemps au malade.

A côté de l'ascite tuberculeuse, il convient de ranger l'*ascite néoplasique*, ou plutôt les ascites néoplasiques, car elles reconnaissent des formes diverses, d'évolution et de gravité variables; dans toutes, à des degrés inégaux, la laparotomie se montre utile :

1° L'épanchement, un gros épanchement, et qui, parfois, s'est rapidement accru dans les derniers temps, peut avoir pour point de départ un kyste végétant de l'ovaire, de médiocre volume, sans diffusion large du « processus végétant » au péritoine pelvien, ou une tumeur solide de l'ovaire, sarcome ou carcinome, encore bien encapsulée, mobile et à long pédicule. L'ablation totale est possible, et, sous les réserves imposées par la nature des tumeurs originelles, l'opération peut être radicale et la cure définitive;

2° Ailleurs le néoplasme primitif n'est plus cantonné à son territoire d'implantation, ou au voisinage immédiat, et l'on découvre une « péritonite néoplasique généralisée ». Ici encore, il convient de distinguer plusieurs éventualités.

Les kystes végétants de l'ovaire, même diffusés au péritoine pariétal et viscéral, et alors que les végétations secondaires parsèment la surface de l'intestin et de l'épiploon, et la face profonde de la paroi abdominale, comportent toujours un pronostic moins sombre et laissent place à la possibilité de longues survies et de pseudo-guérisons. La preuve en est souvent faite en clinique. Même dans les formes très avancées, on peut avoir de ces « surprises » heureuses. Je me souviens d'une malade, fort amaigrie et très cachectique, qui fut opérée par Le Fort, que j'aidais, en 1892; nous avions porté le diagnostic de kyste de l'ovaire : c'était une ascite sanglante; le petit bassin était rempli de grosses masses végétantes, d'origine ovarienne, et l'on retrouvait, dans toute la cavité abdominale, de gros noyaux néoplasiques; or, cette femme survécut plus de six ans, dans un état fort satisfaisant, sans que l'ascite reparût en quantité notable. Chez une autre malade, que j'opérai à la Maison Dubois, je pourrais presque dire à mon corps défendant, et pour pallier, au moins, ses douleurs, je rencontrai des lésions plus confluentes encore, et, après évacuation d'un liquide rougeâtre et glutineux, j'évidai, à pleines mains, le magma polykystique qui remplissait le bassin, et « j'écrêpai » de mon mieux tous les organes : l'intervention fut bien supportée, elle fut suivie d'une atténuation très marquée des douleurs et d'un mieux-être des plus appréciés, qui se prolongea presque une année. Ce sont là de mauvais cas, de très mauvais cas : les résultats obtenus n'en démontrent que mieux ce que l'on doit attendre des interventions plus précoces.

La situation n'est plus la même, évidemment, lorsqu'on se trouve en présence d'une carcinose vraie du péritoine, d'un épithéliome diffus de l'ovaire, de l'utérus et du péritoine pelvien, généralisé au reste du ventre et se traduisant par un semis de nodules durs et saignants, et une ascite très foncée. On ne saurait avoir, en pareille occurrence, la moindre illusion d'avenir; la laparotomie est toute palliative, rien de plus, mais, à ce point de vue encore, et sous les réserves que nous formulerons tout à l'heure, elle rend de meilleurs services que toute autre intervention.

Enfin, s'il faut penser toujours, devant ces grosses ascites, à leurs types les plus fréquents, à la tuberculose, à la carcinose péritonéale, on ne doit pas oublier non plus les révélations inattendues d'une lésion originelle fort bénigne, que permet seule la laparotomie : petit kyste de l'ovaire, fibrome pédiculé de l'utérus, anciennement tordus, tumeur bénigne de l'épiploon, etc. (1).

II

On aura donc toujours un réel intérêt à « inciser » de bonne heure ces ascites, et cela, pourrait-on dire, quelles qu'en soient les causes et la signification, souvent obscures. Même lorsque cette lésion causale nous demeure inaccessible, l'ouverture du ventre, l'évacuation intégrale du liquide, le drainage parfois, suffisent à exercer une action bienfaisante. On connaît depuis fort longtemps cette influence heureuse, certaine et inexpliquée de la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse; elle a fourni matière à bien des hypothèses, toutes boiteuses, mais le fait clinique n'a plus besoin de preuves, il est acquis. Or, ce résultat et cette action ne se limitent pas à la tuberculose péritonéale : ils se manifestent, à des degrés divers, dans toutes les péritonites chroniques, quelle qu'en soit la nature, et même à une période avancée de leur évolution.

Aussi convient-il, à mon sens, de pousser très loin les indications de l'opération, et, pour peu que l'état général s'y prête encore, de la proposer et de la faire, même dans ces ascites néoplasiques où nulle illusion ne saurait subsister. Ce ne sont pas là, certes, des interventions brillantes, mais des interventions de « bienfaisance », pourrait-on dire : à ce titre encore, et devant ce problème désespérant du cancer, on ne doit pas se refuser à y recourir, dans quelques conditions, car elles sont susceptibles, non

(1) C. Achard. Nouveaux procédés d'exploration, p. 248. Paris, 1902.

(1) Bouilly. Ascite des jeunes filles. (*Abeille méd.*, 1897, p. 201.)

(1) Enfin, nous ne ferons que signaler ici les ascites chyleuses, en notant un fait très curieux de M. E. Pagenstecher (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1902, LXII, 3-4, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 272) : fillette de cinq mois, abdomen très distendu, mesurant 64 centimètres de circonférence, accidents graves, cyanose, etc.; une première ponction évacue 2,300 c.c. de liquide chyleux; l'épanchement reparaît : un mois après, seconde ponction, puis incision médiane de 5 centimètres; guérison.

seulement d'enrayer les douleurs, mais d'exercer même une certaine action suspensive, une certaine atténuation des accidents fonctionnels, qui, pour être trop souvent brève, n'en a pas moins sa valeur. Une femme d'une soixantaine d'années, qui m'avait été envoyée à l'hôpital Beaujon, avait un ventre distendu jusqu'à l'ombilic, non seulement par une grande quantité de liquide, mais par de grosses masses dures, qui remplissaient les fosses iliaques, et qu'on sentait, par le toucher, obturant toute la cavité pelvienne. L'état général était fort précaire, et ce fut sur les instances de la malade que je me décidai à opérer. J'évacuai plusieurs litres d'ascite rouge, je trouvai une carcinose péritonéo-pelvienne généralisée à gros noyaux, je drainai pendant quelques semaines. La malade fut très soulagée, elle se leva, elle rentra chez elle, elle reprit de l'appétit, et l'amélioration — qu'elle croyait définitive — dura six mois. Courte durée, sans doute, mais nul médecin n'a le droit, à l'heure présente, d'y renoncer de parti pris.

J'ai maintes fois entendu dire par mon maître Verneuil, il y a quelque vingt ans, que, lorsqu'on trouve, au cours d'une laparotomie, un cancer abdominal, l'opération a bien des chances d'être mortelle à très bref délai, et j'ai vu, à l'époque dont je parle, l'aphorisme se réaliser souvent. De fait, ces laparotomies pour ascite cancéreuse supposent, pour être légitimes, quelques conditions nécessaires : 1° l'absence de toute espèce de traumatisme abdominal : pas d'ablation, bien illusoire d'ailleurs, de masse néoplasique; pas de libération de tel ou tel organe; pas d'exploration inutile : dès que l'on cherche à décoller cette gangue néoplasique, on crée des hémorrhagies souvent difficiles à enrayer, des inoculations nouvelles (1), et le danger d'accidents aigus de généralisation; tout doit se borner à l'évacuation du liquide; 2° l'asepsie rigoureuse, et, sous ce rapport, le drainage peut devenir dangereux; il vaut mieux s'en passer, si les soins ultérieurs ne sont pas « sûrs ».

Avec ces réserves, l'intervention peut être ramenée à des termes fort simples : c'est l'incision d'une collection enkystée abdominale, adhérente à la paroi, rien de plus, et l'anesthésie générale, souvent si nocive chez les cachectiques, n'est nullement nécessaire.

III

Les faits que nous venons d'exposer devaient conduire naturellement à étendre les indications de la laparotomie à l'ascite médicale par excellence, l'*ascite cirrhotique*. On ne s'est pas tenu, d'ailleurs, à l'incision pure et simple, et, mettant à profit des expériences physiologiques sur lesquelles nous allons revenir, on a cherché à créer des adhérences vasculaires entre la paroi abdominale, d'une part, l'épiploon et la surface des grands viscères sus-ombilicaux, de l'autre, et à ouvrir, de la sorte, une voie de dérivation au sang porte. C'est, en somme, l'extension d'un processus naturel, la dilatation des veines abdominales, le *caput medusæ*, étant d'observation fréquente dans les cirrhoses ascitiques.

L'idée est tout entière d'origine médicale : c'est M. le professeur S. Talma (d'Utrecht) qui proposa, le premier, la fixation opératoire de l'épiploon à la paroi, et ce fut sous son inspiration qu'elle fut pratiquée pour la première fois par M. Van der Meulen en 1889, et, plus tard, par M. Schelkly, en 1891, et par M. von Eiselsberg, en 1898. Nous ne saurions, d'ailleurs, insister sur cet historique : il a été fait tout au long, dans ce journal, il y a près de quatre ans (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 435-436), et en 1901, M. B. Schiassi (de Bologne) y publiait son procédé de « déviation chirurgicale du sang de la veine porte » (2). Dans ces dernières années, le nombre des faits s'est considérablement accru, en Amérique, en Angleterre et en Allemagne; en France, nous ne connaissons que 2 observations de MM. Dubourg et Mongour, 3 de M. Villar, 2 de M. Mauclaire, rapportées dans la thèse de M. Leport (1), et les 3 faits personnels que nous relaterons tout à l'heure brièvement.

(1) Sans compter même les déchirures viscérales.

(2) B. Schiassi. La déviation chirurgicale du sang de la veine porte. (*Semaine Médicale*, 1901, p. 145-146.)

La « théorie » de l'opération est simple et toute mécanique, trop mécanique peut-être : elle suppose que l'obstacle apporté à la circulation porte, dans le foie sclérosé, représente la cause principale, sinon exclusive, de l'ascite; sous l'influence de l'excès de pression intraveineuse, le liquide s'épanche hors des vaisseaux et se collecte dans le ventre, comme il s'épanche dans le tissu cellulaire des membres, lors des compressions exercées à leur racine. Que l'on ouvre au sang porte des voies nouvelles et suffisantes « d'échappement », l'hypertension veineuse tombera, et, avec elle, disparaîtra l'épanchement. Les expériences, déjà anciennes, de Eck et de ses continuateurs, sur l'anastomose directe porto-cave, celles de M. Tilmann (2), reprises et confirmées par M. Kouznetzov (3) et par MM. Ito et Omi (4) ont apporté à ces prévisions rationnelles l'appoint des faits observés; elles se résument, pratiquement, de la façon suivante : la ligature de la veine porte, d'emblée, est toujours mortelle chez les animaux; ceux-ci succombent à des hémorrhagies intestinales profuses, que le fil ait porté au-dessus ou au-dessous de l'embouchure de la veine gastro-splénique; or, si l'on prend soin de suturer préalablement l'épiploon entre la peau et les muscles de la paroi et d'attendre la formation d'adhérences étendues, les ligatures appliquées au-dessous de la veine gastro-splénique, et même au-dessus, sont tolérées, au moins dans un nombre variable de cas.

L'importance et le rôle de la dérivation pariéto-épiploïque se trouvent, de la sorte, établis, ou mieux confirmés. On ne saurait, d'ailleurs, assimiler entièrement l'action pathogénique de la cirrhose à une ligature du tronc porte; la rétraction scléreuse du parenchyme hépatique n'est pas seule en cause; les veines originelles du système et le péritoine lui-même ont, sans doute, leur part dans le mécanisme de l'épanchement, et puis l'épanchement n'est pas toute la maladie. C'est bien à tort, croyons-nous, qu'on parle d'un traitement de la cirrhose par l'omentopexie (5); il n'y a là, en toute hypothèse, qu'un *traitement symptomatique*, *celui de l'ascite*. Voyons ce qu'il a donné, jusqu'ici, dans la pratique humaine.

Nous avons pu ajouter 25 faits aux 53 qui sont analysés dans la thèse de M. Leport, et le relevé de ces 78 opérations de Talma (6) nous fournit les résultats généraux que voici : morts rapides ou améliorations de quelques semaines seulement, 36; améliorations notables, 14; disparition de l'ascite (guérisons, au dire des auteurs), 28. Nous ne voulons pas faire de pourcentage : il n'aurait, croyons-nous, aucune signification réelle, dans l'état présent de la question. Aussi bien les chiffres que nous venons de citer sont-ils de ceux qui « font image plutôt que démonstration », et il est malaisé d'en tirer encore aucune conclusion générale. Voici pourquoi :

(1) Ch. Leport. Etude critique sur l'opération de Talma comme traitement de l'ascite. (*Thèse de Paris*, 1902.)

(2) Tilmann. Ueber die chirurgische Behandlung des Ascites. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 mai 1899.)

(3) M. Kouznetzov. Recherches cliniques et expérimentales sur la cure de l'ascite dans la cirrhose du foie par la suture du grand épiploon à la paroi abdominale antérieure (en russe). (*Vratch*, 5 et 12 août 1900.) — Anal. *in Centr.-Bl. f. Chir.*, 1901, p. 105.

(4) H. Ito et K. Omi. Klinische und experimentelle Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Ascites. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1901, LXII, 1-2. p. 141.)

(5) C'est aussi à cette conclusion rationnelle que s'arrête M. H. Kümmell (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 avril 1902), d'après l'expérience de 7 observations de Talma.

(6) Dans deux cas, il s'agissait d'une « maladie de Banti », autrement dit, d'une splénomégalie primitive avec anémie et ascite : cas de M. Bucco (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, juin 1901), et cas de M. W. Mussell (*Med. Press and Circular*, 8 janv. 1902); dans ce dernier fait l'amélioration ne dura pas plus de deux mois et la malade, une jeune fille de dix-neuf ans, ne tarda pas à succomber.

Un très grand nombre de malades n'ont été opérés qu'à une période très avancée, à cette heure tardive où rien ne peut plus être aggravé (1). Ces tentatives suprêmes n'ont, en vérité, aucun sens : il faut quelque temps, en effet, pour que la circulation dérivative se constitue, et il importe, de plus, que les lésions viscérales et la cachexie ne soient pas telles, que toute rémission devienne impossible. Il arrive encore, dans les opérations ultimes, que l'épiploon, rétracté et induré, roulé en corde, soit tellement amoindri, qu'il ne se prête plus à une fixation régulière et large : c'est un simulacre d'omentopexie. N'en parlons plus.

D'autre part, il convient d'être sceptique sur les termes : guérison, grande amélioration; les malades n'ont souvent été suivis que pendant un laps de temps réellement trop court. Presque toujours, l'évolution est celle-ci, dans les cas heureux : l'ascite revient, on la ponctionne, une fois, deux fois, trois fois, finalement elle se réduit de plus en plus, et disparaît.

Tout en faisant les réserves que nous venons de formuler, on ne saurait méconnaître les faits de guérison, de guérison durable et authentique de l'ascite. Mais, ici, une autre objection se présente, qui contribue, à l'heure actuelle, à laisser la question en suspens : on trouve, chez les opérés, tous les types de cirrhoses, cirrhose atrophique vraie, à divers stades, cirrhose hypertrophique, foie syphilitique; et l'omentopexie a même été pratiquée pour des ascites tuberculeuses, reconnues telles ultérieurement. Or, les médecins savent bien que l'incurabilité ne s'étend pas à toutes les variétés de ce groupe complexe des cirrhoses, et que telles d'entre elles, la cirrhose hypertrophique, par exemple, guérissent dans une certaine proportion, et résorbent leur ascite, si l'on peut ainsi dire, par des moyens où la chirurgie n'a rien à voir. Il y aurait donc un départ à faire entre les opérations rangées sous l'étiquette uniforme de « cirrhose du foie, opération de Talma », et ce départ ne saurait guère être fait dans la teneur ordinaire des observations.

Nous ne croyons pas, par conséquent, qu'il faille admettre les conclusions enthousiastes de quelques auteurs américains, ni que le traitement des cirrhoses doive passer demain à la chirurgie. Mais nous n'adoptons pas davantage les vues trop pessimistes de M. Mongour (2) et de M. Dubourg : « Je me garderai bien de recommander une opération de cette nature, écrit M. Mongour, capable de précipiter la déchéance du foie, et je suis décidé à n'y jamais plus recourir »; et M. Dubourg veut la réserver aux cas où, malgré des ponctions répétées, « le malade menace de succomber à la persistance et à l'abondance de l'ascite ». Restreindre à ces éventualités désespérées l'opération de Talma, cela revient à la condamner sans appel.

Ce n'est point, d'ailleurs, que j'aie eu personnellement à me louer beaucoup, jusqu'ici, de l'omentopexie. Je l'ai faite trois fois. Le premier malade était un jeune garçon de vingt-deux ans, atteint d'une spléno-hépatomégalie considérable, et de nature assez problématique. Il m'avait été adressé par mon collègue M. Launois. Je fis l'opération le 19 mars 1902 : je trouvai un très gros foie, de surface régulière, violacée, et je

(1) Tous les auteurs qui ont dressé des statistiques un peu étendues et analysé les faits insistent sur ce point : la mortalité très élevée n'a rien d'étonnant pour une opération qui n'a été appliquée trop souvent qu'aux cas désespérés. — Voir, à cet égard : Fr. Weispfenning. Zur operativen Behandlung des durch Lebercirrhose bedingten Ascites (Talma'sche Operation). (*Thèse de Kiel*, 1902.)

(2) Ch. Mongour. Du traitement chirurgical de l'ascite dans les cirrhoses veineuses du foie. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 7 juillet 1901.)

fixai l'épiploon hernié entre le péritoine pariétal décollé et les muscles droits. Le malade supporta bien l'opération, il en fut soulagé, il put quitter l'hôpital; mais le résultat a été presque nul sur l'hypertrophie du foie et de la rate, et les accidents actuels paraissent confirmer l'hypothèse d'une lésion syphilitique. —. Mon second cas est celui d'un homme de trente-sept ans, que j'opérai le 21 avril 1902 : grosse ascite; foie volumineux, bosselé, violacé, grisâtre par places; fixation de l'épiploon entre le péritoine pariétal et les droits. Le patient sortit le 15 mai : amélioré d'abord, il ne tarda pas à être pris d'accidents cardio-pulmonaires et succomba peu de temps après. — Enfin, la troisième opération eut lieu le 7 juillet 1902, sur un malade cachectique du service de M. Launois : incision suspubienne d'évacuation et drainage; incision sus-ombilicale pour amener au dehors et fixer dans la paroi le grand épiploon; foie très petit et dur. Cet homme s'éteignit lentement huit jours plus tard, le 15 juillet.

Les deux dernières interventions ont donc été des interventions tardives, et j'estime qu'on ne se rendra un compte exact de la valeur de l'omentopexie que le jour où elle pourra être faite de bonne heure, avant la déchéance irrémédiable du foie, et non plus comme un pis aller. C'est l'opinion soutenue par M. Guillot (1), qui reconnaît comme de formelles indications opératoires « la production d'une ascite énorme, l'altération profonde de l'état général, la répétition d'hématémèses menaçantes ». C'est aussi la conclusion de M. Harris (2), dans une étude critique basée sur l'examen de 46 cas, et qui est loin d'être empreinte d'un optimisme exagéré; pour M. Harris, la péritonite chronique joue un rôle important dans la pathogénie de ces ascites cirrhotiques, et l'opération, pour être utile, devrait être faite précisément à ce stade de la péritonite chronique, avant l'ascite, ou, du moins, avant que l'épanchement n'eût acquis de grandes proportions. Elle serait préventive, en quelque sorte, et préparerait la dérivation porto cave.

Ce rôle de la péritonite chronique a été trop oublié, nous semble-t-il, et il n'est pas douteux qu'un certain nombre d'opérations de Talma ont dû leur action, moins à l'omentopexie elle-même, qu'à la laparotomie proprement dite. Nous retrouvons là encore cette influence de l'incision de l'ascite, dont nous parlions plus haut, et des exemples nouveaux, inexpliqués, mais certains, de la réaction particulière exercée par l'ouverture large — et le drainage — sur les péritonites chroniques avec épanchement. On a proposé, depuis longtemps, de substituer l'incision à la ponction pour l'évacuation des ascites cirrhotiques, et nous l'avons fait, pour notre part, il y a plus de douze ans, dans un cas d'urgence, pour ainsi dire, où l'ascite se reproduisait avec une telle rapidité et une telle abondance, que la situation était devenue intolérable, les ponctions presque journalières, et que l'ombilic menaçait de se rompre; l'incision et le drainage furent suivis d'un soulagement considérable. En 1897, M. J. Wallace (3) citait plusieurs exemples d'ascites cirrhotiques guéries, de façon durable, par l'incision et le drainage (4).

Il paraît donc sage — et ce sera notre conclusion — *d'étendre aux grosses ascites cirrhotiques les indications de la laparotomie* — devenue simple et bénigne — *à une date suffisamment précoce, pour qu'elle puisse fournir encore des résultats positifs*. Elle permettra, d'ailleurs quelquefois, des « découvertes » et des « surprises » heureuses, et les lésions hépatiques très diverses constatées au cours des opérations de Talma montrent bien que la pathogénie des ascites, même d'origine portale, est assez complexe, pour qu'on ait souvent un réel bénéfice à « les voir ». M. le professeur Müller (de Rostock) publiait, il y a un an, une observation curieuse (1), toute à l'appui de ces idées : ascite de grand volume, chez un homme de trente-quatre ans; le ventre mesure 94 centimètres à la hauteur de l'ombilic; on ne peut délimiter le foie ni la rate; le diagnostic causal reste hésitant. Laparotomie exploratrice, incision médiane épigastrique; après l'évacuation d'une grande quantité d'ascite claire, on reconnaît que le péritoine est normal, sur la paroi et les viscères; le devant du pylore est relié à la face concave du foie par une série de tractus fibreux qu'on sectionne; la surface du foie apparaît lisse et d'aspect normal aussi. Derrière le pylore, on sent une sorte d'épaississement. Une boutonnière est alors pratiquée dans l'épiploon gastro-hépatique, et, par là, prudemment, on pénètre jusqu'à cette zone indurée, et l'on reconnaît que le pylore est fixé au hile du foie par des adhérences fibreuses et résistantes : elles sont rompues, coupées, détruites peu à peu; mais elles se prolongent sur le cholédoque et les vaisseaux du foie, et là aussi, on les sectionne, on les excise du mieux possible. Une fois achevée cette besogne de décortication, un tamponnement est laissé entre le pylore et le hile du foie, et l'on réunit au-dessous. L'opération a duré quarante minutes. Vingt et un mois après, l'ascite n'avait pas reparu et la santé restait bonne.

Ce n'était pas une cirrhose, et l'hypothèse d'un ulcère guéri et d'adhérences inflammatoires anciennes est fort plausible; mais l'intervention pouvait seule révéler la cause de l'ascite et la guérir. Et à mesure que la laparotomie sera plus souvent pratiquée dans les grosses ascites de cause douteuse, le nombre des faits analogues ne pourra que s'accroître.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) Guillot. De l'intervention chirurgicale dans les cirrhoses biliaires et alcooliques. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 16 janv. 1902, p. 49.)

(2) M. L. Harris. The surgical treatment of ascites due to cirrhosis of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 mai 1902.)

(3) J. Wallace. A note on exploratory incision and drainage versus paracentesis in the treatment of ascites, and exact diagnosis by peritoneal speculum. (*Brit. Med. Journ.*, 10 juillet 1897, p. 79.)

(4) Voir aussi : G. Egrot. De l'incision suivie de drainage substituée à la ponction comme traitement palliatif de certaines ascites. (*Thèse de Paris*, 1898.)

(1) W. Müller. Zur Frage der operativen Ascitesbehandlung bei Pfortadercompression. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXVI, p. 652.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1903.

Sur un cas de blastomycose intrapéritonéale.

M. Blanchard communique, en son nom et au nom de MM. Schwartz et Bidaud, l'observation d'un homme de trente ans qui était atteint de blastomycose intrapéritonéale. Une intervention chirurgicale ayant été décidée, on trouva, après l'extirpation de la tumeur, des lésions appendiculaires caractérisées par une folliculite hypertrophique avec formation de corpuscules constitués par des conglomérats de blastomycètes.

Les levures ont été isolées en culture pure et inoculées ensuite à différents animaux; ces inoculations ont été suivies de l'apparition de formes localisées ou généralisées de blastomycose avec métastases secondaires dans les principaux viscères.

Traitement chirurgical du ptosis.

M. Motais (d'Angers) lit une note de laquelle il résulte que le traitement opératoire du ptosis, qu'il a proposé en 1898, et qui consiste à transplanter le tendon du releveur de la paupière supérieure sur celui du muscle droit supérieur, a donné de très bons résultats aux divers chirurgiens qui l'ont employé. Il est juste de reconnaître que dans quelques cas on a observé, à la suite de cette opération, de la diplopie verticale et des ulcérations de la cornée; mais la première de ces complications disparaît spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines; il n'y a donc pas lieu de s'en préoccuper. Quant aux ulcères de la cornée, on pourra presque toujours les éviter en réunissant les paupières, après l'intervention, au moyen de bandelettes collodionnées.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 16 mars 1903.

Le cœur à l'état pathologique.

MM. Bouchard et **Balthazard**. — Poursuivant nos recherches sur les dimensions du cœur, selon la méthode que nous avons déjà utilisée pour le cœur normal et pour le cœur des tuberculeux (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 407 et 1903, p. 49), nous avons pu nous assurer que, dans toutes les affections organiques du cœur ou de l'aorte (lésions orificielles de la mitrale ou des sigmoïdes aortiques, myocardite chronique, ectasie aortique), le rapport de la surface cardiaque à l'albumine fixe des tissus est plus élevé qu'à l'état normal; on ne saurait toutefois indiquer une moyenne, chaque cas devant être envisagé isolément. Dans l'artériosclérose, l'hypertrophie du cœur est légère : le rapport précité est de 9.88 au lieu de 9.45; la pression artérielle moyenne atteint 22 centim. 2. Dans les néphrites que nous avons étudiées — tant interstitielles que parenchymateuses —, la valeur du même rapport est souvent très élevée. La syphilis secondaire, chez la femme, ne modifie pas les dimensions cardiaques, mais abaisse quelque peu la pression artérielle (14 centim.); chez l'homme, la syphilis tertiaire n'altère pas non plus les dimensions du cœur; par contre, elle augmente nettement la pression artérielle (22 centim. 6). Les affections des organes génitaux de la femme n'influent ni sur la grandeur du cœur, ni sur la pression artérielle. Le rhumatisme articulaire aigu, en dehors des complications cardiaques, et le rhumatisme blennorrhagique sont également sans effet à ce double point de vue. Enfin, chez quelques convalescents de maladies aiguës, le rapport de l'aire du cœur à l'albumine fixe, de même que la pression artérielle, était un peu accru.

On voit donc qu'à l'état pathologique, les dimensions du cœur peuvent être égales ou supérieures à la normale, soit du fait de la dilatation soit du fait de l'hypertrophie; jamais, sauf chez les tuberculeux, elles ne lui sont inférieures.

Transformations et végétations épithéliales provoquées par les lésions mécaniques des tissus sous-cutanés.

M. Ed. Retterer adresse une note relative à des expériences démontrant que la destruction des tissus dermique et sous-dermique entraîne une phlegmasie chronique, caractérisée essentiellement par l'hypernutrition, l'hyperplasie et l'hypertrophie du revêtement épithélial.

Quand la lésion porte sur le chorion de la muqueuse vaginale (cobaye), elle modifie la structure du protoplasma épithélial et change l'évolution des cellules épithéliales qui se convertissent en éléments muqueux (phénomène de *métaplasie* ou de *métatypie*). Si l'on prolonge l'irritation des tissus sous-dermiques, les cellules malpighiennes évoluent dans un sens différent : leur protoplasma élabore de la substance cornée (*leucoplasie* des muqueuses). Outre ces changements qui se passent dans le revêtement superficiel, il se développe des végétations épithéliales qui partent de la face profonde de l'épithélium, sous forme de masses pleines ou creuses, et qui émettent des bourgeons secondaires.

Ces modifications et ces altérations évolutives offrent, du moins au point de vue histologique, d'incontestables analogies avec divers processus morbides et avec certains néoplasmes à leur début.

La régularisation de la circulation du sang chez l'animal nouveau-né.

M. Ed. Meyer envoie une note tendant à démontrer que chez l'animal nouveau-né la régu-

larisation de la circulation, par les divers mécanismes qui interviennent chez l'adulte, ne se fait pas, soit par suite du développement incomplet de la dynamique cellulaire des appareils intéressés dans cette régularisation, soit à cause de la durée insuffisante, depuis la naissance, des stimulations destinées à provoquer l'activité fonctionnelle dans la cellule.

Cette absence de régularisation vasomotrice permet de comprendre l'insuffisance de la régularisation thermique chez le nouveau-né : on sait que celui-ci conserve mal la chaleur qu'il produit et se refroidit facilement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mars 1903.

Traitement de la colique de plomb par les lavements électriques.

M. Galliard déclare, à propos de la communication de M. Apert sur le diagnostic différentiel de la colique de plomb et de l'appendicite (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 72), qu'ayant eu l'occasion d'observer les bons effets de l'administration d'un lavement électrique chez un malade qui n'avait pas été à la selle depuis cinq jours, et chez lequel le diagnostic était hésitant entre une colique de plomb et une appendicite, il eut l'idée d'employer le même traitement dans 3 autres cas de colique saturnine. Chez ces 3 malades il observa également la cessation des douleurs et le rétablissement rapide des selles à la suite de l'administration d'un ou de plusieurs lavements électriques. Ce mode de traitement doit donc être préféré, d'après l'orateur, aux purgatifs généralement usités en pareil cas et qui, outre qu'ils sont souvent mal tolérés, ont l'inconvénient d'irriter la muqueuse intestinale.

M. Moutard-Martin estime que si les lavements électriques peuvent être employés sans danger chez les sujets atteints de colique saturnine, ils doivent, au contraire, être proscrits dans les cas où l'on soupçonne l'existence d'une appendicite.

M. Comby communique les observations de deux nourrissons qui ont été atteints de scorbut infantile à la suite de l'usage de lait stérilisé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 mars 1903.

Des effets antitoxiques de l'hyperchloruration.

M. Lesné expose les résultats d'expériences qu'il a entreprises avec M. Richet fils, et qui tendent à démontrer que la toxicité des substances toxiques diminue quand il y a excès de chlorure de sodium dans le sang. Ce phénomène est comparable à celui que MM. Richet et Toulouse ont observé en soumettant à un régime hypochloruré des épileptiques traités par le bromure de potassium ou de sodium : on sait que, d'après ces auteurs, l'hypochloruration augmente l'efficacité du traitement bromuré.

M. Richet rappelle que les bons effets de l'hypochloruration associée aux bromures dans le traitement de l'épilepsie ont été confirmés par tous les médecins qui ont eu recours à cette méthode de traitement; il n'est pas nécessaire, du reste, de soumettre les malades à un régime alimentaire spécial pour les faire bénéficier des avantages de l'hypochloruration : il suffit de leur recommander de ne pas ajouter de sel à leurs aliments habituels.

M. Dejerine dit que, grâce à l'hypochloruration, il a pu diminuer notablement les doses de bromure que prenaient ses malades, sans observer le retour de leurs accès; il ajoute que le régime hypochloruré ne lui a pas paru jusqu'ici avoir le moindre inconvénient.

M. Dastre fait remarquer que, quand on supprime le chlorure de sodium de l'alimentation des chiens, on tarit presque complètement la sécrétion du suc gastrique; il en résulte que ces animaux perdent complètement l'appétit, refusent de manger et finissent par dépérir; d'autre part, l'administration des bromures alcalins diminue notablement l'acidité du suc gastrique.

Glycosurie et hypophyse.

MM. Launois et **Roy** communiquent l'observation d'un géant, acromégalique et diabétique, à l'autopsie duquel ils ont constaté, entre autres lésions, un volumineux épithélioma du corps pituitaire, à prolongement intraventriculaire au niveau du lobe frontal droit. La coïncidence de la glycosurie et de l'acromégalie a déjà été signalée par plusieurs auteurs (Hansemann, Hinsdale, Marie), et chez les 15 acromégaliques diabétiques dont l'autopsie a été pratiquée, on trouve relevée l'existence d'une tumeur du corps pituitaire. A la vérité, il existe bien quelques cas de tumeur hypophysaire sans acromégalie où la glycosurie n'a pas été notée, mais ces faits prouvent seulement que la tumeur est incapable à elle seule de produire la glycosurie et que celle-ci exige, pour apparaître, une compression exercée par le néoplasme sur un centre glycogénique voisin, vraisemblablement le *tuber cinereum* (Caselli).

M. Gréhant relate des expériences qui démontrent le passage, dans l'estomac contenant de l'eau, de l'alcool éthylique injecté dans le sang. Il conclut de ces recherches que pour accélérer, chez l'homme ivre, l'élimination de l'alcool, il est indiqué de pratiquer des lavages de l'estomac avec de l'eau pure.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 mars 1903.

Sur la maladie de Barlow.

M. Heubner fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé la symptomatologie de l'affection décrite par Barlow en 1884, il insiste sur l'incertitude qui règne encore au sujet de la nature de cette maladie qui, en tous les cas, ne saurait, pour l'orateur, être rattachée au scorbut. Une seule chose est certaine au point de vue étiologique, c'est que l'affection n'atteint jamais les enfants élevés au sein. M. Heubner a recueilli 55 observations de maladie de Barlow; tous ces petits malades étaient nourris artificiellement : 13 avec du lait simplement cuit mais non stérilisé, 12 avec du lait stérilisé à l'appareil Soxhlet, 19 avec du lait pasteurisé, 7 avec des préparations de lait et 4 enfin avec des bouillies; on ne saurait toutefois conclure de ces chiffres à la fréquence de l'affection avec chacun de ces modes d'alimentation, car pour cela il faudrait connaître la proportion d'enfants auxquels chacun d'eux est appliqué.

Pour l'orateur, le meilleur moyen à opposer à la maladie de Barlow consiste à faire prendre aux petits patients du lait cru ou du moins très peu cuit, à leur administrer deux ou trois fois par jour une cuillerée à thé de suc d'orange, enfin à leur donner quelques purées de légumes ou un peu de jus de viande.

M. Litten déclare qu'après avoir cru à l'identité de la maladie de Barlow avec le scorbut, il a reconnu le mal fondé de cette opinion. L'uniformité du régime, sans pouvoir causer à elle seule l'affection dont il s'agit, peut du moins la favoriser. Au total, la maladie de Barlow doit être considérée comme une maladie de la nutrition; elle appartient au groupe des diathèses hémorrhagipares.

M. G. Klemperer rend compte d'expériences lui ayant démontré que les albumines du lait cuit sont moins complètement digérées par le ferment lab que celles du lait cru; après coction, le lait renferme en outre plus d'ammoniaque. Aussi peut-on supposer que l'usage prolongé du lait cuit entraîne pour l'organisme un déficit de substances protéiques, et une accumulation d'ammoniaque.

M. H. Neumann insiste sur la fréquence de la maladie de Barlow chez les enfants nourris au lait pasteurisé. Au point de vue clinique, il attire l'attention sur l'importance des hémorrhagies rénales qui peuvent pendant longtemps être le seul symptôme de l'affection.

Ablation d'une tumeur médullaire.

M. J. Israel relate l'observation d'une femme de trente-neuf ans qui souffrait depuis dix-huit mois de douleurs continues dans la partie supérieure de l'abdomen quand survint une parésie des extrémités inférieures bientôt transformée en paraplégie complète avec abolition de tous les modes de sensibilité, altération des réflexes patellaires, clonus du pied, mais sans paralysie vésicale ni atrophie des muscles paralysés. La pression des vertèbres n'était pas douloureuse.

Il s'agissait évidemment d'une compression médullaire; le rein droit étant volumineux, on se demanda s'il n'était pas le siège d'un néoplasme primitif, avec métastase rachidienne secondaire; mais une laparotomie exploratrice montra que le rein était seulement mobile; on se décida alors à intervenir sur la moelle.

Après avoir réséqué l'arc postérieur des sixième et septième vertèbres dorsales, l'orateur trouva une tumeur qui recouvrait complètement la moelle et la comprimait des deux côtés; en raison de la friabilité du néoplasme, il dut l'enlever à la curette mousse; c'était un chondrosarcome qui plongeait dans la cavité pleurale, car, au cours de l'intervention, un sifflement indiqua la pénétration de l'air dans la plèvre.

Malgré cet incident, la guérison opératoire se fit bien, et la malade ne tarda pas à recouvrer les fonctions de ses membres inférieurs. Toutefois l'extirpation de la tumeur n'avait pu être complète, et actuellement — huit mois après l'intervention — la radiographie de la région révèle une ombre légère qui fait craindre une récidive *in situ*.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 16 mars 1903.

Applications cliniques du sérum antistreptococcique.

M. F. Meyer communique, en son nom et au nom de M. L. Michaelis, les observations de 19 malades traités par le sérum antistreptococcique d'Aronson. Ces faits peuvent être divisés en trois groupes : dans 5 cas (3 érysipèles, 1 fièvre puerpérale, 1 angine avec dépôt purulent), le résultat a été bon; dans 2 cas (érysipèle, septicémie puerpérale), les effets ont été douteux, en ce sens que l'amélioration n'a porté que sur certains symptômes; dans 12 cas, enfin (4 érysipèles, 2 complications articulaires de la scarlatine, 6 septicémies graves), la sérothérapie s'est montrée totalement inefficace.

L'injection de sérum a déterminé chez un seul de ces patients une légère tuméfaction douloureuse; jamais elle n'a entraîné d'exanthème ou d'autres conséquences fâcheuses.

Au total, l'orateur est d'avis que la sérothérapie antistreptococcique, tout en étant susceptible de rendre de bons services, n'est pas un « moyen admirable » (*Wundermittel*); elle est incomparablement moins active que la sérothérapie antidiphtérique, mais il faut considérer aussi que l'infection löfflérienne reste localisée beaucoup plus longtemps que l'infection par le streptocoque. Le sérum antistreptococcique aurait ses indications, comme remède préventif et curatif, toutes les fois que l'organisme est encore à même de réagir; il ne serait contre-indiqué que dans les cas d'inflammation des séreuses — plèvre ou péricarde —, où une exsudation pourrait facilement se produire.

Un cas de fistule gastro-colique.

M. Elsner relate l'observation d'une femme de trente-huit ans, qui avait eu dix-neuf années auparavant un ulcère de l'estomac, quand se développèrent les symptômes d'une fistule gastro-colique : cet accident est caractérisé par une lientérie très prononcée, les aliments passant directement de l'estomac dans le côlon transverse; il en résulte une dénutrition rapide, qui est encore aggravée par le catarrhe intestinal dû à l'irritation de la muqueuse par le contact des aliments non digérés.

Une laparotomie, pratiquée par M. E. Hahn, révéla que la communication était établie entre la paroi postérieure de l'estomac, au voisinage du cardia, et l'angle gauche du côlon; on anastomosa le côlon transverse et le duodénum. Le résultat fonctionnel a été des plus satisfaisants.

On ne connaîtrait encore qu'un cas de ce

genre, publié par Unruh, et dans lequel une intervention identique eut également de bons effets.

Réaction cellulaire dans l'infection péritonéale expérimentale par le streptocoque.

M. L. Michaelis rend compte d'expériences d'où il résulte que si l'on injecte dans l'abdomen d'un lapin une culture de streptocoques, et si la mort n'est pas trop rapide, il se produit une exsudation renfermant des leucocytes. Ceux-ci, dans les cas graves, terminés par la mort, consistent surtout en polynucléaires avec seulement quelques rares mononucléaires; au contraire, si l'infection tend vers la guérison, soit spontanément, soit à la suite du traitement sérothérapique, les mononucléaires l'emportent sur les polynucléaires.

L'orateur explique cette particularité en admettant, selon la théorie de M. Metchnikoff, que les mononucléaires sont des macrophages, chargés de « phagocyter » tous les autres éléments exsudés, y compris les polynucléaires.

Ces réactions cellulaires ne sont pas propres à l'infection streptococcique; on les observe aussi après l'injection, dans le péritoine du lapin, de sérum de bovidés ou de solutions de peptone. Un phénomène analogue se passe dans la production du colostrum : le lait sécrété n'étant pas excrété est résorbé par l'organisme, d'où entrée en jeu des deux sortes de leucocytes et finalement transformation des mononucléaires en corpuscules de colostrum.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 21 mars 1903.

Des différents modes de transmission héréditaire de la syphilis.

Dans la séance d'hier de la Société impériale royale des médecins de Vienne, et dans une précédente séance, s'est poursuivie la discussion sur les différents modes de transmission héréditaire de la syphilis.

M. von Zeissl a relaté l'observation d'un syphilitique ayant eu d'abord un enfant syphilitique, puis des enfants sains, avec une femme qui resta indemne de tout accident spécifique; lui-même présenta plus tard les signes d'une syphilis cérébrale dont il guérit; sa femme, étant devenue à son tour syphilitique, fut soumise au traitement spécifique et accoucha ensuite d'un enfant sain.

D'après l'orateur, le sperme d'un syphilitique peut donner lieu à un chancre du col ou du corps de l'utérus chez la femme qui cohabite avec ce malade: ce chancre reste naturellement méconnu, et la femme, si elle n'a pas d'accidents secondaires, est considérée comme saine, bien qu'elle soit en réalité contaminée.

M. Teleky communique l'observation de deux familles, dans lesquelles un père syphilitique a donné le jour à des enfants également syphilitiques, sans que la mère ait jamais présenté aucun signe de syphilis. Le père, ayant été soumis au traitement spécifique, eut par la suite des enfants sains.

M. Kassowitz fait remarquer que, si la transmission germinative de la syphilis est admise par la grande majorité des auteurs, l'infection du placenta a été rarement prouvée. D'autre part, M. Rosinski a démontré que, lorsque l'utérus contient un fœtus syphilitique, la partie fœtale du placenta est seule infectée quand la mère n'est pas syphilitique; par conséquent, si la théorie de M. Matzenauer était légitime, c'est le placenta maternel qui devrait être altéré.

M. Matzenauer répond aux différents orateurs qui ont combattu sa manière de voir que, dans les familles qu'il a pu observer, les femmes ayant donné le jour à des enfants syphilitiques avaient toujours présenté elles-mêmes des accidents spécifiques. Il maintient donc que toutes les mères d'enfants syphilitiques sont syphilitiques : si l'on a prétendu le contraire, c'est ou bien que les femmes dont il s'agissait n'avaient été atteintes que d'accidents bénins ayant passé inaperçus, ou bien qu'on ne les avait pas examinées au moment propice. L'infection du placenta, qui est prouvée pour la tuberculose, existe sans doute aussi pour la syphilis, mais elle est exceptionnelle.

Quant à la transmission héréditaire de la syphilis par le père, ce qui démontre sa rareté, c'est le nombre restreint des enfants syphilitiques par rapport au nombre considérable des pères syphilitiques. Du reste, s'il est vrai qu'on voit des enfants naître indemnes de syphilis lorsque leur père a été soumis à un traitement spécifique, on en voit d'autres qui viennent au monde syphilitiques malgré un traitement sévère et rigoureux du père. Au contraire, quand on soumet à la médication spécifique la mère, en apparence saine, d'enfants syphilitiques, on voit le plus souvent, après cette cure, naître des enfants sains.

Pour toutes ces raisons, M. Matzenauer soutient que la syphilis héréditaire est presque toujours transmise par la mère.

L'hypersécrétion gastrique alimentaire.

Dans la séance du 19 mars de la Société de médecine interne, **M. W. Zweig** a communiqué les observations d'un certain nombre de sujets chez lesquels il a constaté, en utilisant le procédé de Sahli, que le contenu stomacal, une heure après un repas d'épreuve, atteignait 230 à 250 c.c., au lieu que chez l'individu normal son volume n'excède pas, dans les mêmes conditions, 130 à 180 c.c. Cette augmentation du contenu stomacal est due, d'après l'orateur, à une sécrétion exagérée du suc gastrique, produite directement par l'introduction des aliments, contrairement à ce qui se passe dans la gastrosucorrhée où la sécrétion gastrique est tout-à-fait indépendante des repas; aussi M. Zweig propose-t-il de désigner le phénomène qu'il décrit sous le nom d'*hypersécrétion alimentaire;* celle-ci s'accompagne de troubles nerveux, de dénutrition, de symptômes dyspeptiques, etc. Pour combattre cet état morbide, on doit prescrire des repas abondants mais espacés, comprenant à la fois des aliments azotés, des graisses et des substances hydrocarbonées, sans diminuer la quantité des boissons. S'il existe des phénomènes douloureux, on aura recours à l'extrait de belladone en pilules ou en suppositoires.

Graves brûlures de la main résultant du passage d'un courant de 5,500 volts.

M. S. Jellinek a présenté, en son nom et au nom de M. L. Löwenbein, un ouvrier dont la main est restée en contact pendant plusieurs minutes avec un fil métallique par lequel passait un courant de 5,500 volts. A la suite de cette décharge, cet ouvrier perdit connaissance et vomit à différentes reprises; à son réveil il accusa une céphalée intense accompagnée de rétention d'urine et de constipation, tous symptômes qui disparurent rapidement. La main qui avait été en contact avec le fil était le siège de phlyctènes et de brûlures profondes s'étendant jusqu'aux os. Si cet homme n'a pas été tué par un courant d'une telle intensité, c'est, d'après l'orateur, à cause de la grande résistance opposée au passage du courant par ses chaussures, qui étaient parfaitement sèches.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Des ulcérations tuberculeuses de l'estomac,
par M. F. Arloing.

Dans sa thèse inaugurale, faite sous l'inspiration de M. le professeur R. Tripier (de Lyon), M. F. Arloing étudie les ulcérations gastriques d'origine tuberculeuse au triple point de vue clinique, anatomo-pathologique et pathogénique, se basant pour cela sur un total de 147 observations, dont 7 inédites, et sur de nombreuses recherches de laboratoire.

Toujours secondaires à des lésions tuberculeuses du poumon, souvent associées à des altérations de même nature dans divers viscères, et notamment à la granulie généralisée, ces ulcérations sont relativement peu communes : le chiffre, très approximatif, par lequel l'auteur traduit leur fréquence, est de 6 à 8 ‰ des cas de tuberculose pulmonaire.

Leur symptomatologie est le plus ordinairement des plus frustes; parfois complètement silencieuses, elles ne se traduisent en général que par des troubles tout à fait banaux (pesanteur d'estomac, douleurs sourdes dans la région gastrique, vomissements), masqués d'ailleurs, le plus habituellement, par les phénomènes digestifs qui sont presque constants dans la tuberculose du poumon. Il arrive cependant qu'elles se manifestent par des symptômes plus nets, notamment par l'hématémèse, qui peut être elle-même modérée ou foudroyante, unique ou à répétition; l'hémorrhagie gastrique est d'ailleurs rare, puisqu'elle n'est signalée que 9 fois sur 147 observations. Quand elle survient, on pourrait songer à l'*ulcus simplex*, mais l'analyse du suc gastrique, en révélant de l'hypochlorhydrie, lèverait tous les doutes. L'ulcération tuberculeuse peut encore entraîner une grave complication, la perforation de l'estomac, notée dans 13 observations; cet accident aboutit à une péritonite suraiguë, ou ne détermine qu'une réaction péritonéale atténuée, en raison du processus bacillaire chronique dont la séreuse était antérieurement le siège.

A l'autopsie, cette variété d'ulcération se présente sous un aspect très caractéristique; bien loin d'être en pente douce, comme ceux de l'ulcère simple de Gruveilhier, ses bords sont décollés, soulevés, « minés en dessous » selon l'expression allemande (*unterminiert*), de telle sorte que sa forme générale est celle d'un entonnoir renversé dont la large base serait dirigée vers la profondeur, tandis que son sommet regarderait la cavité stomacale. Des tubercules sous-muqueux peuvent se rencontrer semés autour de la perte de substance, ainsi qu'au niveau de la surface séreuse de l'estomac; les ganglions lymphatiques correspondant au territoire lésé sont eux-mêmes atteints de dégénérescence caséeuse.

Sous le microscope, l'ulcération se montre creusée en plein tissu caséeux; des lésions manifestement tuberculeuses (granulations, cellules géantes, etc.) sont facilement décelables dans le tissu voisin, où l'on remarque en outre des altérations vasculaires (endartérite, endophlébite) et lymphatiques (hypertrophie des masses lymphatiques de la muqueuse). La présence de bacilles de Koch est exceptionnelle dans les coupes : elle n'a été notée que 17 fois.

La perte de substance est le plus ordinairement unique, et ses dimensions habituelles varient entre celles d'une pièce de 0 fr. 50 et celles d'une pièce de 1 franc. Parfois cependant elles sont multiples; elles sont alors plus petites et d'aspect moins typique.

Enfin, à côté de ces ulcérations tuberculeuses *proprement dites*, on observerait encore, chez le tuberculeux, deux variétés d'ulcérations stomacales consécutives à l'infection générale : dans les unes, primitivement tuberculeuses, toute trace de lésions spécifiques a disparu, en vertu sans doute d'un processus d'élimination; les autres seraient dues non plus à une embolie microbienne, mais à la toxémie tuberculeuse ou à des troubles circulatoires liés à l'infection bacillaire.

Les auteurs qui ont étudié au point de vue pathogénique les ulcérations gastriques tuberculeuses, ont invoqué un des quatre mécanismes suivants : pénétration directe, à travers la muqueuse, du bacille introduit dans l'estomac; infection de la muqueuse par voie sanguine; infection par voie lymphatique; propagation à la paroi gastrique d'une tuberculose péritonéale ou ganglionnaire. Pour élucider ce problème, M. Arloing a eu recours à l'expérimentation, en faisant porter ses recherches sur des espèces animales diverses et de réceptivité inégale à la tuberculose (veaux, mouton, chiens, lapins, cobayes, en tout 30 animaux).

Tout d'abord, 7 chiens ont été soumis à l'ingestion de matières virulentes, leur estomac étant troublé dans son fonctionnement par divers artifices : modification en plus ou en moins de l'acidité, ischémie réalisée par la ligature du cercle artériel de la grande courbure, troubles nerveux consécutifs à la section des deux pneumogastriques, érosion mécanique ou chimique de la muqueuse. Aucun de ces animaux n'a présenté de lésions stomacales tuberculeuses, alors que chez 4 d'entre eux, cependant, l'intestin était le siège d'une tuberculose manifeste.

A 4 autres animaux (veau, chiens, lapin), le

bacille a été injecté par voie artérielle, soit dans la fémorale, soit dans les branches artérielles qui suivent la grande courbure de l'estomac; chez tous les 4 se sont développées des ulcérations stomacales et chez un d'eux (chien) on constata, en outre, des lésions de la portion gastrique du duodénum, de tout point analogues aux ulcérations tuberculeuses de l'estomac humain.

Enfin, dans une troisième série d'expériences ayant porté sur 19 animaux, l'injection virulente fut poussée directement dans l'épaisseur de la paroi stomacale, tantôt dans la muqueuse, tantôt en pleine tunique charnue, tantôt sous la séreuse, et à ces injections furent associées l'ischémie de la paroi infectée, la tuberculisation du sujet par voie veineuse ou sa « tuberculinisation ». Tous ces animaux eurent des lésions locales tuberculeuses, mais chez un chien seulement elles aboutirent à une ulcération tuberculeuse typique, et cet animal avait reçu, vingt-trois jours après l'inoculation intra-pariétale, une injection veineuse.

La conclusion que l'auteur tire de ces multiples expériences, c'est que c'est à la voie sanguine que revient le rôle capital dans l'infection de la muqueuse gastrique et la production des ulcérations d'origine tuberculeuse. Et cela est vrai non seulement des ulcérations tuberculeuses « proprement dites », par embolie microbienne, mais aussi, et à plus forte raison, des ulcérations de nature toxémique. A l'égard de ces dernières, M. Arloing fait, en outre, remarquer que la coexistence fréquente de l'*ulcus simplex* de Cruveilhier et de la tuberculose pulmonaire — coexistence généralement expliquée par l'état de déchéance physique dans lequel tombent des sujets que leur affection stomacale empêche de se nourrir suffisamment — mériterait peut-être une autre interprétation, et permettrait de se demander s'il ne s'agirait pas parfois, dans les cas de ce genre, d'une infection tuberculeuse latente, en puissance, entraînant un ulcère d'origine toxémique, par l'intermédiaire des lésions vasculaires que l'on sait si communes dans l'ulcère gastrique.

L'auteur termine son travail par un chapitre de pathologie comparée, dans lequel il relate plusieurs observations — dont une inédite — d'ulcérations tuberculeuses de l'estomac chez des animaux, surtout chez des bovidés. Ces ulcérations seraient identiques, cliniquement et pathogéniquement, à celles que l'on rencontre dans l'espèce humaine. (*Thèse de Lyon*, 1902.) — F. F.

Fièvre typhoïde; pseudo-péritonite par perforation, par M. Péhu.

Si la péritonite par perforation, au cours de la dothiénentérie, se traduit généralement par un ensemble symptomatique assez net pour ne laisser place à aucun doute, en pratique, cependant, le diagnostic de cette grave complication n'en reste pas moins soumis à certaines causes d'erreur, ainsi qu'en témoigne le fait assez exceptionnel relaté par M. Péhu.

Il s'agit d'un homme de trente et un ans, débile au point de vue mental, chez lequel, au dix-huitième jour d'une fièvre typhoïde, et trois jours après une hémorrhagie intestinale peu abondante, se développa un syndrome abdominal reproduisant à peu près au complet le tableau clinique de la péritonite par perforation : ce malade fut pris, en sortant d'un bain, d'un état demi-syncopal qui le laissa étendu dans son lit sans mouvement, avec des respirations fréquentes, saccadées, de faible amplitude; la température s'éleva, pendant les heures suivantes, jusqu'à 40°2, en même temps que le ventre se ballonnait. Le lendemain, la dyspnée persistait; l'abdomen, augmenté de volume, résistant, était le siège d'un tympanisme généralisé, avec abolition de la matité hépatique; sa palpation ne paraissait pas très douloureuse; le pouls, faible, battait à 116.

Cet état persista trois jours, puis on assista à une amélioration subite, mais de courte durée, et l'évolution des phénomènes se poursuivit jusqu'à l'issue fatale, qui survint quatre jours plus tard, le tympanisme de l'abdomen — y compris la région hépatique — n'ayant subi aucune modification.

On avait naturellement porté le diagnostic de péritonite par perforation; or, l'autopsie révéla qu'il n'existait aucune solution de continuité de l'intestin, non plus que la moindre lésion de la séreuse abdominale. Par contre, les intestins étaient extrêmement dilatés par des gaz, et c'est à l'interposition de l'angle colique droit et d'une partie du côlon transverse entre la surface du foie et le diaphragme qu'était due la disparition de la matité hépatique.

Ainsi donc, ce dernier symptôme, dont la valeur diagnostique est généralement admise, au point qu'on le considère parfois comme de nature à différencier la péritonite par perforation d'avec la péritonite par propagation, peut lui-même se trouver en défaut. Dans le présent cas, la distension des anses intestinales aurait été la conséquence de l'état de collapsus cardiaque dans lequel se trouvait le malade. (*Province méd.*, 15 novembre 1902.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Identité des bacilles de la tuberculose d'origine humaine et d'origine bovine, par M. E. von Behring.

Comme, dans ses essais d'immunisation à l'égard de la tuberculose, M. von Behring part de cette considération que l'infection des jeunes sujets et, en particulier, des nouveau-nés joue le plus grand rôle dans la propagation de la maladie en question (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 85-86), on a cru pouvoir attribuer à l'auteur l'opinion que les bacilles de la tuberculose bovine différeraient de ceux de la tuberculose humaine et seraient, partant, inoffensifs pour l'homme. M. von Behring proteste contre cette interprétation erronée de sa pensée. Loin de partager les vues de M. Koch, il estime, au contraire, que tous les arguments que l'on invoque en faveur de la soi-disant innocuité de la tuberculose bovine pour l'espèce humaine ne sont guère péremptoires. Il en est ainsi notamment pour la rareté de la tuberculose intestinale primitive, qui constitue un des principaux arguments de M. Koch. En ce qui concerne, du moins, les enfants, cette variété de tuberculose est loin d'être rare (37 % d'après Heller). Le fait qu'elle est relativement peu commune chez l'homme *adulte* peut, à première vue, paraître frappant; mais il importe de ne pas oublier que les malades atteints de tuberculose pulmonaire et qui, par la déglutition de leur salive chargée de bacilles de Koch, exposent constamment leur intestin à l'infection, ne contractent, cependant, pas la tuberculose intestinale. Or, il est évident qu'on ne saurait prétendre que les bacilles provenant du poumon humain sont inoffensifs pour l'homme. C'est qu'outre la virulence du bacille et la porte d'entrée de l'infection, il est encore un autre facteur dont on ne tient pas suffisamment compte, à savoir l'état physiologique de l'organisme.

Laissant de côté la gravidité, l'état puerpéral, la lactation, l'âge, l'alimentation, les maladies intercurrentes, les influences atmosphériques, etc., etc., dont le rôle est, à l'heure actuelle, parfaitement établi, M. von Behring attire l'attention sur un élément moins connu, le développement imparfait de la muqueuse intestinale chez les nouveau-nés. Il résulte, en effet, de recherches de M. Disse que les parois du tube digestif des nouveau-nés manquent d'un revêtement épithélial continu, de sorte qu'elles se laissent traverser par des substances qui, plus tard, ne peuvent passer qu'à la faveur d'une solution de continuité de la muqueuse. C'est ainsi que, chez les nouveau-nés, les albuminoïdes antitoxiques sont résorbés par la voie gastrique tout aussi bien que lorsqu'on les injecte dans le courant circulatoire ou sous la peau, tandis que les individus adultes ne sont habituellement pas en état d'absorber les mêmes antitoxines administrées par la bouche ou par le rectum. Le danger que présentent les aliments bacillifères est surtout considérable pour les jeunes sujets, chez lesquels la couche épithéliale de la muqueuse digestive n'est pas encore complètement formée et l'activité des cellules sécrétoires ne s'exerce que d'une façon partielle. Aussi les jeunes bovidés contractent-ils très fréquemment la tuberculose intestinale; ils n'offrent, il est vrai, aucun signe clinique d'infection tuberculeuse, mais ils n'en réagissent pas moins à la tuberculine et à leur autopsie on trouve des lésions intestinales. Sans doute, cette infection peut guérir spontanément, mais M. von Behring est porté à croire que les infections surajoutées ultérieurement aboutissent, en pareil cas, plus facilement aux adénopathies médiastinales et bronchiques, et finalement à la tuberculose pulmonaire, que chez les animaux qui ont, dans la première période de leur vie, échappé à l'infection tuberculeuse.

Cela étant, l'auteur n'attribue que peu d'importance à la transmissiblité de la tuberculose par la viande et le beurre provenant des animaux malades, puisque ces aliments sont surtout consommés par les adultes. Par contre, il estime qu'on ne saurait prendre trop de précautions contre le danger d'infection des nourrissons par l'emploi de lait renfermant des bacilles de la tuberculose, que ces bacilles soient d'origine humaine ou bovine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 mars 1903.) — L. CH.

Torsion de l'utérus s'accompagnant d'une hématosalpinx aiguë non infectieuse, par M. C. H. Stratz.

Le cas de torsion utérine relaté par M. Stratz mérite d'être signalé en raison de la rareté des faits de ce genre, et aussi à cause des lésions annexielles qui accompagnaient la torsion de l'utérus.

Une vieille fille de cinquante-sept ans, sans antécédents pathologiques, portait depuis un an une tumeur mobile du bas-ventre, quand brusquement elle fut prise de douleurs abdominales violentes, tandis que la tumeur augmentait rapidement. Par le toucher rectal — l'hymen ne permettant pas une exploration vaginale —, on crut sentir l'utérus à sa place habituelle et, au-dessus, une tumeur assez dure, en relation avec lui par un large pédicule. La vive sensibilité de l'abdomen ne permit pas de ce côté une exploration complète. La malade, d'abord afébrile, présenta peu à peu une légère augmentation de température (38°5).

Une laparotomie fut donc décidée, dans la pensée qu'il s'agissait de la torsion d'un pédicule de tumeur. A l'opération, faite six jours après le début des accidents, on trouva dans l'abdomen un peu de liquide rougeâtre; l'utérus, au-dessus du col, était tordu de 180° sur son axe; un petit myome, situé à sa face postérieure, se trouvait ainsi occuper la région antérieure; un myome plus volumineux était relié au fond de la matrice par un assez large pédicule; les deux trompes étaient distendues et formaient deux sacs pleins de sang coagulé. L'ensemble des lésions, enlevées en bloc par une hystérectomie supra-vaginale, formait une masse haute de 30 centimètres, et du poids de 10 kilogrammes. L'opérée guérit sans complications.

Le corps de l'utérus et les myomes y attenant avaient subi une énorme congestion passive : la paroi utérine avait, sur la coupe, l'aspect du placenta; les myomes offraient en outre une infiltration séreuse très marquée; l'épithélium des trompes avait entièrement disparu. Ces diverses lésions et les commémoratifs cliniques concordent à prouver que la torsion avait dû se produire d'une manière subite et que l'hématosalpinx était la conséquence d'une stase sanguine aiguë; en effet, dans les hématosalpinx par stase chronique, l'épithélium ne s'exfolie pas. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 3.) — R. DE B.

Des rapports entre l'angine amygdalienne et l'appendicite, par M. Hans Weber.

On sait que les amygdales peuvent servir de porte d'entrée à un grand nombre de micro-organismes et que certains états infectieux, soit locaux, soit généraux, ont très souvent pour point de départ une infection amygdalienne se manifestant dans beaucoup de cas sous la forme d'une angine, simple et bénigne en apparence. Depuis que l'attention a été attirée sur les inflammations de l'appendice vermiculaire, on a en particulier constaté l'existence d'un certain rapport entre l'angine amygdalienne et l'appendicite, et il a été publié quelques observations où la première de ces affections est signalée comme étant la cause directe et immédiate de la dernière; c'est un fait de ce genre que relate M. Weber.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, admise à la clinique médicale de la Faculté de médecine de Breslau, et qui, sept jours après la guérison complète d'une angine streptococcique accompagnée d'engorgement ganglionnaire et

de quelques phénomènes généraux, mais au cours de laquelle l'examen des autres organes n'avait révélé rien d'anormal, présenta de nouveau une élévation brusque de la température accompagnée de vomissements et de douleurs abdominales, localisées surtout dans la région iléo-cæcale, avec matité à la partie externe du ligament de Poupart et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Au niveau de cette zone de matité, qui avait une largeur de deux travers de doigt environ, le ventre était très sensible au toucher; l'examen rectal et vaginal révéla également une grande sensibilité dans la fosse iliaque droite. Quatre jours plus tard, les mêmes symptômes persistaient aussi intenses qu'au début, et à la palpation de la fosse iliaque droite on percevait une certaine résistance accompagnée de douleurs de péritonite qui s'étendaient jusqu'à la ligne blanche. La malade guérit sans opération, et il convient d'ajouter que l'examen gynécologique le plus minutieux, pratiqué pendant cette période, n'avait révélé aucun état morbide de l'utérus et de ses annexes.

En compulsant les registres du service, l'auteur a pu découvrir deux autres cas analogues : dans l'un l'appendicite s'était déclarée au cours même de l'angine; le second concernait une femme qui, lorsqu'elle entra à l'hôpital, était atteinte à la fois d'angine et d'appendicite. Ces deux malades ont également guéri sans qu'on eût été obligé d'avoir recours à l'intervention chirurgicale.

Pour mettre hors de doute l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'angine et l'appendicite, dans ces cas, il aurait fallu s'assurer que l'une et l'autre de ces deux affections étaient dues à l'action du même agent pathogène. Or, cette recherche n'a pu être faite, puisque les patients n'ont pas été opérés. Cependant, par analogie avec les autres faits connus du même genre, où l'identité de l'agent infectieux a pu être établie d'une façon précise (1), M. Weber se croit autorisé à voir dans l'angine dont avaient souffert les malades la cause de l'appendicite, et dans les amygdales la première étape de l'infection qui se serait propagée jusqu'à l'appendice à travers le tube digestif, grâce à la déglutition de matières infectieuses. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 décembre 1902.) — S. J.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'emploi de l'iodure de méthyle à titre de révulsif.

Fréquemment employé en chimie, l'iodure de méthyle est un composé organique qui se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, réfringent, à odeur douceâtre. Ce produit, qui ne paraît pas avoir encore été utilisé en thérapeutique, serait cependant susceptible de rendre d'excellents services comme agent révulsif et surtout comme vésicant. M. Minguin, professeur à l'Institut chimique de Nancy, a eu l'occasion d'observer sur lui-même la formation d'une grosse vésicule, à la paume de la main, à la suite d'un contact de courte durée avec des vapeurs d'iodure de méthyle. Ayant eu connaissance de ce fait, M. le docteur Ch. Garnier a institué dans le service de M. le docteur Bernheim, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, une série d'essais en vue de l'utilisation thérapeutique des propriétés révulsives et vésicantes de l'iodure de méthyle.

M. Garnier a ainsi été à même de constater que les applications locales de cette substance (dont les vapeurs sont maintenues quelque temps au contact de l'épiderme par une lame de tissu imperméable) produisent, au bout d'une à trois minutes, une sensation de chaleur, parfois assez intense pour donner l'illusion d'une brûlure. Cette douleur cuisante ne dure pas plus de cinq à dix minutes, puis elle s'atténue. En même temps on remarque, au point sur lequel a été appliqué le liquide, une pâleur fugace de la peau, faisant bientôt place à une rougeur d'intensité croissante. La congestion des petits vaisseaux du derme ne tarde pas à être suivie d'une exsudation de sérosité, localisée d'abord dans la région sous-épidermique et qui finit par traverser le corps muqueux de Malpighi, en provoquant la formation de vésicules et de bulles plus ou moins grosses.

Pour poser un vésicatoire à l'iodure de méthyle, notre confrère procède de la façon que voici :

Après avoir nettoyé la région par un bon savonnage et l'avoir lavée à l'aide d'une solution antiseptique, on assèche la peau en l'épongeant avec de l'ouate hydrophile. On applique alors une feuille de papier filtre, que l'on vient d'imbiber d'iodure de méthyle, et que l'on recouvre d'une lame de taffetas gommé, taillée exactement suivant les dimensions que l'on veut donner au vésicatoire. On maintient le tout à l'aide d'une couche de coton collodionné, dépassant largement les bords de la feuille de taffetas et adhérant à la peau. Le pansement est laissé en place de huit à dix heures. Au bout de ce laps de temps, il suffit d'enlever le coton pour voir le taffetas et le papier se détacher facilement, par leur propre poids. On perce les vésicules pour laisser écouler la sérosité et on panse à la vaseline boriquée, comme s'il s'agissait d'un vésicatoire ordinaire. La plaie cicatrise rapidement.

La dose d'iodure de méthyle nécessaire pour obtenir le résultat cherché est de XXX à L gouttes (vésicatoire moyen de 10 centimètres sur 10). Les effets du médicament varient, d'ailleurs, de l'érythème simple à la vésication, suivant que l'on en emploie une quantité plus ou moins considérable : quelques gouttes mises au contact de la peau pendant un court laps de temps produisent la même action qu'une forte application de teinture d'iode.

En raison de la très grande volatilité du produit en question, il n'y a pas lieu de craindre, comme pour le vésicatoire cantharidien, une action trop prolongée, suivie d'absorption de principes toxiques. De plus, l'iodure de méthyle présenterait, sur les préparations à base de cantharide, l'avantage de ne provoquer qu'une douleur passagère et de ne pas retentir, d'une façon fâcheuse, sur l'appareil génito-urinaire.

L'emploi de l'iodure de méthyle a donné, entre les mains de M. Garnier, de très bons résultats, en particulier dans le traitement des névralgies (sciatique, névralgie lombaire).

Le chlorure de calcium dans le traitement de la variole hémorrhagique.

D'après l'expérience de M. L. Peaudeleu, interne de M. le docteur H. Alezais, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, le chlorure de calcium, dont on connaît les propriétés coagulantes (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 221), serait susceptible de rendre de bons services non seulement comme hémostatique local, mais aussi dans les infections hémorrhagiques, telles que la variole.

Sur les conseils de M. A. Barraja, interne en pharmacie des hôpitaux de Marseille, M. Peaudeleu a employé le chlorure de calcium à la dose quotidienne de 6 grammes et sous forme de la potion que voici :

Chlorure de calcium..........	6 grammes.
Eau distillée..................	10 —
Mucilage simple de gomme arabique à 30 %..................	40 —
Teinture de cannelle............	10 —
Lait ou émulsion huileuse. Q. S. pour faire......................	150 —

On fait dissoudre le sel dans l'eau distillée et on prépare, d'autre part, le mucilage de gomme avec du sirop de Tolu; puis, on mélange les deux liquides, on ajoute la teinture de cannelle et on complète avec le lait ou l'émulsion huileuse.

Ainsi administré, le médicament ne présenterait aucun mauvais goût et serait facilement toléré, sa causticité étant en quelque sorte détruite.

Dans la variole hémorrhagique *primitive*, le chlorure de calcium se montrerait peu efficace, l'infection sanguine étant trop rapide, sans compter que les lésions bucco-pharyngées rendent l'ingestion du remède très pénible. Par contre, dans les formes hémorrhagiques *secondaires* (ménorrhagies, hémoptysies, épistaxis, etc., etc.), le médicament en question exercerait une action très énergique et mériterait d'être préféré aux préparations à base d'ergotine, qui sont loin d'être exemptes d'inconvénients.

Les avantages du borax sur l'acide borique pour la préparation des gargarismes.

Il y a environ un an, nous avons eu l'occasion de signaler les effets caustiques d'un gargarisme boriqué (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 48). Depuis lors, d'autres faits analogues ont été enregistrés, de sorte qu'il convient de se demander si l'usage, très répandu, des solutions boriquées à titre de gargarismes n'est pas quelque peu irrationnel, et cela d'autant plus que nous sommes aujourd'hui loin de l'époque où l'on considérait l'acide borique comme dépourvu de toute propriété toxique.

Un des partisans les plus convaincus de l'innocuité de cet antiseptique, M. le docteur O. Liebreich, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Berlin, reconnaît, lui aussi, que, comme tous les acides, il ne convient guère pour les gargarismes. Toutefois, notre confrère estime que les accidents déterminés par les gargarismes boriqués sont, en réalité, dus surtout à l'eau distillée qu'on emploie habituellement pour dissoudre l'acide borique et qui est un agent irritant, en particulier à l'égard des muqueuses. Aussi M. Liebreich recommande-t-il de lui substituer une solution de chlorure de sodium à 0.2 % et de ne pas dépasser, pour la solution boriquée, le titre de 1 %. Mais ce qui serait encore préférable, notamment dans les cas où l'on a affaire à un processus ulcératif ou tuberculeux de la muqueuse buccale, c'est de remplacer le gargarisme boriqué par une solution de borate de soude, qui, en raison de son alcalinité, répondrait infiniment mieux aux indications thérapeutiques.

Emploi de compresses à l'alcool contre les angines phlegmoneuses et la scarlatine.

Depuis cinq ans, un médecin militaire russe, M. le docteur I. S. Kolbassenko, utilise très souvent le pansement permanent à l'alcool, qui, après avoir été préconisé par un médecin militaire allemand, M. le docteur R. Salzwedel, contre les phlegmons et les accidents analogues (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 434), a été, depuis lors, employé avec succès dans les affections inflammatoires aiguës de la cavité abdominale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 48). Les bons effets de ce mode de traitement dans la pratique chirurgicale ont engagé M. Kolbassenko à l'essayer également contre les angines phlegmoneuses et dans les phases initiales de la scarlatine. Notre confrère a été à même de se convaincre que les compresses imbibées d'alcool, appliquées sur le cou et recouvertes d'une toile imperméable *non fenêtrée*, exercent une influence favorable sur l'évolution de la scarlatine et font rapidement avorter les angines phlegmoneuses, sans que celles-ci aboutissent à la suppuration.

Traitement des hémorrhoïdes par des injections d'eau salée chaude.

Nous avons récemment eu l'occasion de signaler les bons effets que M. le docteur J. A. Wyeth (de New-York) obtient dans le traitement des anévrysmes cirsoïdes, des angiomes veineux et des nævi capillaires au moyen d'injections d'eau chaude (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 8). De son côté, un autre médecin américain, M. le docteur L. Lofton (de Belfield-Emporia), a, depuis environ deux ans, recours à un procédé analogue pour combattre les hémorrhoïdes, tant externes qu'internes. Notre confrère injecte, dans chaque tumeur hémorrhoïdaire, de 4 à 10 grammes de solution physiologique de chlorure de sodium très chaude, voire même bouillante. Il a traité de la sorte 17 cas et a toujours obtenu la guérison complète, sans avoir jamais eu à enregistrer le moindre phénomène fâcheux.

(1) De son côté, M. Mayer relate, dans le numéro du 3 février 1903 de la *Münchener medicinische Wochenschrift*, l'observation d'une fillette de sept ans, chez laquelle une appendicite se déclara sept jours après le début d'une angine gangreneuse à streptocoques, et qu'on fut obligé d'opérer. On trouva un appendice verdâtre, très friable, et présentant à son extrémité 4 perforations, ayant les dimensions de têtes d'épingle.

Bien que le pus recueilli dans la cavité abdominale ne renfermât que des colibacilles, l'auteur conclut à la contamination de l'appendice par des streptocoques provenant de l'amygdale et déglutis par la petite malade : il admet que ces germes furent débordés par une multiplication excessive des colibacilles intestinaux. — S. J.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les sourds inconscients.

La fréquence des affections de l'appareil de l'audition est tellement grande que von Tröltsch admettait qu'entre vingt et cinquante ans, on trouve en moyenne un sujet sur trois, qui n'entend pas normalement; et encore cet auteur ne tenait-il compte que des personnes qui se savent atteintes d'une affection auriculaire. Je compte au contraire m'occuper seulement, dans ce travail, des « sourds inconscients », c'est-à-dire des individus qui sont atteints d'une affection de l'appareil auditif sans s'en douter.

Avoir une affection de l'oreille dont on ignore l'existence peut sembler paradoxal. Pourtant, une maladie auriculaire unilatérale peut passer inaperçue, même chez des personnes instruites et de bonnes conditions sociales : l'oreille saine supplée à l'oreille atteinte, et dans les différentes occupations on n'a pas toujours besoin d'une acuité auditive très fine. La négligence conduit aussi en partie à la surdité inconsciente : des catarrhes du nez et du pharynx sont traités avec indifférence; les affections passagères de l'oreille moyenne n'inquiètent guère le patient, même quand elles se répètent à plusieurs reprises, de sorte que petit à petit il se développe une maladie chronique de l'oreille, qui demeure ignorée parce qu'elle ne gêne en rien.

Ce sont surtout les douleurs d'oreille qui conduisent chez le médecin; or, les affections les plus graves de l'oreille moyenne (catarrhes, scléroses) et les labyrinthites ne causent précisément pas de douleur, ont une marche insidieuse, et n'attirent l'attention du malade que lorsqu'il est trop tard pour y remédier.

Nos recherches personnelles sur cette question ont porté à la fois sur des adultes et sur des enfants.

I

Les adultes que j'ai examinés se trouvaient dans des conditions sociales mauvaises; c'étaient des ouvriers, des paysans, qui se présentaient à la consultation médicale de l'hôpital Coltza pour différentes affections internes; aucun ne se plaignait de souffrir de l'oreille; bien au contraire, il y en avait qui protestaient contre l'examen de leur appareil auditif.

Tout d'abord, je tiens à signaler que j'ai trouvé, à l'examen otoscopique, des anomalies du tympan chez plusieurs de ces individus, qui pourtant avaient l'ouïe normale. Ce fait a du reste été noté par Bürkner (1) qui, dans des recherches déjà anciennes, ne rencontra que 113 tympans normaux sur 432, soit 26.2 %, chez des sujets à audition normale.

Aussi, sans insister davantage sur ce point, passons au principal objet de ce travail, à savoir la fréquence des troubles auditifs méconnus, et résumons ce qui a été publié sur la question.

G. Gradenigo (2) examina 110 prisonniers (82 hommes et 28 femmes), et constata que 60 à 70 % des hommes et 45 à 55 % des femmes avaient une acuité auditive au-dessous de la moyenne, tandis que, parmi les personnes normales, cet auteur admet que 35 à 45 % seulement ont des troubles auditifs.

K. Lichtenberg (3) trouva, sur 250 employés de chemin de fer, que 92, soit 36.8 %, présentaient une affection auriculaire, les maladies les plus fréquentes étant le catarrhe chronique de l'oreille moyenne, l'otorrhée, les inflammations aiguës, la présence de bouchons de cérumen, les cicatrices du tympan et les labyrinthites. Des recherches de même genre ont été entreprises

(1) Bürkner, *in* « Handbuch der Ohrenheilkunde » de H. Schwartze. T. Ier, p. 365. Leipzig, 1892.

(2) G. Gradenigo. Das Ohr des Verbrechers. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1889, XXVIII, p. 183.)

(3) K. Lichtenberg. Ueber Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, nov. 1891, p. 293.)

par V. Saxtorph Stein (1) : 3 fois seulement, sur 38 mécaniciens et 44 chauffeurs, l'oreille était absolument normale. Dans 13.58 % des cas on découvrit de gros bouchons de cérumen. Chez 27.16 % des sujets la voix chuchotée n'était pas perçue à plus de 8 m. 50; l'épreuve fonctionnelle instrumentale révéla dans 48.33 % des cas une altération de la perception et dans 11.73 % un obstacle à la conduction du son.

Pour expliquer la fréquence des affections de l'oreille dans le personnel des chemins de fer, et surtout chez les mécaniciens et chauffeurs, il faut tenir compte des influences nocives auxquelles ces sujets sont exposés. Les transitions brusques de température, quand en pleine transpiration ils traversent des tunnels longs ou nombreux, les émanations de gaz nocifs, l'exposition aux intempéries, vent, pluie, neige, sont autant de facteurs capables de provoquer des affections des voies respiratoires supérieures, qui à leur tour favorisent le développement des maladies de l'oreille. Le labyrinthe est directement atteint par le bruit du train en marche, les signaux du sifflet à vapeur ou le vacarme causé par la vapeur s'échappant des soupapes de la locomotive.

Isatschik (2), sur un grand nombre de paysans russes, reconnut que 10.79 % d'entre eux avaient des affections de l'appareil auditif.

De toutes ces recherches, on peut conclure que les sujets examinés par ces différents auteurs n'étaient qu'en partie des sourds inconscients, car une otorrhée ne passe inaperçue que dans des cas exceptionnels, et il en est de même des affections auriculaires bilatérales, quand elles sont assez prononcées.

Le nombre des personnes sur lesquelles ont porté mes propres investigations est de 1,050, dont 444 femmes et 606 hommes, tous au-dessous de cinquante ans (3).

Le tableau suivant indique leur répartition par âge et par sexe :

	Hommes.	Femmes.	Total.	Pourcentage.
De 15 à 20 ans.	154	162	316	30.09 %
De 21 à 25 ans.	58	40	98	9.33 %
De 26 à 30 ans.	112	60	172	16.38 %
De 31 à 35 ans.	42	44	86	8.19 %
De 36 à 40 ans.	60	50	110	10.47 %
De 41 à 45 ans.	140	46	186	17.71 %
De 46 à 50 ans.	40	42	82	7.80 %

Au total, j'en ai trouvé 290 ayant des maladies d'oreille, dont le tableau suivant donne le décompte :

		Hommes.	Femmes.	Total.	Proportion %.
Bouchons de cérumen.	à droite...	28	12	40	20
	à gauche..	12	6	18	
Tympan rétracté.	à droite...	30	12	42	26 89
	à gauche..	24	12	36	
Cicatrices du tympan.	à droite...	12	8	20	11.03
	à gauche..	2	10	12	
Epaississement du tympan.	à droite...	32	16	48	28.27
	à gauche..	22	12	34	
Dépôts calcaires.	à droite...	16	2	18	9.65
	à gauche..	6	4	10	
Labyrinthites.	à droite...	6	2	8	4.13
	à gauche..	2	2	4	
Totaux............		192	98	290	

(1) V. Saxtorph Stein. Undersögelser over locomotivfunktionärers höreorganer og over signalhörelsen. (*Nord. med. Arkiv*, 1899, XXXII, 2.) — Ce travail a été communiqué peu après à la réunion de la Société néerlandaise d'oto-rhino-laryngologie, tenue à Utrecht les 10 et 11 juin 1899 (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 sept. 1899, p. 523 et *Ann. des mal. de l'oreille*, 1901, I, p. 205).

(2) Isatschik. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1895, *in* « Virchow-Hirsch Jahresbericht », 1895, II, p. 462.)

(3) Chez ces personnes, après avoir inspecté les tympans et les conduits auditifs, je ne me suis servi pour examiner l'audition, en dehors des diapasons, que de la montre; je sais que ce n'est pas là un moyen d'investigation idéal; mais je ne cherchais à apprécier que le rapport qui existe entre l'acuité auditive des deux oreilles chez le même individu.

Sur ces 290 individus, 9 seulement avaient une affection auriculaire bilatérale. Presque tous étaient des sourds inconscients, sauf 22, y compris les 9 atteints de surdité bilatérale.

Enfin, dans un troisième tableau, j'indique la distance à laquelle le tic-tac de la montre était entendu par eux (1) :

Distance maxima à laquelle la montre est entendue		Hommes.	Femmes.
par l'une des oreilles.	par l'autre oreille.		
10 centim.	1 m.	12	6
20 centim.	2 m. 50	21	12
50 centim.	80 centim.	10	6
50 centim.	2 m. 50	24	14
50 centim.	4 m.	22	12
80 centim.	3 m.	35	13
80 centim.	4 m.	25	14
1 m.	1 m. 50	21	12
1 m. 50	3 m. 70	22	9
Totaux..................		192	98

Chez 52 patients atteints d'une affection de l'appareil de transmission, à l'épreuve de Weber (diapason au vertex), le son a été localisé du côté de l'oreille malade. L'épreuve de Rinne a été négative 25 fois, dans des affections de l'oreille moyenne.

Tandis que Löwenberg (2), sur 3,000 individus à surdité unilatérale, a trouvé chez les hommes l'oreille gauche plus souvent atteinte que la droite, et l'inverse chez la femme, pour mes malades les lésions ont prédominé dans les deux sexes du côté droit. En déduisant du chiffre total de 290 sujets ayant une affection auditive les 9 cas de surdité bilatérale (5 chez l'homme, 4 chez la femme), j'arrive, en effet, aux chiffres suivants : l'oreille droite était atteinte chez l'homme dans 121 cas, chez la femme dans 50 cas; l'oreille gauche, 66 fois chez l'homme et 44 fois chez la femme. Dans le tableau qui résume la fréquence des affections, j'ai toujours indiqué, pour les cas de surdité bilatérale, l'oreille la plus malade.

II

En ce qui concerne les enfants, on ne sera pas étonné que j'aie constaté chez eux une proportion assez élevée de maladies d'oreille méconnues.

Les recherches entreprises sur ce sujet de divers côtés ont généralement porté sur des enfants de huit à douze ans, fréquentant l'école. Mais même ceux qui ont des troubles de l'audition ne sont pas tous des sourds inconscients, et les différents auteurs ne mentionnent pas si les sujets qu'ils ont examinés se rendaient compte ou non de leur affection auriculaire.

W. von Reichard (3) trouva que, sur 1,055 enfants dont l'âge variait de sept à quinze ans, 22.3 % étaient atteints de troubles de l'audition. S. Sexton (4) constata un affaiblissement de l'ouïe chez 76 écoliers sur 570. Les recherches de Weil (5), concernant 5,905 enfants, donnèrent une proportion de 32.6 % de troubles auditifs. Moure, chez 17 %, et Gellé (6), chez 22 à 25 % des élèves qu'ils examinèrent, reconnurent que l'ouïe était au-dessous de la normale. Le dernier de ces auteurs remarqua qu'avec l'âge la surdité augmente chez les éco-

(1) Le bruit de la montre est perçu par une oreille normale à 4 mètres.

(2) B. Löwenberg. Der Einfluss des Geschlechts auf überwiegendes Erkranken des rechten oder linken Ohres. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 déc. 1890, p. 1119.)

(3) W. von Reichard. Ueber die Bedeutung eines gu. ten Gehöres für die Schulbildung. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 23 juillet 1878, p. 241.)

(4) S. Sexton. Ueber Rücksichten auf Schwerhörigkeit in den Schulen. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, 1882, XI, p. 333 et 1883, XII, p. 215.)

(5) Weil. Die Resultate der Untersuchung des Ohres und des Gehöres von 5,905 Schulkindern. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, 1882, XI, p. 106.)

(6) Gellé. Conditions de l'audition dans l'école. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév. 1883, p. 47.)

liers; sa fréquence est surtout grande chez les filles, entre douze et treize ans.

Norell (1), à l'examen de l'audition de 491 enfants, nota, chez 25.5 % d'entre eux, une acuité auditive moindre qu'à l'état normal.

F. Bezold (2), se basant sur des investigations pratiquées sur 1,918 enfants, trouva que près de 26 % d'entre eux n'entendaient qu'à une distance inférieure au tiers de la distance normale; 14.5 % ne percevaient la voix chuchotée que de 4 à 8 mètres, et 11.3 % seulement entre 0 et 4 mètres. Il fournit le premier la preuve numérique que le développement intellectuel de l'individu baisse proportionnellement au degré de l'acuité auditive.

Chez 9.5 % des élèves entre huit et quatorze ans (296 garçons et 285 filles) qu'il examina, E. Schmiegelow (3) découvrit des troubles auditifs; 12 garçons et 23 filles ne pouvaient entendre la voix, à aucune des oreilles, à plus d'un mètre; dans 70 cas la surdité était due à des bouchons de cérumen; une otite moyenne purulente chronique existait dans 2.4 % des cas.

Dans les écoles de Saint-Pétersbourg, Shirmunsky (4), sur 2,221 écoliers de sept à onze ans (1,318 garçons et 903 filles), constata dans 17.42 % des cas que l'acuité auditive était affaiblie. Les lésions les plus fréquentes étaient le catarrhe chronique de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache (5.62 % des cas), des bouchons de cérumen (4.09 %), l'otorrhée (4 %), des cicatrices et atrophies du tympan (2.38 %) et des corps étrangers (0.04 % des cas).

Parmi les 281 écoliers examinés par Lunin (5), 14 % n'avaient pas l'ouïe normale. Barr (6) reconnut des troubles auditifs chez 27 % des 600 élèves qui furent soumis à ses investigations.

Nager (7) examina à la voix chuchotée 664 garçons et 722 filles des écoles de la ville de Lucerne et en compta 40.69 % qui, pour les deux oreilles, n'entendaient pas la voix chuchotée au-delà de 8 mètres; 28 enfants la percevaient, d'un côté, à une distance inférieure à 2 mètres, 80 à moins de 1 mètre et 33 au-dessous de 60 centimètres.

Richter (8) admet que chez la moitié des enfants sourds l'infirmité reste méconnue et d'eux-mêmes et de leur entourage. Ohlemann (9) s'assura que l'audition était inférieure à la normale dans 74 cas sur 356 élèves, et Smith (10) fit la même remarque chez 22 % des écoliers.

Sur les 2,400 garçons et les 2,377 filles examinés par Frankenberger (11), il y avait surdité unilatérale chez 96 garçons et 51 filles, bilatérale chez 57 garçons et 3 filles.

En ce qui concerne le développement intellectuel, le même auteur trouva, sur 861 élèves faisant des progrès rapides, 14 fois une surdité unilatérale, 9 fois une surdité bilatérale; de 1,384 enfants qui avaient de bonnes places, 43 présentaient des troubles auditifs unilatéraux, 28 des troubles bilatéraux; sur 1,461 élèves ayant

(1) NORELL. Schwerhörigkeit im schulpflichtigen Alter. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, 1884, XIII, p. 236.)

(2) F. BEZOLD. Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan. Wiesbaden, 1885.

(3) E. SCHMIEGELOW. Zur Frage der Häufigkeit von Ohrenkrankheiten unter den Schulkindern in Dänemark. (*Zeitsch. f. Schulgesundheitspflege*, 1889, III, p. 443.)

(4) SHIRMUNSKY. (*Vratch*, 1888, analysé *in Monatssch. f. Ohrenheilk.*, nov. 1889, p. 265.)

(5) LUNIN. Ergebnisse der Untersuchung des Gehörorgans schulpflichtiger Kinder. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 août 1889.)

(6) BARR. Gehörprüfungen bei Schulkindern. (*Zeitsch. f. Schulgesundheitspflege*, 1890, IV, p. 113.)

(7) NAGER. (*Jahresbericht der Luzerner Stadtschulen*, 1893, analysé *in* « Virchow-Hirsch Jahresbericht », 1893, II, p. 532.)

(8) RICHTER. Die Schwerhörigkeit im schulpflichtigen Alter. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 nov. 1893, p. 1195.)

(9) OHLEMANN. Beitrag zu Schuluntersuchungen des Gehörorganes. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1895, XXXIX, 1.)

(10) M. SMITH. Maladies de l'oreille dans l'enfance. (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1895, I, p. 375.)

(11) FRANKENBERGER. Die oberen Luftwege bei Schulkindern. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, mai 1902, p. 163.)

des notes suffisantes, 44 fois il dépista une surdité unilatérale, 32 fois une surdité bilatérale; enfin, parmi 605 élèves médiocres, 31 avaient des troubles auditifs d'un seul côté, 4 des deux côtés.

Ostmann (1), ayant examiné les élèves de 70 écoles, surtout rurales, du district de Marbourg, constata que, sur 7,537 enfants, 2,142, soit 28.4 %, entendaient la voix chuchotée à une distance de moins de 8 mètres; une bonne partie d'entre eux étaient atteints d'affections auriculaires graves.

Wilbert (2), sur 375 garçons de six ans et demi à douze ans et demi, reconnut que 103 avaient des troubles auditifs dus à des végétations adénoïdes; sur leurs 206 oreilles, la voix chuchotée n'était entendue qu'à la distance de 1 à 5 mètres 104 fois, au-dessous de 1 mètre 62 fois.

Sur 1,000 enfants examinés par Cheatle et Murray (3), 432 seulement avaient l'ouïe normale; dans la majorité des cas ces auteurs constatèrent des végétations adénoïdes.

Pendant l'année scolaire 1902-1903, j'ai examiné l'appareil auditif des élèves de 6 écoles primaires de Bucarest, au nombre de 1,038, dont 571 garçons et 467 filles : 168 garçons et 117 filles avaient de sept à huit ans, 152 garçons et 111 filles de huit à neuf, 64 garçons et 95 filles de neuf à dix, 71 garçons et 85 filles de dix à onze, 116 garçons et 59 filles de onze à treize.

L'examen de l'audition a été fait à la voix chuchotée dans les salles des classes respectives; en général, les chiffres étaient mieux entendus que les mots.

Bien que la voix chuchotée soit perçue par une oreille normale à une distance de 20 mètres environ, je n'ai eu à ma disposition que des salles de 10 mètres; de sorte que, dans le tableau suivant, où je résume les distances auxquelles les élèves entendaient, j'ai indiqué une distance maxima de 10 mètres, ce qui n'empêche que parmi ces enfants il y en avait un bon nombre, peut-être la majorité, qui entendaient à la distance normale de 20 mètres.

Distance maxima à laquelle la voix chuchotée est entendue		Garçons.	Filles.
par l'une des oreilles.	par l'autre oreille.		
10 m.	10 m.	454	409
10 m.	2 à 5 m.	20	8
10 m.	5 à 8 m.	61	30
9 ou 8 m.	6 à 8 m.	21	10
8 m.	2 m.	2	5
5 à 6 m.	4 m. 50 à 6 m.	9	3
0 m. 50 à 2 m. 50	0 m. 50 à 2 m.	4	2
Totaux		571	467

J'ai découvert des affections auditives chez 327 d'entre eux (31.50 %), soit chez 178 garçons (31.17 %) et chez 140 filles (31.90 %). Voici quelles sont les maladies que j'ai constatées :

		Garçons.	Filles.	Totaux.	Garçons %	Filles %
Bouchons de cérumen.	à droite..	14	12	51	13.48	18.12
	à gauche.	10	15			
Tympan rétracté.	à droite..	19	25	110	34.26	32.88
	à gauche.	42	24			
Tympan épaissi.	à droite..	28	21	92	29.77	26.17
	à gauche.	25	18			
Cicatrices du tympan.	à droite..	15	11	45	12.35	15.44
	à gauche.	7	12			
Perforation du tympan.	à droite..	7	6	29	10.11	7.38
	à gauche.	11	5			

(1) OSTMANN. Die Krankheiten des Gehörorgans unter den Volksschulkindern des Kreises Marburg. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1902, LIV, 1 et 2.)

(2) WILBERT. Ueber den Einfluss der Rachenmandelhyperplasie auf die körperliche und geistige Entwickelung der Kinder. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 fév. 1903, p. 101 et *Semaine Médicale*, 1903, p. 75.)

(3) CHEATLE et MURRAY. Ueber das Gehör der Schulkinder. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, janv. 1903, p. 40.)

De tous ces élèves, il n'y en avait que 12 qui se rendissent compte de leur affection ou dont les maîtres se fussent aperçu qu'ils étaient sourds. Les autres, au nombre de 315, sont donc des sourds inconscients, ce qui représente 96.33 % des écoliers porteurs d'une affection auriculaire.

On sait que les végétations adénoïdes sont assez souvent une cause de surdité dans le jeune âge.

E. Schmiegelow trouva 107 fois sur 581 enfants, soit dans 18 % des cas, une hypertrophie plus ou moins prononcée du tissu adénoïdien; chez 17 % des petits patients ayant une acuité auditive inférieure à 2 mètres, l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka était modérée; chez 25 % elle était considérable.

Sur 141 jeunes sujets avec hypertrophie de l'amygdale pharyngée, Frankenberger reconnut que 26 offraient des troubles de l'audition.

Stangenberg (1) examina 2,344 enfants à cet égard : 65 portaient des végétations adénoïdes; chez 173 l'amygdale de Luschka était hypertrophiée; 11.30 % de ces petits malades présentaient des troubles auditifs.

Lüri (2), dans ses recherches concernant 300 enfants, constata chez 27.6 % d'entre eux l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée; dans 20 % des cas l'audition était au-dessous de la normale.

Struckmann (3) nota chez 30 % des écoliers la présence de végétations adénoïdes.

Comme on le voit, la fréquence de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée varie suivant les auteurs et les pays. Cela tient entre autres au fait qu'il est difficile de fixer exactement les dimensions que doit avoir une amygdale hypertrophiée pour qu'on puisse la ranger parmi les végétations adénoïdes.

Pour ma part, à l'examen du pharynx nasal par le toucher digital, j'ai trouvé des végétations adénoïdes chez 177 garçons et 165 filles; je dois ajouter que 22 garçons et 26 filles ont refusé de se soumettre à cet examen.

Au point de vue de l'âge, 45 de ces garçons et 32 de ces filles avaient de sept à huit ans, 52 garçons et 60 filles de huit à neuf, 25 garçons et 27 filles de neuf à dix, 26 garçons et 22 filles de dix à onze, 29 garçons et 24 filles de onze à treize.

Le tableau suivant résume les résultats que j'ai obtenus, en ce qui concerne la distance à laquelle ces enfants percevaient la voix chuchotée.

Distance maxima à laquelle la voix chuchotée est entendue		Garçons.	Filles.
par l'une des oreilles.	par l'autre oreille.		
10 m.	10 m.	109	113
10 m.	2 à 5 m.	15	6
10 m.	5 à 8 m.	27	25
9 ou 8 m.	6 à 8 m.	14	12
8 m.	2 m.	2	4
5 à 6 m.	4 m. 50 à 6 m.	7	3
0 m. 50 à 2 m. 50	0 m. 50 à 2 m.	3	2
Totaux		177	165

J'ai essayé de me rendre compte de la relation qui existait entre le degré de surdité et le rang qu'occupait l'enfant parmi les élèves de sa classe. Pour ce faire, j'ai divisé les élèves en : excellents, bons, médiocres et très médiocres, au moyen des notes obtenues pendant les premiers mois de l'année scolaire.

Sur le total des élèves examinés, j'en ai trouvé 89 excellents, 251 bons, 441 médiocres et 257 très médiocres.

(1) E. STANGENBERG. Beiträge zur Kenntnis von dem Zustand des Gehörorgans, der Nase und des Schlundes unserer Schulkinder. (*Centr.-Bl. f. Laryngol.*, juillet 1895, p. 687.)

(2) LÜRI. Quantitative und qualitative Untersuchung des Gehörs bei Kindern des schulpflichtigen Alters. (*Centr.-Bl. f. Laryngol.*, fév. 1900, p. 69.)

(3) STRUCKMANN. Untersuchungen von Schulkindern. (*Centr.-Bl. f. Laryngol.*, oct. 1900, p. 489.)

Or, tandis que parmi les élèves excellents et bons, 89 seulement avaient une affection auriculaire (26.17 %), parmi les médiocres et très médiocres on en comptait 238 (34.09 %).

Les végétations adénoïdes furent rencontrées 97 fois chez les élèves excellents et bons (28.52 %), 245 fois chez les médiocres et très médiocres (35.10 %).

Je serais d'ailleurs disposé à admettre que les végétations adénoïdes sont plus fréquentes chez les écoliers que ne l'indiquent ces chiffres, car, parmi les enfants qui n'ont pas voulu accepter l'examen digital du pharynx nasal, il y avait 37 élèves médiocres et très médiocres, et 9 présentaient des troubles de l'audition.

III

Du moment que les affections auriculaires méconnues sont assez fréquentes, il faudrait trouver des moyens pour attirer l'attention des sourds inconscients sur leur maladie, afin qu'ils pussent la soigner à temps, et surtout s'efforcer d'empêcher le développement de ces affections, si c'est possible.

On peut prévenir en partie les lésions de l'oreille par une rigoureuse antisepsie des fosses nasales dans les différentes maladies infectieuses, comme la scarlatine, la rougeole, la grippe, la diphtérie, et aussi en évitant les traumatismes du tympan et du conduit auditif externe, ainsi que l'introduction de corps étrangers dans ce dernier.

Le tirage des oreilles, de même que les gifles appliquées sur le pavillon, n'est certainement pas un moyen d'améliorer l'acuité auditive. Par la condensation de l'air dans le conduit auditif externe, au moment où la paume de la main est appliquée avec violence sur le pavillon, on peut produire une rupture du tympan et même une commotion de l'oreille interne; si l'on ne touche pas à la rupture du tympan, tout se répare parfois sans laisser de trace; mais des interventions intempestives, des infections secondaires peuvent déterminer des suppurations fort désagréables.

D'autre part, l'école me paraît susceptible de rendre de très grands services dans la prophylaxie des affections de l'appareil auditif. C'est ainsi qu'en faisant l'éducation des écoliers dès la première année de leur séjour à l'école, en leur apprenant à se moucher et à se nettoyer les oreilles, on pourrait prévenir quelques-unes des maladies auriculaires.

Et ce ne serait pas là un enseignement inutile, car il y a des personnes fort éclairées qui ne savent ni se moucher ni se nettoyer les oreilles. Le moyen le plus hygiénique de se moucher est « à la paysanne », bien entendu en se servant d'un mouchoir; de la sorte, on n'obstrue qu'une seule narine, l'autre restant béante. Si l'on presse, en effet, les deux ailes du nez contre la cloison, l'effort d'expiration qui accompagne l'acte de se moucher projette une partie des matériaux infectieux des fosses nasales, à travers la trompe d'Eustache, dans la cavité du tympan.

Pour ce qui est du nettoyage du conduit auditif, on doit faire tous les quinze jours environ des lavages à l'eau bouillie tiède, à l'aide d'une seringue ou d'une poire. Immédiatement après cette irrigation du conduit, on penche la tête de côté pour faire écouler l'eau, qu'on essuie sur le pavillon, sans toucher au conduit; afin d'éviter le refroidissement consécutif, il est bon de garder la chambre pendant deux à trois heures après le lavage, ou mieux encore d'exécuter ce dernier le soir avant le coucher. MM. Lermoyez et Boulay (1) conseillent d'enrouler un peu d'ouate sur le bout d'une allumette, d'imbiber ce petit tampon de quelques gouttes d'eau de Cologne ou d'essence minérale et de frotter doucement le conduit auditif. Il faut proscrire les autres moyens, comme les différents cure-oreilles, les éponges montées sur tige d'ivoire, les coins de mouchoirs ou de serviettes introduits dans le conduit auditif.

(1) Lermoyez et Boulay. Thérapeutique des maladies de l'oreille. T. II, p. 368. Paris, 1901.

Les maîtres d'écoles devraient, de plus, songer à la possibilité d'une affection de l'oreille, chaque fois qu'ils ont affaire à un élève distrait, qu'on croit paresseux tandis qu'en réalité il n'entend pas.

Enfin, pour éviter autant que possible que les affections de l'appareil auditif passent inaperçues, il serait bon de faire examiner les oreilles des enfants, dès l'âge le plus tendre, par un médecin compétent en la matière. De même qu'on montre sa denture au dentiste sans attendre d'avoir des maux de dents, on devrait se soumettre à un examen de l'appareil auditif, même quand on n'a pas mal à l'oreille.

Les enfants avant leur admission à l'école devraient d'ailleurs être examinés au point de vue de l'acuité auditive : on rechercherait s'il n'existe pas une affection du nez ou du pharynx nasal, pouvant avoir une influence fâcheuse sur l'appareil auditif; cet examen serait répété à plusieurs mois d'intervalle.

Ces diverses mesures ne paraîtront pas superflues, si l'on songe combien la proportion des sourds inconscients est élevée dans une grande ville comme Bucarest, où l'on dispose de nombreux moyens médicaux, mis à la portée de tout le monde. Quelle ne doit-elle pas être, dès lors, dans les campagnes?

Dr Eugène Félix,
Agrégé à la Faculté de médecine de Bucarest.

MÉDECINE PRATIQUE

La valeur des solutions colorées pour la recherche des pigments biliaires dans l'urine.

Il y a quelques mois, nous avons eu l'occasion de signaler un nouveau procédé de recherche des pigments biliaires, proposé par un médecin de la Nouvelle-Zélande, M. le docteur F. A. Monckton (de Fielding) et qui consiste à traiter l'urine diluée par une solution faible de bleu de méthylène (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 387). Peu de temps après, M. le docteur F. Baudouin (de Tours), a fait connaître une autre méthode, basée sur la propriété que possède la fuchsine de donner une métachromasie avec l'urine bilieuse : en traitant celle-ci par une solution de fuchsine, on obtient une belle coloration jaune orangé, tranchant très nettement sur la couleur rouge violacé de la solution de fuchsine (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 398-399).

Les métachromasies en question pouvaient être considérées comme des réactions chimiques spécifiques, et c'est précisément dans ce sens que M. Baudouin interprétait son procédé, attribuant la coloration orangée à la combinaison de la bilirubine avec le chlorhydrate de rosaniline (fuchsine). Or, à en juger d'après les recherches instituées par M. le docteur Maurice Roch, assistant de M. le docteur Bard, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève, il s'agirait ici d'un phénomène purement physique de superposition de couleurs. En effet, M. Roch a été à même de constater qu'il n'est pas nécessaire de mélanger l'urine et le colorant pour observer le changement de coloration. Voici en quoi consiste l'expérience qui a permis à notre confrère de se rendre compte de ce phénomène : un tube à essai plein d'une solution de fuchsine ou de bleu de méthylène est plongé par sa base dans un verre contenant de l'urine; cette simple immersion suffit pour communiquer au tube une couleur orangée ou verte, qui est, du reste, d'autant plus marquée que le verre est plus large; c'est ainsi que quand on emploie un verre conique, le tube de fuchsine qui y est plongé paraît pourpre dans le bas où il touche les parois du verre de tous côtés, tandis qu'il semble franchement orangé dans le haut, où on le voit à travers une couche épaisse d'un liquide jaune.

D'autre part, M. Roch a pu se convaincre que nombre de substances colorantes sont susceptibles de donner des couleurs composées avec les pigments de l'urine : la liqueur de Fehling, par exemple, peut remplacer (pour les urines qui ne la réduisent pas) la solution de bleu de méthylène; la fuchsine acide se comporte comme la fuchsine basique, etc. Bref, des colorants *chimiquement différents*, mais de même coloration, peuvent être substitués les uns aux autres et donnent avec des urines toujours les mêmes couleurs composées. On peut également substituer les unes aux autres les urines de même teinte.

En d'autres termes, la métachromasie est fonction de l'intensité colorante de l'urine : elle est d'autant plus nette que celle-ci est plus foncée, sans qu'elle affecte pour cela le moindre rapport avec la nature des pigments. C'est ainsi qu'il suffirait de concentrer une urine normale pour qu'elle donnât une réaction aussi intense que celle que l'on obtient avec une urine chargée de bilirubine. D'autre part, une urine ictérique que l'on aura diluée de manière à lui faire prendre la teinte pâle d'une urine normale, influencera à peine la couleur du réactif.

Enfin, il résulte d'expériences entreprises par notre confrère que les métachromasies dont il s'agit, loin d'être propres à l'urine, pourraient aussi être produites avec d'autres liquides, notamment avec le réactif picro-citrique et avec des solutions de brun de Bismarck.

En présence de tous ces faits, M. Roch estime que si, en raison de leur grande intensité colorante, les urines bilieuses sont susceptibles de fournir des métachromasies avec les réactifs colorés, ces réactifs sont cependant loin de constituer des moyens sûrs pour déceler la présence de pigments biliaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1903.

A propos de la maladie de Paget considérée comme une manifestation de syphilis héréditaire tardive.

M. Fournier. — Dans une précédente séance, M. Lannelongue a soutenu, en s'appuyant sur un certain nombre de faits cliniques, que l'ostéite déformante de Paget n'était qu'une manifestation de la syphilis héréditaire se produisant à un âge avancé de la vie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 71).

Il est certain que les ostéopathies décrites sous le nom de maladie de Paget présentent tous les caractères que l'on est habitué à rencontrer dans l'hérédo-syphilis osseuse; cependant, pour que la conception de M. Lannelongue reposât sur une base indiscutable, il faudrait que, chez un malade atteint d'ostéite déformante de Paget, on eût constaté d'une façon indéniable des antécédents d'hérédo-syphilis.

A défaut d'un cas de ce genre, bien difficile, je le reconnais, à trouver, qu'il me soit permis de relater celui, moins complet, de deux frères, âgés l'un de trente-neuf ans, l'autre de cinquante-deux ans. Le premier présente une hyperostose du tibia et de la clavicule du côté droit, hyperostoses qui ont été attribuées, toutes les deux, à une syphilis héréditaire. Le second offre un type accompli de la maladie de Paget, caractérisée par une déformation très accusée des membres inférieurs, une incurvation du radius droit, etc.

Or, ces deux patients sont des sujets grêles et comme atrophiés de toute leur personne; ni chez l'un ni chez l'autre, il ne m'a été possible de découvrir le moindre stigmate d'hérédité spécifique, pas plus que le moindre antécédent de syphilis acquise.

Malgré cette lacune, je n'hésite pas, en ce qui me concerne, à rattacher à l'hérédo-syphilis les ostéopathies de ces deux sujets, mais je n'en ai

pas moins le devoir de reconnaître qu'il manque à cette observation, pour emporter la conviction, la notion indispensable de la syphilis des ascendants.

Quoi qu'il en soit, je crois que nous devons admettre aujourd'hui l'existence d'une syphilis héréditaire *tardive* évoluant dans l'âge adulte, dans l'âge mûr et même presque dans la vieillesse.

On m'objectera, il est vrai, que contre ces lésions osseuses syphilitiques tardives, le traitement spécifique reste impuissant et, par conséquent, que leur origine syphilitique est contestable. A cette objection, je répondrai que les lésions de la maladie de Paget peuvent, comme celles des autres affections parasyphilitiques, ne pas être influencées par le mercure, sans cesser pour cela d'être syphilitiques d'origine.

En terminant, je me joindrai à M. Lannelongue pour demander que le sujet frappé de syphilis héréditaire soit mis au courant de la maladie dont il est atteint. S'il s'agit d'un enfant, c'est aux parents que le médecin devra confier le diagnostic; si, au contraire, on a affaire à un sujet en âge de raison, on l'avertira qu'il a la syphilis, mais en s'abstenant de lui dire qu'il la tient de ses parents.

M. Robin. — S'il n'y a pas de grandes différences au point de vue clinique entre les altérations osseuses de l'hérédo-syphilis et celles de la maladie de Paget, il n'en est pas de même au point de vue chimique.

Les os des syphilitiques, en effet, contiennent toujours une quantité d'eau beaucoup plus considérable que les os des sujets atteints de la maladie de Paget. Par contre, la teneur des os en matières minérales est la même dans ces deux affections, mais où l'on constate une différence considérable, c'est du côté des matières grasses: tandis que ces substances se trouvent toujours en très faible quantité dans les os des syphilitiques, elles sont au contraire très abondantes dans les os des individus atteints de la maladie de Paget.

Hérédité du rachitisme.

M. Galippe lit, en son nom et au nom de M. Mayet, une note dans laquelle il démontre, en s'appuyant sur un certain nombre de faits cliniques, que si les anomalies maxillo-dentaires sont très fréquentes chez les rachitiques, elles n'offrent aucun caractère qui soit propre à ces malades.

La transmission de ces anomalies est soumise aux lois qui régissent l'hérédité morbide : elle peut être homo ou hétéro-typique. On comprend ainsi que des parents rachitiques puissent transmettre d'autres tares que celles qu'ils possèdent et que leurs enfants soient aptes à leur tour à engendrer des rachitiques, alors qu'ils ne l'étaient pas eux-mêmes.

Il résulte de ces constatations que le rachitisme doit être considéré comme une maladie de dégénérescence.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 23 et 30 mars 1903.

Les défenses de l'organisme chez les nouveau-nés.

MM. Charrin et **Delamare.** — Chez les nouveau-nés, de préférence chez les rejetons de générateurs malades, la fréquence et la gravité de certains processus morbides sont incontestables. Pour expliquer ces faits, on invoque des motifs un peu vagues (délicatesse des tissus, défaut d'accoutumance aux milieux ambiants, etc., etc.); nous avons dégagé des causes précises.

La contagion, à coup sûr, joue un rôle, mais elle est moins commune qu'à la période des jeux, de l'école, de la caserne; d'autre part, l'influence atténuante des éléments protecteurs extérieurs (lumière, chaleur, oxygène, etc.) s'exerce indifféremment aux divers âges. En revanche, l'examen des défenses, surtout au niveau des portes d'entrée, révèle d'importantes défectuosités.

La fonction sudorale, avant le quinzième jour et spécialement chez les athrepsiques, est rudimentaire. Or, par sa réaction, sa composition, son écoulement, la sueur constitue une défense à la fois chimique et mécanique; son insuffisance explique en partie pourquoi on observe si souvent des infections cutanées, dont M. Weill a montré l'origine externe. Il est, en outre, probable qu'en troublant la thermogenèse liée à l'évaporation et à la vasomotricité périphériques, l'imperfection de cette sécrétion intervient également dans la genèse des prédispositions générales.

Plus fréquemment encore que par la peau, les bactéries pénètrent par les voies digestives ou respiratoires. Pendant le premier mois les désordres intestinaux sont communs; à cet égard, nous avons même obtenu d'encourageants résultats grâce à l'alimentation extra-buccale à l'aide des matières minérales, des sucres, des graisses, des peptones; la vigueur des tissus jeunes, sous l'influence du repos et de la cessation des irritations d'un fonctionnement quotidien, tend à la réparation. Or, à la surface du conduit alimentaire, le mucus protège l'économie chimiquement et physiquement; il forme un revêtement microbicide. Malheureusement, apprécié par les procédés de la chimie et de l'histologie, ce produit, chez le nourrisson, est moins abondant que plus tard. En dehors des gastro-entérites capables de modifier localisations ou proportions, il fait avant tout défaut, comme nous l'avons reconnu avec M. Guillemonat, dans la dernière portion de l'iléon, là où les principes alimentaires transformés ne doivent plus être retenus dans le canal. A la vérité, nous n'avons pas observé cette répartition régulièrement discontinue signalée par M. Disse; néanmoins, sur plus d'un point, durant les premières semaines, ce mucus se borne à tapisser le sommet et les parties latérales des villosités, sans descendre aussi profondément que chez l'adulte, jusqu'aux bases. Cette distribution, jointe à cette insuffisance quantitative, fait comprendre pourquoi des substances, telles que l'iodure de potassium ou les sécrétions toxiques des microbes, etc., emprisonnées dans des anses intestinales fermées aux deux bouts, quand on a recueilli ces anses chez un tout jeune sujet, s'en échappent et gagnent plus promptement les milieux sous-jacents. Cette sortie est même facilitée par le développement précoce des organes d'absorption (villosités, valvules conniventes, réseau capillaire). Par contre, la musculeuse, qui en expulsant un contenu nuisible concourt à la protection, est plutôt moins épaisse. Ajoutons qu'il n'est pas très exceptionnel de voir des nourrissons dormir la bouche entr'ouverte; l'air arrive ainsi aux alvéoles plus sec, plus froid, sans que le mucus germicide des fosses nasales ait retenu ses microbes.

Sur ces surfaces de revêtement on découvre encore d'autres défectuosités. C'est ainsi qu'à la naissance, comparativement à ce qu'on enregistre plus tard, il n'est pas rare de constater la plus faible abondance et la moindre complexité des diastases qui, à l'exemple de la trypsine, atténuent les poisons bactériens et dont quelques-unes existent chez le fœtus. Ce déficit relatif est évidemment dû au développement quelque peu incomplet de certaines glandes ou encore au régime du lait, car, étant donné que l'aliment fait le ferment, cet unique produit, du reste aisé à digérer, ne provoque pas la formation de principes diastasiques bien variés.

Ainsi, chez les nouveau-nés, les portes d'entrée sont mal gardées; au-delà, dans les tissus profonds, de préférence chez les fils ou filles de femmes malades, il n'est pas inouï de déceler également des conditions favorables à l'évolution des éléments morbifiques.

Nous avons établi que ces rejetons d'ascendants tarés, eux-mêmes débiles, laissent perdre par l'intestin dix fois plus de substances protéiques que les sujets sains; d'un autre côté, chez eux, les rapports de l'azote de l'urée à l'azote total et du carbone à l'azote sont plus éloignés de l'unité; en outre, le kilogramme de matière vivante, au lieu d'être desservi, comme à l'état normal, par 6 décim. q., correspond à 7 ou 8, proportions supérieures qui hâtent le rayonnement. Mais, pour maintenir la vie dans les limites voulues, les tissus sont obligés d'engendrer de la chaleur, et comme, chez ces nourrissons débiles, cette chaleur plus aisément perdue est produite avec un combustible qui, en raison du manque d'appétit, des pertes intestinales et des vices de la nutrition, est moins abondant et moins bien utilisé, le surmenage cellulaire apparaît à titre d'inéluctable conséquence. Aussi, en dépit des efforts, observe-t-on l'hypothermie, puis, par suite de ce surmenage, l'abaissement de l'alcalinité humorale, souvent parallèle à l'action bactéricide, et l'accroissement des poisons organiques mis en évidence par une toxicité urinaire moins faible. Or, nul n'ignore que, parmi les causes aptes à hâter, grâce à un changement de milieu, l'évolution d'un germe atténué, figurent précisément ce surmenage, cette hypothermie, cette diminution de l'alcalinité et cette augmentation de l'auto-intoxication, modifications qui, aux mots si vagues de variations du terrain, substituent des états précis, définis, connus au point de vue de leur mécanisme, partant susceptibles d'être améliorés. Dans notre service, l'influence de ces états est, d'ailleurs, manifeste, attendu qu'en vertu des tares des mères, les rejetons de ces malades sont confiés à des nourrices qui élèvent aussi leurs propres enfants; prenant le même lait, respirant dans le même milieu, ces derniers constituent dès lors des sortes de témoins. Or, sauf exception, autant ces rejetons de malades sont communément victimes de différentes affections, autant les enfants des nourrices demeurent indemnes : les éléments d'une contagion directe et extérieure étant pour les uns et les autres identiques, on est contraint d'invoquer ces états éminemment prédisposants.

Ainsi, chez les nouveau-nés, soit au niveau des portes d'entrée, soit pour nombre d'entre eux dans les viscères, les conditions de la résistance aux agents pathogènes à plusieurs égards sont défectueuses; il n'est donc pas surprenant, à cet âge, de constater, relativement à une série de processus morbides, un certain degré de fréquence et de gravité.

Sur le siège et la nature des images hypnagogiques.

M. Y. Delage. — On a discuté longtemps pour savoir si les images hypnagogiques étaient d'origine cérébrale ou rétinienne. J'ai pu me convaincre que c'est dans la rétine qu'elles siègent, car elles suivent les mouvements des globes oculaires. En réalité, ce sont cependant des images mixtes : elles ont pour substratum une lueur entoptique à laquelle elles sont liées, mais à laquelle se superpose une image cérébrale.

En résumé, la succession des phénomènes me paraît être la suivante : des images mentales se forment, déterminées par une cause quelconque, et occupant l'écorce cérébrale; d'autre part, les lueurs entoptiques nées sur la rétine donnent des images qui se présentent comme des ensembles indéfiniment variés de taches colorées passant devant les yeux; ces deux sortes d'images se superposent et, lorsqu'il arrive qu'une de celles de la première catégorie offre avec une image de la seconde une ressemblance fortuite suffisante, elles s'accrochent l'une à l'autre instantanément et forment une image mixte, intense, solide, qui doit à sa portion cérébrale sa ressemblance étroite avec l'objet imaginaire ou réel qu'elle représente, et à sa portion rétinienne son extériorisation.

Sur la psychophysiologie du sommeil.

MM. N. Vaschide et **Cl. Vurpas** adressent une note dans laquelle ils s'efforcent d'établir que le sommeil commence, dans une première phase, par un état de distraction qui provoque des absences, s'accompagnant d'hallucinations hypnagogiques de plus en plus nombreuses et disparates; immédiatement après, cet état de distraction se traduit par un trouble moteur très délicat, consistant en absence de parallélisme dans le regard et en déviation des mouvements conjugués des yeux; enfin, dans une dernière phase, indice du sommeil ou de l'imminence du sommeil, les vasomoteurs semblent se conformer à des lois différentes de celles auxquelles ils obéissent à l'état vigile.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars 1903.

Suture de l'artère iliaque externe.

M. Delbet. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Wiart. Il s'agit

d'un cas de plaie de l'artère iliaque externe, survenue au cours d'une cure radicale de hernie inguinale, et pour laquelle notre confrère fut appelé d'urgence. Ayant enlevé le tamponnement au moyen duquel on avait arrêté provisoirement l'hémorrhagie, M. Wiart trouva sur l'iliaque externe une plaie longue de 5 millimètres environ; il put obtenir une hémostase parfaite en faisant une suture à points perforants, après avoir placé deux pinces de Kocher caoutchoutées, l'une au-dessus et l'autre audessous de la lésion. Huit mois plus tard, il constata la perméabilité de l'artère à l'arcade fémorale, mais les battements n'existaient plus au niveau de la bifurcation du vaisseau. Je me demande si ce ne sont pas les points perforants qui ont pu déterminer une thrombose ayant été le point de départ de l'oblitération à distance. Aussi je persiste à penser qu'il faut éviter les points perforants dans les sutures de ce genre.

M. Ricard. — Il n'est pas toujours possible de faire des points qui ne soient pas perforants; ceux-ci d'ailleurs ne donnent pas forcément lieu à une hémorrhagie.

Pour ce qui est des blessures de l'iliaque externe, il m'est arrivé, au cours d'une opération pour salpingite, de léser cette artère avec une pince à griffes; pendant que je me préparais à faire une suture du vaisseau blessé, l'hémostase se produisit spontanément.

M. Lejars. — Je crois, comme M. Ricard, qu'on est souvent forcé de faire des points perforants, pour réaliser une réunion artérielle suffisante; or, ces points perforants ne sont pas sans inconvénients, et, devant cette difficulté technique, je pense qu'il vaudrait mieux, dans un certain nombre de cas, renoncer à la suture et lier l'artère.

M. Delbet. — Le danger des points perforants me paraît tel que je me demande si, pour la plupart des artères, la ligature ne doit pas être préférée à la suture.

M. Bazy. — Il m'est arrivé, en enlevant des ganglions de la fosse iliaque, de sectionner des branches de l'iliaque externe presque au ras du vaisseau. J'ai d'abord placé des pinces sur ces branches, puis j'ai dû les remplacer par des ligatures latérales de l'iliaque externe, à la suite desquelles j'ai constaté la cessation des battements de l'artère, sans qu'il fût survenu d'ailleurs le moindre inconvénient au point de vue de la circulation du membre.

Des microorganismes de l'air.

M. Tuffier. — Depuis longtemps, j'ai pu me convaincre que l'humidité de l'atmosphère des salles d'opération diminuait beaucoup la poussière et par suite le nombre des germes qui peuvent être déplacés. Aussi ai-je recours d'habitude aux pulvérisations de vapeur d'eau; j'ai essayé également les pulvérisations d'eau oxygénée, et les résultats m'ont paru très satisfaisants.

M. Quénu. — Dans la discussion qui a suivi ma communication sur ce sujet, on m'a reproché d'avoir exagéré l'importance de l'influence des microbes de l'air sur l'évolution des plaies. Je crois, au contraire, qu'il est facile, le plus souvent, d'annihiler l'action de ces microbes dans les salles d'opération par l'aération et l'ensoleillement, en supprimant les poussières, en limitant le nombre des assistants, enfin en ayant recours aux pulvérisations dont j'ai préconisé l'emploi. Il ne faut cependant pas tenir pour négligeable le rôle des microorganismes de l'air, et s'en rapporter uniquement à la phagocytose pour la destruction des germes qui peuvent être entraînés jusqu'au contact des plaies; le pouvoir phagocytaire varie, en effet, suivant les sujets, et il est des cas où il peut être très affaibli. Aussi ne saurait-on prendre trop de précautions pour réaliser, autant que possible, la stérilisation de l'air des salles d'opération.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars 1903.

Pachyméningite hémorrhagique avec chromodiagnostic.

M. Froin communique, au nom de M. Chauffard et au sien, l'observation d'une femme de cinquante ans qui fut apportée à l'hôpital dans le coma et qui succomba au bout de onze jours sans avoir repris connaissance. Quatre jours avant la mort, la température était brusquement montée de 36°5 à 41°5. Une ponction lombaire pratiquée au huitième jour de la maladie avait donné issue à un liquide ambré, contenant un peu d'hémoglobine et présentant une légère lymphocytose. Deux jours plus tard on retira, au contraire, un liquide limpide, ne renfermant plus d'hémoglobine et dont la teneur en lymphocytes était à peu près normale.

A l'autopsie on trouva, comme avait permis de le supposer le premier examen du liquide céphalo-rachidien, une pachyméningite hémorrhagique, avec caillots sous-dure-mériens comprimant toute la face externe de l'hémisphère gauche. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde n'était le siège d'aucune altération.

La brusque élévation de température observée durant les derniers jours de la vie serait attribuable, d'après l'orateur, à une excitation des centres thermiques situés au voisinage du foyer hémorrhagique, plutôt qu'à des fermentations microbiennes dont l'action eût été moins éphémère.

Séparation des urines dans un cas d'infarctus rénal.

M. Achard montre, en son nom et au nom de M. Grenet, un rein atteint d'un infarctus très étendu. Cette lésion, qui a été observée chez un cardiaque, s'était annoncée par une violente douleur simulant une colique néphrétique. La séparation intravésicale des urines avait permis de constater que le rein malade sécrétait cinq fois moins d'urine que l'autre; néanmoins, la teneur en urée était à peu près la même dans l'urine de chaque rein. Ce phénomène est dû, d'après l'orateur, à ce que l'infarctus se borne à supprimer la sécrétion d'une quantité plus ou moins grande de parenchyme rénal, sans altérer, comme le font les processus diffus et progressifs, les propriétés sécrétantes des autres parties qui continuent à fonctionner. Lorsque ces lésions diffuses et progressives sont très inégalement réparties d'un rein à l'autre, les urines recueillies de chaque côté peuvent avoir une composition assez différente.

M. Guillemot présente, au nom de M. Méry et au sien, deux enfants atteints d'ostéo-arthropathies hérédo-syphilitiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 mars 1903.

De l'influence de l'hypochloruration sur l'action thérapeutique des bromures.

M. Féré fait remarquer, à propos de la question de l'hypochloruration soulevée au cours de la dernière séance, que si la suppression du sel surajouté aux aliments augmente la toxicité des bromures, il n'est pas démontré qu'elle favorise l'action thérapeutique de ces médicaments dans l'épilepsie.

Jusqu'à présent les observations ne sont pas assez prolongées pour qu'on puisse décider s'il est plus avantageux de prendre moins de bromures dont la toxicité est augmentée, ou plus de bromures dont la toxicité est diminuée. C'est à sa durée qu'on juge l'effet d'un traitement qui doit souvent être poursuivi plusieurs années. Or, l'hypochloruration est un obstacle à la continuité du traitement, principalement chez les épileptiques « utilisables », qui vivent de la vie commune.

Lésions des centres nerveux chez les nouveau-nés.

M. Couvelaire. — Sur 51 autopsies de nouveau-nés, l'examen des centres nerveux m'a permis de constater 6 fois des hémorrhagies intramédullaires et 5 fois des hémorrhagies intracérébrales. Ces dernières lésions ont toujours été rencontrées chez des enfants pesant moins de 2 kilos, c'est-à-dire nés prématurément. Les hémorrhagies de la moelle, au contraire, ont été observées chez des enfants pesant plus de 3 kilos, venus au monde à la suite de dystocie; elles occupent surtout la région cervicale ou la région dorsale supérieure, et sont d'ordinaire distribuées symétriquement dans les cornes antérieures et postérieures.

M. Charrin. — Ces constatations anatomopathologiques complètent les recherches que j'ai communiquées ici même avec M. Léri, et à la suite desquelles nous avons admis que les désordres maternels expliquaient en partie, en dehors par exemple du traumatisme, les extravasations sanguines enregistrées chez les nouveau-nés. L'absence de ces lésions dans les moelles de rejetons issus de femmes normales tend à justifier cette conception.

Formule hémo-leucocytaire dans l'accouchement et les suites de couches.

MM. Rouslacroix et **Benoit** (de Marseille) adressent une note de laquelle il résulte que la formule leucocytaire du sang des femmes gravides, en travail, ou nouvellement accouchées, est une polynucléose neutrophile. Cette polynucléose est plus marquée chez les primipares que chez les multipares. Le retour à la formule normale se fait par augmentation progressive du taux des mononucléaires et des éosinophiles.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 18 mars 1903.

Transmission de la tuberculose humaine à un veau.

M. Westenhöffer relate une expérience qu'il a faite au sujet de la transmissibilité de la tuberculose humaine aux bovidés. Il a inoculé sous la peau d'un veau de trois ou quatre semaines, ne réagissant pas à la tuberculine, des matières infectieuses recueillies à l'autopsie d'une fillette de quatre ans, morte d'une tuberculose intestinale et ganglionnaire étendue. Au bout de quatorze jours il se forma au point d'inoculation un abcès qui, à la vérité, ne renfermait pas de bacilles de Koch, mais seulement des streptocoques et des formes colibacillaires. L'animal, chez lequel apparut ultérieurement un bubon inguinal, ne semblait nullement malade et augmentait régulièrement de poids; seulement une injection de tuberculine détermina une élévation de température qui dura quarante-huit heures. Ce veau fut sacrifié au bout de quatre mois environ; on reconnut à l'autopsie des nodules typiques de pommelière avec tendance à la calcification et à la caséification; les préparations par frottis renfermaient des bacilles tuberculeux.

Ce fait démontre, pour l'orateur, l'identité de la tuberculose humaine et de celle des bovidés; ces deux affections ne diffèrent que par leur localisation.

M. Max Wolff déclare avoir trouvé chez un veau, quatre-vingt-trois jours après une inoculation de bacilles provenant de l'intestin et de la rate d'un cadavre humain, une pommelière parfaitement caractérisée; cet animal qui auparavant ne réagissait pas à l'injection de tuberculine était devenu sensible à cette épreuve. Un autre veau aurait été infecté par l'orateur au moyen d'expectoration humaine.

M. Westenhöffer s'étonne de la rapidité du développement de la pommelière dans l'expérience relatée par M. Wolff.

Sur la maladie de Barlow.

M. Cassel, à propos de la communication de M. Heubner sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 97), dit avoir observé 22 cas de maladie de Barlow chez des enfants âgés de cinq à vingt et un mois, dont aucun n'était élevé au sein ou avec du lait simplement cuit; la plupart de ces petits malades appartenaient à des familles aisées.

M. Hauser déclare avoir constaté 20 cas de la même affection chez des enfants nourris au lait stérilisé. Il fait remarquer qu'il est peu vraisemblable que la maladie de Barlow, si fréquente depuis une dizaine d'années, ait été méconnue antérieurement par les cliniciens; aussi croit-il qu'en réalité elle n'a apparu qu'avec la diffusion des appareils à stériliser le lait; il est

curieux, en effet, qu'elle ne s'observe pas dans les familles pauvres, qui n'ont pas les moyens d'acheter un appareil de ce genre. L'orateur est d'avis que le lait acquiert, par la stérilisation, des propriétés toxiques, sans compter qu'il devient ainsi un milieu de culture plus favorable, pour le colibacille et les autres microbes, que le lait cru. La maladie de Barlow, pour M. Hauser, est due à une action toxique; elle se range parmi les diathèses hémorrhagiques, tout près du scorbut.

M. Ritter a pu établir expérimentalement que de jeunes animaux, qui supportent des injections de lait cru, périssent à la suite d'injections de lait stérilisé. Il a observé 32 cas de maladie de Barlow chez des enfants de six mois à un an, tous élevés avec du lait longuement stérilisé.

M. Finkelstein a recueilli, depuis dix-huit mois, 13 observations de la même affection, dont 7 concernent des nourrissons recevant du lait pasteurisé; de même il en a observé 4 cas au *Säuglingsasyl*, où le lait est chauffé cinq minutes seulement. Il a pu s'assurer que l'administration de suc de fruit, de jus de viande, etc., etc., est inefficace tant que l'on continue l'emploi du lait stérilisé.

M. Max Schultze a remarqué que la maladie de Barlow, qui au début ne frappait que les enfants nourris au lait stérilisé, atteint aussi maintenant ceux qui reçoivent du lait pasteurisé.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 23 mars 1903.

Rhumatisme articulaire chronique traité avec succès par le sérum antistreptococcique.

M. Menzer relate l'observation d'une femme de vingt-sept ans, qui présenta au mois d'octobre 1900 une poussée de rhumatisme au cou-de-pied droit; malgré divers traitements, cette affection persista sans changement pendant près d'un an, puis, au mois de septembre 1901, l'arthrite s'étendit à la plupart des jointures. Tous les remèdes indiqués en pareil cas étant demeurés sans effet, ainsi que les bains de lumière, les bains de vapeur, etc., on se décida, au mois de mai 1902, à essayer de la sérothérapie antistreptococcique : une première injection de 10 c.c. de sérum d'Aronson n'eut aucun résultat; quinze jours plus tard, on injecta 30 à 40 c.c. de sérum de Menzer, qui détermina une réaction violente, reproduisant le tableau de l'attaque de rhumatisme aigu; au bout de quatre semaines, cette femme, jusque-là impotente, pouvait se lever et marcher. Une nouvelle injection de 30 c.c. du même sérum fut pratiquée trois mois après environ, puis, comme certaines jointures étaient encore un peu raides, on injecta directement dans la cavité articulaire 1 c.c. de sérum, ce qui provoqua de vives douleurs mais rendit aux articulations toute leur mobilité.

L'orateur déclare en terminant qu'on ne doit pas employer son sérum, dans les cas où il paraît indiqué, sans s'être préalablement assuré que l'organisme est à même de supporter la réaction très vive qu'il détermine.

Bronchectasie avec bacilles pseudo-tuberculeux.

M. Milchner communique les résultats de l'autopsie d'un malade offrant une affection qui avait tous les dehors de la tuberculose pulmonaire, mais avec expectoration ne renfermant que des bacilles pseudo-tuberculeux, et dont M. Lichtenstein a relaté l'observation il y a un peu plus d'un an (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 85). Cet homme a fini par succomber à une dégénération graisseuse du cœur et des vaisseaux, et la nécropsie a révélé, en l'absence de toute lésion tuberculeuse, des dilatations bronchiques étendues, avec caverne bronchectasique à la base gauche.

Les bacilles isolés de ces lésions, de par leurs réactions colorantes, doivent être considérés comme des bacilles pseudo-tuberculeux de la variété « bacilles du foin » (*Heubacillen*). L'infection de cet homme pourrait s'expliquer par ce fait qu'il habitait tout proche d'écuries.

M. A. Fränkel rappelle qu'il a été le premier à signaler la présence de bacilles pseudo-tuberculeux dans la bronchectasie. Il a trouvé les mêmes microbes dans un cas de gangrène pulmonaire, où l'autopsie fit découvrir, il est vrai, à côté des lésions gangreneuses, des altérations tuberculeuses; l'orateur pense néanmoins, en se basant surtout sur les résultats des inoculations aux animaux, que, dans ce cas, les bacilles isolés de l'expectoration et des foyers gangreneux étaient des bacilles pseudo-tuberculeux.

Dr Villaret.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Chicago, le 8 mars 1903.

La fièvre typhoïde aux Etats-Unis.

Déjà, dans une correspondance antérieure, je signalais la fréquence considérable de la fièvre typhoïde aux Etats-Unis (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 15). Je jugeais alors d'après ce que j'avais vu à Boston, à Philadelphie et à Baltimore, et je puis ajouter maintenant qu'à New-York il en est à peu près comme dans ces trois villes. J'étais curieux de savoir quelle situation je trouverais en quittant la côte de l'océan Atlantique et en m'acheminant vers l'intérieur du continent. Eh bien, je dois dire que les conditions hygiéniques y sont bien plus déplorables encore que dans l'est américain : dans les hôpitaux de Buffalo, de Cleveland, de Chicago, ce ne sont plus seulement des rangées de lits qui sont occupées par des typhoïdiques, ce sont des salles entières, des services entiers qui leur sont consacrés. Encore faut-il tenir compte que j'ai visité Buffalo, Cleveland et Chicago en février et en mars, c'est-à-dire à l'époque de l'année où les cas de fièvre typhoïde sont moins nombreux, alors que j'étais à Boston et à Philadelphie au moment même de la recrudescence automnale qui marque chaque année le *fastigium* de l'épidémie (1).

Pour qui sait avec quel soin extrême l'Anglo-Saxon installe et surveille, dans son habitation, tout ce qui est du ressort du plombier (ce qu'il appelle le *plumbing*) — comme d'ailleurs, d'une façon générale, tout ce qui touche à l'hygiène —, cette grande fréquence de la fièvre typhoïde est une constatation qui est faite pour surprendre. Aussi m'a-t-il semblé intéressant de rechercher quelle pouvait être l'origine d'une morbidité aussi excessive. Je consigne, dans les lignes qui vont suivre, les remarques que j'ai faites à cet égard et les renseignements qui m'ont été fournis par différents confrères américains.

Et d'abord, il semble évident que la nature de l'eau de boisson joue le plus grand rôle en matière de fréquence de la fièvre typhoïde. C'est là une considération qui s'impose non seulement quand on établit un parallèle entre l'état des choses en Amérique et celui qui règne dans les principales villes européennes, mais aussi lorsqu'on compare les villes américaines entre elles.

On peut, en effet, au point de vue particulier qui nous occupe, diviser les agglomérations urbaines des Etats-Unis en deux groupes (je n'envisage actuellement que les villes américaines que je viens de mentionner; ce sont les seules que j'aie visitées jusqu'ici et dont je connaisse la situation *de visu*) : le premier comprend les villes qui s'échelonnent le long de la côte de l'Océan — Boston, New-York, Philadelphie, Baltimore —; le second, les villes riveraines de grands lacs, à savoir Buffalo, Cleveland, Chicago.

Les premières tirent leur eau de boisson des cours d'eau sur lesquels elles sont situées, et on conçoit aisément que cette eau soit souillée du fait des habitations situées en amont. Les villes classées dans le second groupe, au contraire, s'alimentent, pour leur eau de boisson, dans les grands lacs sur les bords desquels elles sont bâties. Il semble que ce soit là un procédé infiniment supérieur au précédent, car ces lacs sont, en réalité, de par leurs dimensions, de véritables petites mers intérieures : le lac Michigan, par exemple, sur les rives duquel se trouve Chicago, mesure 580 kilomètres de long sur 175 kilomètres de large, et sa profondeur atteint 275 mètres. Il est donc vraisemblable qu'en s'éloignant suffisamment du rivage, on trouverait de l'eau de boisson que l'on pût en pratique considérer comme pure, car il est difficile d'admettre que la navigation de ces lacs, si active qu'on la suppose, soit capable de contaminer d'une façon appréciable cette immense quantité d'eau.

Le fait est que les différentes prises d'eau que Chicago a successivement établies sur le lac Michigan, après avoir été primitivement placées à 1,500 mètres de la rive, ont progressivement été repoussées jusqu'à près de 7 kilomètres. Cette distance eût probablement été suffisante si le lac, outre qu'il approvisionne la ville en eau potable, n'était en même temps le déversoir des eaux ménagères. On a eu beau, par des travaux qui font honneur à ceux qui ont su les mener à bien, renverser le cours de la petite rivière de Chicago, qui a donné son nom à la ville qu'elle traverse — véritable Bièvre américaine qui n'est guère qu'un égout à ciel ouvert —, de telle sorte que le lac s'y écoule actuellement au lieu de la recevoir, d'autres égouts n'en subsistent pas moins qui vont se vider dans le lac. Or, il arrive que lorsque certains vents règnent, l'eau de ces égouts est chassée dans les prises d'eau qui alimentent la ville, et aussitôt les conduites municipales se remplissent d'eau d'égout. Comme ces vents règnent en moyenne un jour sur six, on peut dire que l'eau fournie pour la consommation aux 2 millions d'habitants de Chicago est purement et simplement de l'eau d'égout au moins un jour par semaine.

Cela étant, il est de règle que l'on prélève quotidiennement des échantillons aux différentes prises d'eau dans le lac et qu'on les soumette à des analyses bactérioscopiques immédiates. Etant donné le délai nécessaire à l'eau pour arriver de la prise jusqu'au robinet du consommateur, on a le temps de prévenir la population de la nécessité de faire bouillir et de filtrer l'eau qui lui est fournie. Telle est du moins la théorie; mais, en pratique, on peut se demander si la répétition si fréquente du fait n'est pas de nature à provoquer, au sein de la population, une indifférence consécutive à une sorte d'accoutumance au danger. M. le docteur W. K. Jaques, qui est chargé, à l'hôtel de ville de Chicago, de la direction du service de surveillance des eaux, et qui a bien voulu me montrer le fonctionnement de ce service, n'est, je crois, pas très convaincu lui-même de l'efficacité des avis périodiques qu'il est obligé de faire publier. D'ailleurs, il est difficile d'imaginer que les germes pathogènes disparaissent des conduites d'eau aussitôt que l'eau d'égout n'y pénètre plus : il est légitime de penser que l'eau reste polluée encore pendant plusieurs jours et l'on peut craindre qu'elle ne soit jamais entièrement pure, comme elle devrait l'être.

Après avoir pris Chicago comme exemple, il ne me paraît guère utile d'entrer dans des détails au sujet de Buffalo, de Cleveland ou d'autres villes situées sur les lacs. Les conditions y sont essentiellement les mêmes : ce sont également les égouts qui y contaminent les lacs dans lesquels ces villes s'alimentent en eau de boisson.

Cela étant, le problème qui se posait était de savoir s'il était possible d'empêcher la pollution des eaux ou s'il valait mieux procéder à leur purification (1). C'est la seconde solution qu'ont adoptée toutes les villes américaines qui ont fait des tentatives dans cet ordre d'idées. Boston a construit d'immenses filtres de sable par lesquels passe l'eau avant d'être livrée à la consommation; Philadelphie est en train d'en faire autant; la ville d'Albany, située sur le Hudson en amont de New-York, a vu sa mortalité par la fièvre typhoïde descendre très bas depuis que l'eau potable y est filtrée à travers des bancs de sable avant de passer dans les conduites municipales.

La fièvre typhoïde étant très fréquente aux Etats-Unis, comme je viens de le montrer, on

(1) Aux Etats-Unis, comme à Paris, la courbe qui traduit la fréquence de la fièvre typhoïde atteint son maximum à l'automne, en septembre et en octobre.

(1) Des travaux d'adduction d'eau potable analogues à ceux que l'on a exécutés pour Paris ne seraient pas praticables en Amérique, en raison des conditions géographiques du pays.

pourrait supposer que le traitement de cette maladie y constitue une question d'actualité. Il s'en faut cependant que ce sujet soit à l'ordre du jour et excite le même intérêt que l'appendicite ou les affections de la vésicule biliaire. C'est même un de ceux qui sont le moins discutés pour le moment de ce côté-ci de l'Atlantique; en général, on s'entend sur le point fondamental, à savoir la nécessité du traitement hydrothérapique; quant à la façon dont celui-ci est appliqué, elle diffère quelquefois d'un médecin à l'autre, mais surtout d'un hôpital à l'autre. J'ai même constaté ici, en matière d'hydrothérapie de la fièvre typhoïde, plus de variété que dans aucun des autres pays que j'ai antérieurement visités.

Habitué à voir traiter en Europe les dothiénentériques par des bains à une température de 18° à 32°, je n'avais pas été peu surpris de remarquer, lors de mon passage à Londres l'année dernière, que le bain n'était pas d'un usage courant dans cette ville pour le traitement de la fièvre typhoïde. D'après mes observations personnelles, ainsi que d'après les renseignements que voulut bien me fournir M. le docteur Lees, médecin du *St. Mary's Hospital* et du *Great Ormond Street Hospital* de Londres, le bain n'est employé que dans un des douze grands hôpitaux londoniens, à savoir au *Middlesex Hospital*. Dans les autres établissements hospitaliers, on le remplace par des lotions froides, que l'on juge plus faciles à pratiquer et tout aussi efficaces.

J'ai retrouvé à Boston une idée analogue : là aussi on considère le bain comme peu commode. Aussi, dans les cas légers, lui substitue-t-on les lotions froides répétées toutes les trois ou quatre heures. Dans les cas moyens ou graves, on a recours à un procédé qui m'a paru assez original pour mériter d'être rapporté ici avec quelques détails, tel que je l'ai vu appliquer dans le service de M. le docteur H. Arnold, médecin du *Boston City Hospital*. Après avoir complètement dévêtu le malade, on l'enveloppe dans de la gaze préalablement trempée dans de l'eau très chaude, à une température supérieure à celle du corps, soit environ 40° C. Le patient étant étendu sur son lit avec son enveloppement humide, un infirmier est chargé de provoquer un courant d'air à l'aide d'un éventail qu'il agite au voisinage immédiat du sujet; l'évaporation rapide qui est ainsi déterminée est tellement intense que progressivement la température tombe de plusieurs degrés. C'est là le « traitement à l'éventail ». Cela étant, et vu le grand nombre de dothiénentériques, on n'a pas tardé à chercher et à trouver un procédé basé sur le même principe, mais permettant en quelque sorte de « travailler en grand », à l'aide d'un dispositif mécanique. Tout le monde connaît cette petite hélice à 4 ailes mue par l'électricité et qui est désignée sous le nom de ventilateur électrique, parce qu'elle sert à créer un courant d'air dans des pièces surchauffées. Ce ventilateur est dit *éventail électrique* en anglais. Comme bien l'on pense, pour passer de l'éventail à main à l'éventail électrique il n'y avait qu'un pas à franchir, et ce pas fut vite franchi au pays manufacturier par excellence que sont les Etats-Unis; si bien qu'actuellement, lorsque les typhoïdiques sont nombreux dans une salle d'hôpital à Boston, on les prépare comme il vient d'être dit, en les enveloppant de gaze mouillée très chaude, puis on dispose un ventilateur électrique de telle façon que les lits soient dans son cône de ventilation, et on fait fonctionner l'appareil. On obtient par ce moyen une chute de la température de 1° à 1°5.

Le traitement à l'éventail est spécial à Boston; je ne l'ai vu employer dans aucune autre ville américaine. A Philadelphie comme à Boston, on ne se sert des lotions que dans les cas légers. C'est ainsi que M. le docteur John H. Musser, professeur de clinique médicale à l'Université de Pensylvanie, et médecin du *Philadelphia Hospital* et du *Presbyterian Hospital*, ne donne jamais de lotions quand la température dépasse 39°5; il a toujours recours alors aux bains, qu'il croit beaucoup plus efficaces et aussi simples à administrer que les lotions. Telle est également la pratique de la plupart des autres médecins de Philadelphie, de même que celle que M. le professeur Osler suit dans son service du *Johns Hopkins Hospital* à Baltimore. Quant à la température du bain, on est à peu près d'accord pour la diminuer progressivement d'un bain à l'autre, le premier étant généralement d'environ 30°, les suivants étant refroidis selon la susceptibilité individuelle du malade.

En terminant, je tiens à signaler que les épidémies de dothiénentérie que l'on observe aux Etats-Unis varient notablement dans leurs caractères. Par exemple, lors des épidémies de ces dernières années, la diarrhée est devenue un phénomène de plus en plus rare et, dans l'épidémie actuelle, c'est la constipation qui est la règle. De même les décubitus ne sont plus constatés qu'exceptionnellement. D'ailleurs, la morbidité et la mortalité paraissent suivre des courbes assez indépendantes : c'est ainsi que, au cours de l'épidémie observée cette année-ci à Philadelphie, la mortalité, d'après ce que me disait M. Musser, est restée faible en dépit de la morbidité élevée, tandis que l'année dernière « les malades tombaient comme des mouches ». Enfin, il convient de mentionner les caractères particuliers que revêt l'affection suivant l'origine du malade : la rate présente chez les sujets d'origine italienne une tuméfaction toujours beaucoup plus considérable et plus lente à rétrocéder que chez les autres individus; il est fort possible que, dans ces cas, on se trouve en présence d'un organe adultéré du fait d'une infection malarienne antérieure et, pour cette raison, réagissant d'une façon différente au virus éberthien.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur les variations d'activité des feuilles de digitale au cours d'une même année, par M. Focke.

L'auteur a été à même de se convaincre que l'efficacité des feuilles de digitale varie, dans le cours d'une année, à tel point que la même drogue, employée au mois d'août, c'est-à-dire immédiatement après la récolte, a un effet au moins quatre fois plus énergique que si l'on n'en fait usage qu'au mois de juin suivant. La destruction des principes actifs est très rapide dans les premiers mois qui suivent la récolte; elle est plus lente du mois d'octobre au mois de janvier, et plus faible encore durant le second semestre.

Cela étant, M. Focke a fait des recherches dans la littérature médicale pour s'assurer si cette observation personnelle était confirmée par les faits. Il a d'abord voulu établir à quelle époque de l'année on avait signalé le plus de cas d'intoxication aiguë par la digitale; il a constaté que, sur un total de 12 empoisonnements, 8 avaient eu lieu dans la période d'août à décembre, tandis que 4 seulement s'étaient produits de février à juin. Les doses ayant déterminé une intoxication aiguë ont varié, dans la première période, de 1 gr. 10 centigrammes à 3 gr. 40 centigr. de poudre prise en infusion; de janvier à juin, au contraire, elles furent de 7 à 15 grammes.

L'auteur a, en outre, cherché à se rendre compte des différences d'efficacité de la digitale aux diverses époques de l'année, en comparant les doses nécessaires pour obtenir un effet curatif, soit dans un groupe de cas analogues, soit chez le même sujet à des périodes variables de la maladie. Il est très difficile d'arriver de cette façon à un résultat concluant, car le nombre d'observations renfermant tous les renseignements voulus est très restreint, et, d'autre part, on ne peut guère comparer entre eux les faits d'un même groupe. M. Focke est cependant parvenu à établir que, dans les observations citées par Withering dans son livre sur la digitale, la dose active moyenne, pour les cas traités de janvier à juillet, avait été de 5 gr. 50 centigrammes de médicament administré en infusion et de 2 gr. 75 centigr. de digitale prise sous forme de poudre, alors qu'elle n'avait été que de 2 gr. 80 centigr. de feuilles en infusion et de 1 gr. 25 centigr. de poudre pour les malades traités de juillet à décembre.

L'auteur cite encore, à l'appui de sa thèse, un certain nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu et de pneumonie franche soumis par Traube à la médication digitalique. Celle-ci se montra sans effet sur le pouls chez les malades observés en juin, tandis que chez ceux qui furent soignés en novembre on nota une chute considérable de la fréquence du pouls.

Enfin M. Focke relate 8 observations de malades traités à différentes reprises par la digitale, entre autres une de Kussmaul et une qui lui est personnelle, desquelles il ressort également que la digitale est notablement plus active en automne que pendant le premier semestre de l'année. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 5-6.) — A. J.

Nouvelles études sur les fistules urétérales et les blessures de l'uretère, par M. W. Stöckel.

Le mémoire de M. Stöckel contient les résultats des observations cliniques ou thérapeutiques que l'auteur a eu l'occasion de faire dans 15 cas de blessure des uretères.

Au point de vue clinique, il insiste sur la nécessité de la cystoscopie pour le diagnostic de ces fistules : l'absence de soulèvement rythmique de l'orifice urétéral, combiné à un écoulement urineux, est pathognomonique, tout en renseignant d'une manière positive sur le côté occupé par la lésion.

Le traitement de choix, abstraction faite des méthodes exceptionnelles commandées par les circonstances, est l'urétéro-cystonéostomie. Mais, en ce qui concerne l'exécution de cette opération, les avis sont assez partagés. Beaucoup de chirurgiens, par crainte d'infecter le péritoine si la suture vient à échouer, choisissent la voie sous-péritonéale, multiplient les points de suture, recouvrent d'un pli vésical l'uretère obliquement implanté, etc. M. Stöckel pense que ces diverses mesures ne conduisent pas du tout au but cherché, car elles aboutissent à former une masse cicatricielle qui oblitère la nouvelle embouchure urétérale et réduit à néant le bénéfice de l'opération.

Il faut donc essayer d'obtenir l'implantation par les moyens les moins compliqués et en quelque sorte par simple contact. On peut y arriver par le procédé suivant : la vessie, légèrement attirée de côté, est fixée à la paroi du bassin dans le voisinage du point où l'on compte l'inciser. L'uretère libéré est conduit vers la même place et fixé lui aussi au contact du péritoine pariétal. Une boutonnière est ensuite pratiquée sur la vessie, par laquelle on fait pénétrer l'extrémité de l'uretère. Celle-ci est armée d'un fil qui traverse la vessie et l'urèthre et que l'on fixe à la cuisse : il est destiné à empêcher que l'uretère ne se rétracte et n'abandonne la boutonnière vésicale. Quant à l'implantation elle-même, on se borne à la consolider par trois ou quatre points de suture. La vacuité de la vessie est assurée par le cathétérisme à demeure. Le bout vésical de l'uretère peut être abandonné purement et simplement, sans qu'on ait à redouter ultérieurement le reflux des urines.

En procédant ainsi, on pourrait craindre que l'urine ne vînt à s'infiltrer ou l'uretère à se nécroser; l'auteur n'a cependant observé ni l'un ni l'autre de ces accidents, bien que la longueur de l'uretère libéré ait quelquefois atteint 5 centimètres; il est probable que les adhérences contractées par ce segment avec la paroi préviennent ces complications. Quant aux résultats fonctionnels, vérifiés par la cystoscopie, ils se sont montrés jusqu'ici excellents. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 1.) — R. de B.

Sur la phosphaturie, par MM. F. Sötbeer et H. Krieger.

Le symptôme cardinal de la phosphaturie est un trouble de l'urine, existant au moment de la miction ou se produisant quelques minutes après et disparaissant par l'addition d'un acide, trouble dû à l'abondance des phosphates terreux. A ce symptôme s'ajoutent toute une série de manifestations nerveuses, circulatoires, digestives et autres.

Dans un cas de cette affection, qu'il avait précédemment observé et qui était caractérisé par des douleurs dans le dos, les lombes et la poitrine, des sueurs abondantes, de la tachycardie, des palpitations, de la faiblesse générale, des vomissements et un catarrhe du gros intestin, M. Sötbeer avait constaté une élimination exagérée de la chaux par les urines, ayant pour

résultat de diminuer l'acidité de ce liquide et de précipiter les phosphates terreux. Dans un autre fait du même genre (phosphaturie avec céphalalgie, douleurs dans les membres, paresthésies, accidents asthmatiques, besoin fréquent d'uriner, catarrhe du gros intestin), MM. Sötbeer et Krieger ont remarqué également que le rapport de l'acide phosphorique à la chaux variait, suivant les heures de la journée, entre 1.8 : 1 et 6 : 1, tandis que normalement ce rapport est d'environ 12 : 1. Cette différence tenait uniquement à une augmentation de la proportion de chaux; le taux de l'acide phosphorique, en effet, restait dans des limites normales, mais celui de la chaux rejetée en vingt-quatre heures atteignait 0 gr. 70 centigr., au lieu de 0 gr. 20 centigrammes, chiffre moyen.

L'élimination de l'acide phosphorique dépend surtout de l'alimentation; aussi est-ce le matin qu'elle est le plus faible : à ce moment, la courbe de l'acide phosphorique se rapproche le plus de celle de la chaux, et les proportions respectives de ces deux corps sont particulièrement défavorables pour la solubilité des phosphates terreux. Les auteurs ont alors cherché à influencer artificiellement ces proportions en faisant prendre à leur malade une certaine quantité de nourriture pendant la nuit. L'effet attendu s'est produit : sans que la courbe de l'acide phosphorique eût fléchi, le rapport entre ce corps et la chaux s'est élevé à 9.8 : 1 et même à 15.4 : 1. L'urine est restée acide et claire, mais la quantité éliminée en vingt-quatre heures a diminué.

En outre, un changement inattendu est survenu dans l'état du malade, qui, au lieu de s'améliorer, a empiré sous l'effet du nouveau régime. MM. Sötbeer et Krieger attribuent ce résultat à une insuffisance du filtre rénal, lequel n'aurait pas été en mesure d'éliminer assez rapidement l'excès de phosphates. Ils considèrent de plus le catarrhe du gros intestin comme une cause essentielle de la phosphaturie, en ce sens que la chaux, insuffisamment éliminée par la muqueuse intestinale, est obligée de passer par les reins. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 5-6.) — A. J.

Contribution à la pathogénie expérimentale de l'éclampsie, par M. A. Ascoli.

Dans ce mémoire, l'auteur rend compte des premiers résultats que lui ont fournis ses essais de reproduction expérimentale de l'éclampsie.

Quand on inocule à un animal gravide du tissu placentaire, l'organisme de cet animal réagit par la production d'une antitoxine, la *syncytiolysine*. M. Ascoli ayant ainsi traité une série de cobayes femelles avec des placentas de lapin, puis une série de femelles de lapin avec des placentas de leur propre espèce, obtint deux variétés de sérum qu'il appelle, le premier, sérum *hétérosyncytiolytique* et le second, sérum *isosyncytiolytique*.

Le sérum hétérosyncytiolytique fut tout d'abord injecté à des cobayes femelles pleines; cette injection, sauf une albuminurie transitoire — comme c'est généralement le cas avec les toxines — n'amena aucun trouble appréciable et la mise-bas eut lieu à terme, les petits étant vivants. Mais, quand on injectait ce même sérum dans l'espace sous-dural, à des doses même faibles, les animaux tombaient dans un coma profond interrompu de temps à autre par des crises convulsives, cloniques ou toniques; ils mouraient finalement dans le coma sans mettre bas. L'injection d'un sérum normal ne produisait aucun de ces accidents.

L'injection sous-cutanée de sérums isosyncytiolytiques ne déterminait non plus — sauf l'albuminurie — aucun désordre appréciable; l'injection sous-durale ne fit apparaître qu'une seule fois des convulsions, et elles furent légères.

Quelles que soient les causes de cette différence de réaction à l'égard des deux variétés de sérum, M. Ascoli croit pouvoir conclure que l'éclampsie est due à la diffusion d'une toxine dont la source est à chercher au niveau du placenta. Cette hypothèse est d'autant plus admissible qu'à ce niveau les franges choriales plongent de tous côtés dans la circulation maternelle. Cette toxine serait une vraie syncytiotoxine. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 décembre 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Corps étrangers de l'appendice vermiforme, par M. James Bell.

Il y a quelque vingt ans, on était porté à croire que l'appendicite est déterminée le plus souvent, sinon toujours, par la présence d'un corps étranger dans l'appendice. A en juger d'après les recherches de M. Bell, cette opinion ne serait rien moins que fondée. Sur 1,000 opérations que l'auteur a eu l'occasion d'effectuer au cours de ces dix dernières années, il n'a trouvé que 7 fois des corps étrangers dans l'appendice : dans 2 cas, il s'agissait d'épingles; une fois, d'une arête de poisson; chez un patient, l'appendice renfermait deux calculs biliaires; chez un autre, deux graines de lin; une fois, c'était un pépin de pomme, et, enfin, dans le septième fait, où l'appendice était en partie gangrené, l'abcès contenait un ascaride. Il va de soi que M. Bell n'a en vue que de vrais corps étrangers, provenant du dehors, et qu'il laisse complètement de côté les coprolithes, qui parfois renferment aussi des corps étrangers. Il s'en faut, d'ailleurs, que tous les cas où l'on trouve des corps étrangers dans l'appendice se rapportent réellement à une appendicite. C'est ainsi que dans un des faits relatés par l'auteur, et où l'appendice contenait une épingle, le malade fut admis à l'hôpital pour une fistule consécutive à un abcès au niveau du triangle de Scarpa. En explorant le trajet fistuleux, on constata qu'il s'étendait sous le ligament de Poupart et communiquait avec l'extrémité ouverte de l'appendice adhérent. Celui-ci une fois réséqué, on trouva dans la cavité de l'abcès une épingle ordinaire. Les symptômes cliniques, assez vagues, n'avaient nullement fait soupçonner l'existence d'une appendicite. M. Bell serait porté à croire que, dans ce cas, l'épingle avait perforé l'appendice, en déterminant de la suppuration avec adhérence de l'extrémité de l'appendice, sans appendicite à proprement parler.

Dans deux autres faits, les corps étrangers (épingle et calculs biliaires) avaient pu séjourner dans l'appendice pendant de longs mois, voire même plusieurs années, sans provoquer des phénomènes inflammatoires, jusqu'au jour où un coup reçu en plein abdomen détermina une rupture de l'appendice avec péritonite consécutive. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 novembre 1902.) — L. CH.

Un cas de diphtérie accompagnée de trismus et d'opisthotonos persistants, par M. Irving M. Snow.

Un enfant de sept ans, de constitution physique excellente, est pris trois jours après le début d'une angine diphtérique bénigne, mais incontestable de par les résultats de l'examen bactériologique, de contractures musculaires qui, ayant débuté par les muscles du dos et de la nuque et par les masséters, se généralisent rapidement, affectant la plupart des groupes musculaires, y compris les muscles du larynx. Peu à peu les crises deviennent très fréquentes, survenant à la suite du moindre effort, et très douloureuses. Vers le dixième jour, d'intermittente qu'elle était jusque-là, la contracture passe à l'état permanent, en même temps qu'elle prend un caractère plus tranquille et se localise aux muscles du dos et aux masséters. On avait d'abord diagnostiqué le tétanos et fait des injections de sérum antitétanique qui étaient demeurées sans effet. On eut alors recours à des injections de morphine qui se montrèrent plus efficaces; et, vingt-sept jours après le début de la maladie, la rigidité musculaire avait complètement disparu. Pendant toute cette période de contracture, l'enfant était resté presque afébrile, gardant ses facultés intellectuelles intactes; les signes de Kernig et de Trousseau faisaient défaut; le signe du facial n'avait pu être recherché à cause de la contracture de la face.

M. Snow insiste sur l'analogie des symptômes qu'avait présentés son petit malade avec ceux dont l'ensemble constitue ce que M. Escherich a désigné sous le nom de *pseudo-tétanos*. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, décembre 1902.) — S. J.

Ligature simultanée des deux veines jugulaires internes, par M. J. F. Baldwin.

On sait que la ligature d'une seule veine jugulaire interne ne présente généralement aucun danger; dans l'observation relatée par M. Baldwin, ce vaisseau fut lié des deux côtés sans qu'il en résultât d'inconvénients.

Une femme de trente ans, atteinte de volumineux lymphomes tuberculeux bilatéraux du cou, opérés déjà plusieurs fois, s'était soumise à une nouvelle intervention pour en être débarrassée. On commença par les ganglions du côté droit, dont l'extirpation paraissait devoir être le plus difficile; et, en effet, au cours de la dissection d'adhérences profondes, la veine jugulaire interne fut largement ouverte, ce qui obligea de la lier au-dessus et au-dessous de la déchirure. Du côté gauche, on se heurta aux mêmes difficultés et là encore la veine jugulaire interne fut entamée : son ouverture s'accompagna même du sifflement caractéristique de l'entrée de l'air dans les veines. Cet accident n'eut cependant aucune influence apparente ni sur le cœur ni sur la respiration; il n'en fallut pas moins appliquer une double ligature sur le vaisseau.

Les suites opératoires furent presque normales; pendant les premiers jours on nota seulement un peu de bouffissure de la face et au troisième jour, pendant le pansement, il se produisit une courte lypothymie avec de légères convulsions d'une durée de vingt secondes. Dès que cette petite crise fut passée, la patiente n'accusa plus aucun malaise et la convalescence se poursuivit dès lors sans encombre. (*Ann. of Surgery*, septembre 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la péritonite purulente diffuse par la ponction suivie d'un lavage à l'eau salée.

Partant de ce fait que la laparotomie n'est pas sans danger chez les enfants (collapsus) et qu'elle expose les adultes à la formation d'une hernie post-opératoire, on a cherché à lui substituer, dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, la simple ponction. Toutefois, comme celle-ci ne suffit pas à assurer l'évacuation complète de l'ascite, on la fait suivre ordinairement d'un lavage avec de l'eau stérilisée ou avec la solution physiologique de chlorure de sodium.

Un chirurgien allemand, M. le docteur A. Köppen (de Norden), a pu se convaincre que le même moyen est susceptible d'amener la guérison de la péritonite purulente diffuse. Appelé à donner ses soins à une fillette de sept ans, atteinte de cette variété de péritonite, notre confrère pratiqua la ponction et, lorsque l'écoulement du pus eut commencé à se ralentir, il procéda au lavage de la cavité péritonéale avec la solution physiologique de sel marin, en continuant cette opération jusqu'à ce que le liquide revint tout à fait clair. Il introduisit alors dans l'abdomen encore un litre d'eau salée et ferma la petite plaie à l'aide d'un pansement au collodion. L'épanchement ne se reproduisit plus, et depuis lors (l'intervention date de quinze mois environ) l'enfant se porte bien.

Comme les péritonites enkystées sont situées, dans la plupart des cas, au voisinage de la paroi abdominale antérieure, M. Köppen estime qu'elles pourraient également être justiciables du procédé thérapeutique en question.

Le suc hépatique dans le traitement de la lithiase biliaire et de l'angiocholite.

D'après l'expérience de M. le docteur E. Cassaët, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, le suc hépatique, administré à la dose quotidienne de 10 c.c. de solution glycérinée à 20 %, constituerait un excellent moyen de traitement de la lithiase biliaire. Notre confrère a eu l'occasion de l'employer avec succès dans 3 cas particulièrement graves, où la colique hépatique avait été suivie, immédiatement après son début, d'un ictère intense avec signes incontestables d'intoxication biliaire et d'angiocholite.

Ces faits méritent d'autant plus d'être retenus que, chez les 3 malades en question, on avait d'abord eu recours à l'huile d'olive et au salicylate de soude, sans en obtenir une amélioration sensible.

REVUE CRITIQUE

Valeur pratique de la suture artérielle.

La suture des veines a fait ses preuves, et l'on pourrait aujourd'hui en rassembler sans trop de peine une centaine d'observations publiées : les résultats ont été assez généralement heureux pour que la méthode ait acquis droit de cité dans la chirurgie courante. Elle ne présente, d'ailleurs, que peu de difficultés techniques, et l'on sait depuis longtemps que la plaie veineuse doit être réunie, purement et simplement, par un fin surjet perforant. C'est surtout dans les déchirures latérales des gros troncs, veine cave (Schede), tronc brachio-céphalique (Ricard), sinus latéral (Schwartz), veine fémorale, etc., qu'elle est susceptible de rendre — et qu'elle a effectivement rendu — de précieux services.

Il en va tout autrement de la suture des artères. Bien qu'elle date de loin et qu'elle ait fourni matière à de nombreuses recherches expérimentales, ses applications sur l'homme ont été fort restreintes jusqu'ici; elles passent un peu pour des curiosités, pour des tentatives exceptionnelles, qu'on lit avec intérêt, mais qu'on ne pense guère à imiter; et, malgré les conclusions optimistes qui terminent régulièrement tous les mémoires — expérimentaux —, on ne sait trop « à quoi s'en tenir » sur la valeur pratique, chez l'homme, de la réunion artérielle.

Et pourtant nous voudrions savoir s'il faut renoncer à une méthode, séduisante en théorie, illusoire et périlleuse en pratique, et la déconseiller, ou bien si nous sommes fondés à en attendre, dans certains cas donnés, des résultats précieux, et qui vaillent mieux que ceux de la ligature aseptique. Or, ce sont les observations humaines qui serviront surtout à établir notre conviction; chez les animaux, il est entendu, de par des expériences très nombreuses, que l'artère suturée (suture latérale ou suture circulaire) peut conserver sa perméabilité. En est-il de même chez l'homme? La technique et les multiples procédés qui ont été étudiés dans les laboratoires, conviennent-ils aussi aux artères de l'homme, et aux conditions toutes spéciales de la chirurgie humaine? Quelles sont les indications légitimes, en pratique sage?

A l'heure actuelle, cette étude peut être basée sur 23 faits de suture latérale et 4 faits de suture circulaire, les 23 sutures latérales ayant porté sur les artères que voici : l'axillaire, 7 fois; la fémorale, 6 fois; la poplitée et l'humérale, 3 fois; l'iliaque primitive, l'iliaque externe, la carotide primitive, la carotide interne, 1 fois; c'est là un dossier encore mince, mais où ne manquent pas les documents intéressants.

I

Devant une plaie artérielle, même étroite, ce qui empêche souvent de recourir à la suture, c'est la crainte de l'hémorrhagie, l'hémorrhagie immédiate ou la rupture secondaire du vaisseau réuni. On a quelque peine à croire que cette étroite ligne de sutures puisse résister à la poussée excentrique du sang artériel, et l'on répugne instinctivement à confier à cette fragile barrière l'hémostase — et la vie du blessé.

Or, il convient de mettre tout de suite ce fait en pleine lumière : dans tous les cas « humains », l'hémostase d'emblée a été obtenue, sans peine, pourrait-on dire, autre que la difficulté souvent inhérente à la confection d'une bonne suture; alors même que les points sont perforants et qu'un peu de sang filtre par les orifices, ou encore entre les lèvres mal jointes de la fente, une compression de quelques minutes, l'application d'un point complémentaire ont toujours suffi à parfaire la besogne — et l'étanchéité. Et cette hémostase a été durable. Une seule fois, sur les 27 observations, une hémorrhagie secondaire a eu lieu : il s'agissait de l'artère axillaire, et l'accident s'était produit au cours d'une réduction de luxation; une collatérale avait été arrachée, à son implantation, laissant, sur le tronc artériel, un trou ovale, qui fut fermé par quatre points profonds et deux superficiels. L'hémorrhagie secondaire survint au vingt et unième jour, à la suite d'un érysipèle : on lia l'artère et le blessé guérit non sans de graves complications : gangrène partielle de l'avant bras, arthrite suppurée de l'épaule, nécrose du cubitus (1).

Voilà donc un premier danger qui, sans doute, existe bien, mais qui, sous la réserve d'une technique suffisante, est peu à redouter, et ne doit pas « arrêter ». Faut-il en dire autant de la dilatation ultérieure du vaisseau au point réuni, de l'anévrysme secondaire? Nous manquons d'éléments pour porter un jugement catégorique, car il s'agit là d'un accident parfois lointain, et tous les opérés n'ont pas été longtemps suivis. Toujours est-il qu'on ne trouve pas signalée jusqu'ici d'ectasie consécutive de l'artère suturée. Ajoutons qu'on n'en a pas relevé non plus dans les faits expérimentaux, mais, comme le fait remarquer M. Jacobsthal (2), le temps d'observation est ici, plus encore que chez l'homme, beaucoup trop court; d'autre part, dans des recherches qui datent déjà de treize ans, M. Burci (3) avait observé, au niveau de petites plaies artérielles *transversales*, suturées, des dépressions en cul-de-sac de la néo-paroi, sortes d'anévrysmes en miniature, et M. Jacobsthal lui-même, sur ses pièces, ne constatait pas de fibres musculaires régénérées, mais seulement des îlots disséminés de fibres élastiques, dans les cicatrices vasculaires. La question reste donc pendante; il y a lieu de croire cependant qu'une bonne suture et une bonne cicatrice primitive assurent une garantie suffisante contre l'ectasie.

Un accident plus fréquent, et sur lequel il faut insister, c'est la *thrombose*, et, j'ajouterai, les *embolies périphériques*. Si l'artère suturée doit s'obturer par un caillot, mieux vaut, certes, une ligature aseptique; la suture perd toute légitimité, et, de plus, elle peut devenir périlleuse. Peut-être n'a-t-on pas assez insisté sur ce danger tout spécial des caillots libres et des embolies centrifuges qui peuvent en résulter. Après une ligature, s'il se forme un caillot, il reste adhérent à la zone liée, et, hormis le cas où une branche collatérale s'ouvre tout près de là, il n'est pas exposé à se fragmenter et à être projeté au loin. Au contraire, le thrombus consécutif à la suture est libre dans la lumière du vaisseau; il est battu par l'ondée sanguine, en arrière, et, devant lui, vers l'extrémité du membre, la voie est ouverte, et ses débris pourront être chassés dans les branches éloignées du système. On sait qu'après l'attrition souscutanée directe des grosses artères, c'est à ce mécanisme des embolies centrifuges que sont attribuées, avec raison, les gangrènes. Voyez, d'ailleurs, l'observation de M. Wiart (4) : il n'y a pas eu de gangrène, sans doute, et la guérison a été parfaite; mais la suture ayant porté sur l'iliaque externe, huit mois après, la fémorale battait nettement jusqu'à 5 centimètres de l'arcade crurale; à ce niveau, à la hauteur de sa bifurcation, elle ne battait plus, elle était oblitérée; et, comme le faisait remarquer M. Pierre Delbet, il est « singulièrement probable qu'un caillot, détaché des points de suture, est venu enfourcher l'éperon de bifurcation de la fémorale primitive en ses deux branches ».

On aurait tort de grossir ce danger, puisqu'on ne relève, dans les observations humaines de suture artérielle, qu'un seul exemple de gangrène; encore s'agissait-il d'une suture circulaire par invagination; l'artère et la veine fémorales, au cours de l'ablation d'une tumeur cancéreuse, avaient dû être excisées sur une certaine longueur; en fléchissant fortement la jambe, on réussit à invaginer les bouts centraux des deux vaisseaux dans les bouts périphériques, et à les réunir. Après l'opération, on sentait le pouls au-dessous de la zone suturée, mais la gangrène ne tarda pas à se montrer et nécessita l'amputation (1). D'ailleurs, même si la thrombose succède à la suture, l'arrêt circulatoire est toujours moins brusque qu'après une ligature; le barrage s'établit et se complète peu à peu, en laissant aux voies collatérales le temps de s'ouvrir et d'entrer en fonctionnement, et ce serait là un réel bénéfice, dans certaines conditions. Il n'en est pas moins vrai que la thrombose est le gros écueil de la suture artérielle — l'objection principale à l'emploi de la méthode —, et qu'il convient de se faire une opinion sur sa fréquence et ses causes.

Or, l'analyse des observations ne démontre point que l'occlusion thrombosique de l'artère soit fréquente. Nous possédons d'abord 4 autopsies : l'artère (la poplitée) était thrombosée dans un des cas (Rotter); elle était perméable, mais un peu rétrécie, dans les faits de M. Durante et de M. Orlov (poplitée), perméable aussi, avec un certain bâillement des tuniques internes, sur lequel nous reviendrons, dans l'observation de M. Sabanejev (fémorale). Après guérison, on ne donne pas toujours de renseignements précis sur l'état de la circulation périphérique et des battements au-dessous du point suturé; 8 fois nous relevons cette simple mention : guérison complète; mais, dans 9 autres cas, les opérés ont été revus et dûment explorés : 2 fois l'artère était oblitérée, 7 fois le pouls était normal ou à peu près sur le bout centrifuge du tronc artériel et sur ses branches de division.

Si l'on ne peut tirer de conclusions détaillées d'observations aussi diverses et de nombre restreint, il n'en reste pas moins acquis que *la suture artérielle peut être suivie d'un succès immédiat et définitif, et laisser intacte la perméabilité du vaisseau.* Pourquoi ce résultat n'est-il pas constant? Et quels sont les moyens de l'obtenir?

Il y a d'abord un ensemble de conditions physiques auxquelles on ne peut dénier une grande part d'action; je veux parler du rétrécissement trop marqué du calibre artériel, de l'attrition et des éraillures de la tunique interne dans les plaies obliques, mâchonnées et irrégulières, avec perte de substance. En pareille occurrence, disons-le tout de suite, mieux vaut ne pas chercher à suturer.

Un autre élément est fort intéressant, et prête à discussion : *les points perforants.* Il ne paraît guère douteux que, si les anses de fil traversent toute la paroi artérielle, ils créent un « appel » pour la coagulation, ne fût-ce que par les déchirures de la tunique interne. Or, cette action est beaucoup moindre qu'on ne pourrait le croire. Dans 7 cas, il est nettement spécifié que la suture était perforante, soit qu'elle eût été ainsi faite de parti pris ou que tel ou tel point eût, malgré tout, « traversé » : et cependant la thrombose et l'oblitération ne sont signalées dans aucune de ces 7 observations; une fois, à l'autopsie, l'artère fut trouvée rétrécie, mais perméable; chez le malade de M. Gérard-Marchant (2) (humérale), au bout d'un mois, le pouls était perceptible, très faiblement, il est

(1) Körte. Ein Fall von Arterien-Verletzung bei Verrenkung des Oberarmes. Arteriennaht. Nachblutung. Unterbindung. Heilung. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXVI, p. 919.)

(2) H. Jacobsthal. Zur Histologie der Arteriennaht. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXVII, 1, p. 199.)

(3) Burci. Ricerche sperimentali sul processo di riparazione delle ferite longitudinali delle arterie. (*Atti della Soc. toscana di scienze natur.*, 1890, XI.)

(4) P. Wiart. Un cas de suture artérielle. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 mars 1903, p. 347, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 104.)

(1) Krause. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 avril 1900, Vereins-Beilage, p. 82.)

(2) Gérard-Marchant. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 6 juillet 1898, p. 747.)

vrai; dans les autres faits, la circulation était régulière (1).

On a, d'ailleurs, recherché expérimentalement ce que devenaient les fils intra-artériels. M. Jacobsthal traversait d'une fine soie l'artère fémorale ou carotide, sur le cobaye, et nouait le fil sur le côté; dans 9 expériences de ce genre, il ne relève pas une seule oblitération complète; 2 fois, la lumière du vaisseau était réduite à une fente, ce qui s'explique fort bien par le faible volume de la fémorale chez le cobaye; sur la carotide, on ne trouvait aucun rétrécissement appréciable. Notons, de plus, que sur 14 pièces expérimentales de M. Dörfler (2), où la suture avait été totale et perforante, et que M. Jacobsthal a examinées, la thrombose complète n'existait que 4 fois. Plus récemment, M. G. Jensen (3) relate le fait expérimental que voici : sur une chèvre, il traverse la carotide primitive avec un catgut *stérile*, qui est noué au dehors et reste ainsi tendu au travers du vaisseau; au dix-huitième jour, on enlève la pièce et on l'étudie : le catgut est libre, il n'y a pas trace de thrombose, le fil est seulement un peu plus épais à ses deux bouts qu'à sa partie moyenne; il a l'aspect et la couleur de la tunique interne de l'artère.

Ainsi la présence du fil, *du fil stérile*, à l'intérieur du vaisseau, ne semble pas l'agent de la thrombose. Cet agent, c'est l'infection, qu'elle ait eu lieu au cours de l'opération elle-même ou par le fait d'un matériel de suture insuffisamment stérilisé, ou qu'elle procède de la suppuration de la plaie. Et, à ce dernier point de vue, la suture non perforante retrouve ses avantages.

Cette donnée infectieuse rend compte de la diversité des résultats expérimentaux, obtenus par la même technique et dans des conditions toutes semblables en apparence. Parmi les faits de M. Murphy, M. Jensen relève la double série que voici, évidemment très démonstrative : 7 expériences avec guérison aseptique de la plaie, 4 succès; 9 expériences avec suppuration de la plaie, 8 thromboses (il s'agissait de la réunion circulaire, par invagination). D'autre part, dans ses propres recherches, M. Jensen a pratiqué l'examen bactériologique du thrombus et de la paroi même de l'artère à son niveau: cet examen lui a démontré la présence de microbes, surtout de streptocoques et de staphylocoques.

Infection et thrombose sont donc étroitement associées, et nous en devons conclure, tout de suite, qu'en pratique humaine la suture artérielle, lorsqu'elle est tentée dans un foyer phlegmoneux, au fond d'une plaie salie et septique, est toujours une intervention hasardeuse, et que, pour tout dire, si l'on n'est pas en mesure de réaliser une asepsie complète, mieux vaut encore faire la ligature.

II

On ne saurait, en effet, tenir la suture artérielle, même la suture latérale, pour une opération facile, et qu'on puisse toujours correctement réaliser; ajoutons encore que les essais sur le cadavre, où les parois artérielles sont sèches et la gaîne adventice et celluleuse rétractée, sont loin de donner l'image de ce qui se passe sur le vivant. Enfin la suture artérielle se présente toujours comme une intervention à faire inopinément, sans préparation, assez souvent à la suite d'un accident opératoire : cela seul suffirait à rendre illusoires toutes les techniques complexes et tous les outillages spéciaux.

Un premier point, et de haute importance, c'est *de bien faire l'hémostase provisoire*, pour « travailler » sans crainte sur le gros tronc artériel, et d'établir le double barrage, en amont et en aval, sans léser la paroi du vaisseau, sans le dénuder non plus sur une longue étendue. Avec M. Seggel (1), je ne pense pas que la compression digitale puisse suffire : outre qu'elle n'est pas toujours constante et sûre, elle suppose l'introduction dans la plaie de plusieurs doigts, qui obstruent un champ opératoire déjà étroit. Il n'en est pas de même de la manœuvre recommandée par M. Murphy : un gros fil (catgut) est passé sous l'artère, la soulève et la coude, et le bout du doigt, appliqué sur elle, complète le barrage. Dans un cas qui nous est personnel (2), nous avons accolé sur le devant de l'artère un drain coupé en long, et, par-dessus ce protecteur, nous avons lié avec un gros catgut, en serrant juste assez. Quant à la ligature provisoire directe, sans interposition, elle est ou insuffisante ou nocive pour la paroi vasculaire, au moins lorsqu'on se sert d'un fil, catgut ou soie. Il en est de même de la forcipressure préliminaire, si l'on n'a pas soin de garnir de caoutchouc, de chausser d'un drain les deux mors de la pince de Kocher, et même d'ajuster un fourreau plus épais au mors « de dessous », pour que la pression soit mieux répartie.

On fera bien de veiller de près à ce temps initial : la suture est elle-même d'une technique assez délicate pour qu'il faille la pratiquer sans à-coup, en milieu étanche.

Suturer la plaie artérielle aussi simplement que possible, par un surjet de soie fine, à points rapprochés, en réalisant une coaptation des deux lèvres aussi régulière et aussi solide que possible, et sans trop se soucier de traverser ou non toute la paroi : telle paraît être la meilleure pratique.

Il faut une aiguille très fine, et un fil très fin, qui remplisse bien le chas, — et que rien n'accroche; il faut se garder de saisir la paroi artérielle avec une pince, ou ne prendre, tout au moins, que l'adventice, pour relever et accommoder les bords. La soie ou le fil de lin semblent convenir surtout; le catgut est trop gros, même dans ses derniers numéros, bien qu'il ait été, en somme, plusieurs fois utilisé sans dommage.

A-t-on affaire à une simple perforation, à une fissure étroite, quelques points séparés pourront suffire; en général, et pour une section de quelque longueur, le surjet réalise une occlusion meilleure et un adossement plus exact.

On cherchera à ne pas traverser la tunique interne, à ne charger que l'adventice et la tunique moyenne avec l'aiguille : cela vaut toujours mieux, ne fût-ce que pour protéger plus efficacement le canal artériel contre toute espèce d'infection extérieure, naissant de la plaie; sur les gros vaisseaux, auxquels seuls, en réalité, convient la suture, et dans les plaies régulières, pour lesquelles nous voulons la réserver, cette suture non perforante est exécutable, le plus souvent, avec quelque industrie; mais on ne sacrifiera jamais, à ce désir de ne pas intéresser l'*intima*, la solidité de la réunion.

Aussi sera-t-il souvent indiqué d'appliquer, par-dessus la première ligne de sutures, quelques points séparés ou un surjet sur l'adventice, et de réunir aussi par un surjet la gaîne celluleuse tangentielle. Quelques opérateurs ont même eu soin de ramener et de fixer, au-devant de la zone artérielle suturée, une lamelle de tissu conjonctif ou un lambeau musculaire.

Toujours est-il que, s'il est utile de recourir à tous ces artifices de « consolidation », le point capital, la besogne essentielle, c'est la réunion exacte — sans rétrécir la lumière — de la paroi même du vaisseau.

Ceci fait, on supprime l'hémostase provisoire, en laissant aller le sang. Un suintement se produit, d'ordinaire, au niveau de la ligne de sutures, le long des fils s'ils sont perforants : une compression légère, pendant deux ou trois minutes, suffit à l'arrêter; le sang se coagule dans les petits orifices de la paroi, les fils se gonflent en s'humectant, et l'occlusion est dès lors complète.

Il reste un autre type de sutures, autrement complexe, et sur lequel nous n'insisterons pas, car l'heure ne semble pas venue encore où il puisse passer dans la pratique générale : je veux parler de *la suture circulaire, bout à bout, des artères*, après section totale ou même excision d'un fragment plus ou moins court. Cette réunion circulaire a donné lieu à de nombreux travaux expérimentaux, parmi lesquels nous citerons ceux de M. Gluck, de MM. Delbet et Petit, de MM. Jaboulay et Briau, de M. Murphy, de M. Bouglé, de M. Payr, enfin les mémoires tout récents de M. G. Jensen et de M. H. Amberg (1). M. Jensen a expérimenté sur de grands animaux, le cheval et la chèvre, avec les résultats que voici : sur 15 cas, 5 fois l'artère est restée perméable, 10 fois elle s'est thrombosée; or, 6 fois il s'agissait de grosses artères (carotide) : 3 succès; 9 fois, l'expérience portait sur de petites artères : 2 succès seulement. Il n'y a rien là, d'ailleurs, qui doive surprendre; mais cela suffit à montrer qu'il ne faut point trop s'illusionner encore sur la portée pratique, chez l'homme, de ces intéressantes restaurations.

Nous ne relevons jusqu'à présent que 4 tentatives de ce genre, une de M. Krause, que nous avons résumée plus haut, et qui se termina par la gangrène du membre; une autre de M. Kümmell (2), dont le résultat fut douteux, la récidive ayant rapidement envahi toute la région; enfin, deux cas de M. Murphy. Il s'agissait, chez le premier opéré (3), d'une plaie, par arme à feu, du triangle de Scarpa, suivie d'anévrysme traumatique; on trouva une perforation de la veine fémorale, qui fut suturée; l'artère était largement déchirée au même niveau et réduite à deux petites bandelettes; on excisa le segment broyé, et l'on réunit, par invagination, le bout central au bout périphérique; au quatrième jour, on sentait le pouls à la pédieuse, et la guérison fut complète. La seconde observation (4) se rapporte à une plaie de l'artère axillaire, par balle de revolver; on intervint au troisième jour; on excisa quelques millimètres de l'artère blessée et les deux bouts furent réunis par invagination; la guérison eut lieu sans incident, et le pouls se sentait d'abord, quoique faiblement, à la radiale; mais, deux mois après, il avait disparu, bien qu'il n'y eût aucun trouble circulatoire.

III

Nous ne savons ce que l'avenir réserve à cette réunion bout à bout des artères et des veines, qui trouverait des indications dans certains cas d'extirpation de tumeurs adhérentes, où l'excision d'un segment « englobé » des deux vaisseaux devient une nécessité. Nous ne savons pas davantage ce que l'on obtiendra par

(1) En particulier, dans les deux faits de suture de l'axillaire, publiés par M. Ricard. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 24 mai 1899, p. 562 et 7 nov. 1900, p. 1010). Dans l'un des cas, la malade ayant succombé quelques mois plus tard à la généralisation cancéreuse, « l'autopsie démontra la parfaite perméabilité de l'artère, bien qu'un des points eût été perforant ». (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 mars 1903, p. 349.)

(2) J. Dörfler. Ueber Arteriennaht. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1899, XXV, 3, p. 781.)

(3) G. Jensen. Ueber circuläre Gefässsutur. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1903, LXIX, 4, p. 938.)

(1) R. Seggel. Ueber die Naht der Arterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 et 14 août 1900.)

(2) F. Lejars. Intervention chirurgicale dans un cas d'attrition sous-cutanée de l'artère fémorale. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 21 mai 1902, p. 609, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 181.)

(1) H. Amberg. Experimenteller Beitrag zur Frage der circulären Arteriennaht. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1903, LXVIII, 1-2.)

(2) H. Kümmell. Ueber die circuläre Gefässnaht beim Menschen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXVI, 1.)

(3) J. Murphy. Resection of arteries and veins injured in continuity; end-to-end suture; experimental and clinical research. (*Railway Surgeon*, 12 janv. 1897 et *Med. Record*, 16 janv. 1897.)

(4) J. Murphy. (*Comptes rendus du XIIe Congrès international de médecine*, Moscou, 1897, T. V, p. 385.)

les anastomoses artérioveineuses (1), et nous voulons nous en tenir à la *suture latérale*, et à ses applications dans la pratique courante.

Tout d'abord, nous ne la croyons utilisable avec quelque bénéfice que lorsque le traumatisme porte *sur une grosse artère*, et encore lorsque *la plaie ne dépasse pas certaines dimensions, restreintes*. Elle s'applique bien, surtout, aux sections longitudinales; quand le vaisseau est intéressé obliquement ou en travers, la suture est toujours plus malaisée et moins sûre, et nous estimons que l'ancienne formule conserve toute sa valeur : dès que l'artère est sectionnée sur plus de la moitié de sa circonférence, il ne faut pas chercher à suturer; y réussirait-on, que le rétrécissement du calibre artériel serait un trop réel obstacle à la réparation fonctionnelle.

Mais cela ne suffit pas, et encore faut-il que la plaie soit nette, qu'elle ne soit pas infectée (et qu'elle ne siège pas dans un foyer infecté), enfin que la suture soit exécutable dans les bonnes conditions que nous avons spécifiées plus haut : autrement une ligature bien faite vaudra mieux qu'une mauvaise suture, ou même qu'une suture pénible et « douteuse ».

Enfin, une autre condition nécessaire, c'est qu'il vaille la peine de tenter la suture, et, de fait, comme M. Pierre Delbet le faisait remarquer récemment, il est peu d'artères, à l'heure actuelle, dont la ligature soit réellement dangereuse.

Pourtant — et ces réserves faites — quelques indications persistent, et la suture reste une pratique recommandable dans certaines circonstances :

1° On se trouve en présence d'une *petite plaie*, sur un *volumineux tronc artériel*, iliaque, fémorale, sous-clavière, axillaire, grosse artère viscérale. Assez souvent, l'accident se produit au cours d'une opération, d'une ablation de tumeur : un coup de pointe ou de ciseaux a blessé l'artère, ou encore l'arrachement d'une collatérale, à sa naissance, laisse un trou dans la paroi du tronc originel; il semble tout naturel de fermer par une suture latérale cette perforation étroite, et l'opération, bien conduite, a toutes les chances de réussir;

2° Pour quelques grosses artères, encore, et spécialement pour la carotide primitive et la carotide interne, la ligature d'emblée n'est pas sans péril, et, s'il est possible de réaliser une suture aseptique et solide, elle est tout indiquée; M. Seggel a suturé de la sorte, avec plein succès, une petite section de la carotide primitive;

3° Ailleurs, à la racine des membres, en extirpant une tumeur, on blesse d'abord la grosse veine principale, puis on lèse l'artère, et pareil accident n'est pas exceptionnel, à l'aine par exemple. Or, nous savons bien que la ligature simultanée des deux troncs, artériel et veineux, est toujours grave pour la vitalité du membre. S'il nous est possible de conserver la perméabilité de l'artère, nous ferons, là encore, besogne utile;

4° Enfin la suture a reçu des applications dans certains anévrysmes traumatiques, artériels ou artério-veineux, alors que, la poche ouverte et le sang évacué, on trouve, au fond, une plaie relativement étroite de l'artère. Du moins faut-il que la paroi du vaisseau ne se soit pas trop rétractée, qu'elle ne soit pas friable, qu'elle n'ait subi qu'une altération légère et superficielle, ce qui est de nature à restreindre singulièrement ces dernières indications, fort intéressantes d'ailleurs, de la réunion artérielle.

Il nous paraît donc qu'il faut en rabattre beaucoup des espérances que les premiers succès, chez l'homme, avaient fait naître; la suture artérielle ne semble pas destinée à se substituer jamais à la ligature aseptique, mais il n'en reste pas moins, que, dans certains cas bien définis — et sous la réserve expresse qu'elle puisse être correctement exécutée et sans danger —, elle est appelée à rendre des services; à ce titre, c'est une ressource d'urgence utile à connaître.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) Voir Jaboulay. Chirurgie des artères; ses applications à quelques lésions de l'artère fémorale. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 405.)

MÉDECINE PRATIQUE

Un procédé facilitant le diagnostic de l'ulcère de l'estomac et de l'ulcère du duodénum.

Si le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac est relativement aisé dans les cas où les trois symptômes fondamentaux de cette affection (douleur, vomissements et hémorragie) sont réunis, il est loin d'en être de même en l'absence de cette triade complète. Considéré isolément, aucun des trois signes en question ne présente une valeur pathognomonique : il n'est pas jusqu'à l'hématémèse qui ne puisse induire le praticien en erreur (hémorrhagie menstruelle vicariante, gastrorrhagie due à un processus septique, etc.). Quant aux crises douloureuses, elles peuvent être confondues avec des gastralgies nerveuses, avec la colique hépatique, etc., etc., sans compter d'autres causes d'erreur, telles que les paroxysmes de la période préataxique du tabes ou l'existence d'une hernie de la ligne blanche, sur laquelle M. le professeur Ewald a attiré l'attention au dernier Congrès allemand de médecine interne (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 140). La douleur à la pression de l'épigastre est, elle aussi, loin d'être typique et peut faire défaut, surtout lorsque — et c'est là le cas le plus fréquent — l'ulcère siège sur la paroi postérieure de l'estomac ou quand, situé en arrière du rebord costal, il reste inaccessible à la palpation.

D'autre part, alors même que le diagnostic d'ulcère de l'estomac ne fait l'objet d'aucun doute, le médecin est dépourvu d'une méthode d'exploration lui permettant de se rendre nettement compte de l'évolution du processus morbide, de façon à pouvoir en assurer le traitement rationnel.

Or, d'après l'expérience d'un confrère allemand, M. le docteur F. Mendel (d'Essen), il existerait un procédé répondant parfaitement à ce double *desideratum*, à savoir faciliter le diagnostic dans les cas douteux et rendre possible le contrôle des progrès réalisés par la cure.

Le procédé en question consiste à frapper sur la région de l'épigastre, à l'aide du marteau à percussion, une série de petits coups brusques, les parois abdominales étant préalablement relâchées. Cette manœuvre ne déterminerait aucune douleur, même chez les individus les plus sensibles, à la condition que l'estomac et les organes avoisinants fussent indemnes de toute affection. Mais lorsqu'il existe un ulcère de l'estomac, on ne tarderait pas à tomber, en percutant de la sorte, sur un point où le coup le plus léger du marteau détermine une douleur intense, suivie d'une sensation pénible plus ou moins persistante. Si l'on continue à percuter l'épigastre, en s'éloignant de ce point en tous sens, et qu'après avoir marqué tous les autres points sensibles on les réunisse, on obtiendrait, dans la plupart des cas, une zone circulaire nettement délimitée, dans l'étendue de laquelle la percussion la plus délicate serait douloureuse, tandis qu'au delà de la circonférence en question on ne provoquerait aucune douleur, même en frappant assez fort.

L'ébranlement déterminé par la percussion se propageant en ondulations à travers les parois abdominales et les couches sous-jacentes dans toutes les directions, ce procédé serait susceptible de dépister l'ulcère, même quand celui-ci, en raison de sa situation, est inaccessible à la palpation directe et échappe, par conséquent, aux méthodes usuelles d'exploration. De plus, comme la zone douloureuse — sans correspondre exactement, par sa localisation et par ses dimensions, à l'ulcère — ne s'en trouve pas moins sous la dépendance de celui-ci et décroît en même temps que lui, le procédé dont il s'agit pourrait encore servir à contrôler les effets du traitement. Au bout de quelques jours, on constaterait déjà, surtout dans les cas récents, une diminution du diamètre de la zone sensible, diminution qui traduirait probablement l'atténuation des lésions inflammatoires entourant la perte de substance. Puis, la région douloureuse deviendrait de moins en moins étendue pour finalement disparaître tout à fait, ce qui indiquerait que l'ulcère est cicatrisé.

Le même procédé serait susceptible de rendre de bons services pour le diagnostic de l'ulcère du duodénum, affection qui reste encore plus souvent méconnue que l'ulcère de l'estomac et qui se révèlerait, à la percussion de l'épigastre, par une zone douloureuse nettement délimitée, ayant la dimension d'une pièce de deux francs et siégeant à droite et dans le voisinage immédiat de la ligne blanche, un peu au-dessous du milieu de l'espace compris entre le rebord costal et l'ombilic. Comme pour l'ulcère de l'estomac, cette zone diminuerait progressivement d'étendue et finirait par se dissiper sous l'influence d'un traitement approprié.

Il va sans dire que la percussion directe de l'épigastre peut mettre en évidence des zones sensibles dans des affections douloureuses autres que l'ulcère de l'estomac ou du duodénum (gastrite, cancer, cholélithiase, affections du gros intestin, etc.); mais, en pareille occurrence, la région sensible ne serait jamais aussi nettement délimitée que dans les cas de processus ulcératif.

A en juger d'après les observations de M. Mendel, la percussion, même répétée fréquemment, ne donnerait jamais lieu à des accidents fâcheux et n'entraverait en rien la guérison. Il convient, toutefois, de s'en abstenir en cas de gastrorrhagie récente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1903.

Sur les dangers des injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

M. Chauffard lit, à l'occasion d'un cas de tétanos mortel consécutif à une injection de sérum gélatiné, dont la relation a été adressée à l'Académie par MM. Lop et Murat (de Marseille), un rapport dans lequel il rappelle que pareil accident a déjà été signalé 17 fois dans les mêmes conditions et que, dans un certain nombre de cas, on a noté des abcès dont le pus contenait des microbes anaérobies.

Il semble aujourd'hui bien démontré que c'est à l'impureté de la gélatine employée et à sa stérilisation imparfaite qu'il faut faire remonter la cause des accidents tétaniques consécutifs à son emploi.

Pour éviter le retour de faits semblables, le rapporteur propose d'inscrire au Codex le mode de préparation du sérum gélatiné et de soumettre sa fabrication aux lois et règlements qui régissent déjà la fabrication et la vente des sérums organiques.

M. Dieulafoy cite également un cas de mort par tétanos, survenu récemment à la suite d'une injection de sérum gélatiné.

M. Lancereaux dit avoir pratiqué un très grand nombre d'injections de sérum gélatiné, sans jamais avoir observé d'autre accident qu'un peu de fièvre et une tuméfaction éphémère au niveau de la piqûre.

M. Chantemesse fait remarquer que le mot de sérum appliqué aux solutions de gélatine dans l'eau salée est impropre, et qu'il serait à désirer que l'Académie lui en substituât un autre.

M. Pouchet signale la présence dans les gé-

latines du commerce d'une certaine quantité de chlorure de calcium, substance qui, d'après les expériences de M. Richaud, ne serait peut-être pas étrangère aux propriétés coagulantes attribuées communément à la gélatine.

M. Gley dit que, d'après ses recherches, la gélatine décalcifiée et neutralisée ne possède plus aucune propriété coagulante (Voir plus loin, p. 113); dans ces conditions, on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu, pour éviter les accidents dus à l'emploi des injections de gélatine insuffisamment stérilisée, de substituer aux injections gélatineuses celles de chlorure de calcium.

M. Chantemesse déclare que, depuis plusieurs années déjà, il emploie le chlorure de calcium non pas en injection, mais par la voie buccale, chez les sujets atteints d'affections hémorrhagipares; il le donne même préventivement aux typhoïdiques pour éviter les entérorrhagies.

M. Nocard dit qu'il suffit de soumettre la gélatine à une température de 115° pour détruire tous les microbes ou spores qu'elle peut contenir; dans ces conditions, il croit qu'il serait exagéré d'exiger pour la fabrication et la vente du sérum gélatiné les mêmes garanties que pour les sérums organiques, et qu'il suffirait d'inscrire au Codex son mode de préparation.

M. Brouardel, estimant que les conditions dans lesquelles est pratiquée actuellement l'inspection des fabriques de sérums organiques est trop défectueuse pour donner une sécurité absolue à l'égard de ces produits, partage l'opinion de M. Nocard.

M. Leredde lit une note tendant à démontrer que l'on peut guérir au moyen de la photothérapie, dans l'espace de deux ou trois semaines, des malades atteints d'acné rosacée, dont l'affection est restée rebelle aux autres moyens de traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril 1903.

Néoplasmes associés.

M. Potherat. — M. Monod et M. Guinard nous ont communiqué il y a quelque temps plusieurs observations d'associations néoplasiques (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 25). De mon côté, j'ai rencontré 11 fois des fibromes utérins coïncidant avec un kyste de l'ovaire. Dans un cas où il y avait un volumineux kyste ovarien, qui ne renfermait pas moins de 18 litres de liquide, je me contentai d'enlever ce kyste, et je laissai l'utérus fibromateux, sur le désir du médecin qui assistait à l'opération et craignait que l'hystérectomie n'augmentât la gravité de l'intervention; or, la malade a parfaitement guéri de son ovariotomie, mais elle a eu et elle a encore des métrorrhagies graves, qui m'ont donné le regret de ne pas l'avoir hystérectomisée. Aussi je considère comme une règle générale de pratiquer l'ablation des fibromes utérins, en même temps que celle du kyste ovarien, lorsque ces deux formes de tumeurs coexistent.

M. Lejars. — Les associations de fibromes de l'utérus et de kystes de l'ovaire sont fréquentes; j'en ai trouvé pour ma part 8 cas, en feuilletant mes observations de ces dernières années. La coïncidence du kyste ovarien et du cancer utérin se voit également quelquefois. Un autre type de pluralité des néoplasmes est constitué par la présence simultanée de fibromes utérins et de fibromes de l'ovaire ou du ligament large. Enfin nous rencontrons de temps en temps le cancer et des fibromes dans un même utérus.

Il serait fort intéressant de rechercher s'il n'y a pas des connexions pathogéniques entre ces lésions associées, surtout lorsqu'elles sont de même nature, comme dans le cas de fibromes simultanés de l'utérus et de l'ovaire, ou dans certains faits où un cancer épithélial se développe dans l'utérus à la suite d'une ovariotomie pratiquée pour un kyste ovarien, ainsi que j'en ai observé des exemples.

Au point de vue pratique, ces associations néoplasiques créent des indications particulières. Pour les fibromes utérins associés au kyste ovarien, il n'y a aucune espèce d'hésitation à considérer leur ablation comme indiquée au même titre que celle du kyste. Dans les cas où il existe un kyste de chaque ovaire, la bilatéralité de la néoplasie me paraît constituer une indication très sérieuse de l'hystérectomie immédiate, même s'il n'y a pas de fibromes. J'ai eu à regretter une fois de n'avoir pas agi ainsi, car, deux ans environ après l'ablation d'un double kyste végétant des ovaires, j'ai vu évoluer un cancer de l'utérus pour lequel je dus me contenter de faire la ligature des artères hypogastriques, en raison de l'extension des lésions au moment où la malade est venue me consulter à nouveau.

M. Routier. — Tout récemment, en opérant une femme qui présentait tous les signes d'un pyosalpinx, je constatai un cancer de l'S iliaque que je n'avais pas diagnostiqué et que je n'ai pas jugé à propos d'opérer. Dans un autre cas, une femme atteinte d'un fibrome utérin fut prise brusquement d'accidents douloureux dans la fosse iliaque droite, dont l'appendice paraissait être le point de départ, et il fut décidé qu'on l'opérerait à la fois pour son fibrome et pour son appendicite. Après avoir enlevé le fibrome, qui était sous-péritonéal, je cherchai l'appendice et je ne pus le trouver; en revanche je reconnus l'existence d'un cancer cæcal, tellement adhérent dans sa partie profonde que je n'ai pas osé faire la résection du cæcum.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 avril 1903.

Tachycardie transitoire d'origine alcoolique.

M. Triboulet relate les observations de deux malades atteints de tachycardie transitoire d'origine alcoolique. Chez le premier, le pouls, qui battait de 130 à 140 fois par minute, tomba, au bout de huit jours, sous l'influence du repos et du régime lacté, à 116 puis à 88 pulsations. Le même traitement amena une détente identique chez le second patient au bout de six jours. Bien qu'il s'agisse là, en apparence du moins, de désordres fonctionnels survenus dans le domaine du pneumogastrique, on peut se demander, d'après l'orateur, si ces altérations primitivement fonctionnelles ne créent pas une sorte de prédisposition favorisant ensuite l'apparition de véritables névrites des filets cardiaques, susceptibles d'amener des accidents persistants et peut-être mortels.

M. Barié dit que les cas relatés par M. Triboulet se rapprochent de ceux que Potain a signalés et que lui-même a étudiés plus tard. Mais, dans ces derniers faits, la tachycardie était souvent accompagnée de palpitations. Ces accidents, purement transitoires d'ailleurs, ont été considérés comme des phénomènes réflexes dans le domaine du pneumogastrique. Dans d'autres cas plus graves, le réflexe a donné lieu à un spasme des vaisseaux pulmonaires, suivi de dilatation des cavités droites du cœur avec asystolie. Tous les malades ayant guéri, il est évident qu'on ne saurait songer ici à une névrite du nerf de la dixième paire, mais qu'il s'agissait de simples troubles fonctionnels plus ou moins durables.

M. Thiroloix fait remarquer qu'on ne doit pas nécessairement rattacher à une altération des filets cardiaques du pneumogastrique les cas de tachycardie alcoolique relatés par M. Triboulet, et que ces accidents peuvent s'expliquer tout aussi légitimement par une lésion des fibres musculaires du cœur.

M. Merklen croit, au contraire, que les altérations de la musculature du cœur ne prennent aucune part à la production des crises de tachycardie. On doit, du reste, toujours distinguer, au point de vue du mécanisme de leur production, entre la tachycardie permanente et la tachycardie paroxystique; celle-ci peut avoir une origine variable : chocs moraux, irritations réflexes, intoxications; celle-là, au contraire, est constamment sous la dépendance d'une lésion organique des centres ou des nerfs cardiaques.

Sur la présence du pneumocoque dans le sang des pneumoniques.

M. Widal. — On sait avec quelle fréquence on peut déceler le bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques par la méthode des ensemencements de sang à dose massive dans de grandes quantités de bouillon (5 c.c. de sang dans 300 à 500 c.c. de bouillon ou d'eau peptonée). Il était intéressant de rechercher si, par cette méthode, on parviendrait à dépister la présence du pneumocoque dans le sang des pneumoniques. Je viens d'étudier à ce point de vue, avec MM. Lemierre et Gadaud, 18 cas de pneumonie : 6 fois nous avons pu isoler le pneumocoque; 12 fois les cultures sont restées stériles. Sur ces 12 derniers faits, 2 seulement se sont terminés par la mort; les 10 autres ont eu une évolution normale. Sur les 6 cas positifs, 4 ont abouti à la guérison, et ces 4 cas concernaient des pneumonies graves avec symptômes d'infection profonde; 2 ont eu une terminaison fatale, l'un par asystolie, l'autre par méningite pneumococcique. Les ensemencements ont été pratiqués entre le quatrième et le huitième jour.

Nous pensons donc, avec les auteurs qui ont fait des recherches du même genre, mais en employant d'autres méthodes, que la présence du pneumocoque dans le sang chez les pneumoniques, sans comporter un pronostic fatal et sans permettre de prévoir d'une façon constante une localisation extrapulmonaire, paraît être un facteur de gravité.

Ictères chroniques simples et angiocholites chroniques anictériques.

M. Lereboullet. — Dans la plupart des cas d'ictère chronique simple que nous avons étudiés, M. Gilbert et moi, nous avons pu mettre en évidence l'hérédité et l'ancienneté de l'affection, les variations fréquentes d'intensité de la teinte ictérique et des mélanodermies qui l'accompagnent, l'augmentation fréquente de volume du foie et de la rate, etc. Suivant l'état objectif de ces deux viscères, on peut distinguer une forme *pure* d'ictère chronique, dans laquelle ni le foie ni la rate ne sont hypertrophiés, une forme *hépatosplénomégalique*, une forme *hépatomégalique* et une forme *splénomégalique*.

Au point de vue pathogénique, ces ictères chroniques simples se lient étroitement d'une part à la cholémie familiale, d'autre part aux cirrhoses biliaires; ils semblent également avoir pour origine une infection biliaire ascendante. Cette infection amène des lésions d'angiocholite pure, embryonnaire ou scléreuse, ou d'angiocholite avec espace-portite secondaire. Dans le premier cas, les ramifications portales, quoique saines, peuvent être comprimées dans l'espace porto-biliaire par le canal biliaire atteint d'angiocholite, et cette compression explique l'hypertension portale légère que l'on constate. Cette compression, et surtout l'oblitération des voies biliaires, deviennent plus accentuées lorsqu'il y a espace-portite, et dans ce dernier cas on peut facilement mettre en lumière l'origine biliaire des lésions. Elles expliquent et la gêne de la circulation biliaire, entraînant la cholémie et l'ictère, et le trouble de la circulation portale, commandant la splénomégalie et les hémorrhoïdes. Le trouble fonctionnel du foie, la toxi-infection biliaire rendent compte des autres symptômes observés. Il faut enfin faire une part à l'auto-infection pancréatique qui va de pair avec l'auto-infection biliaire, et qui est prouvée par les lésions découvertes aux autopsies, et à la suite des autres auto-infections, parmi lesquelles l'infection appendiculaire.

Quant aux angiocholites chroniques anictériques, elles ont les mêmes antécédents familiaux que les ictères chroniques simples et donnent lieu aux mêmes symptômes. Elles déterminent, en outre, les mêmes lésions et reconnaissent les mêmes conditions pathogéniques. Toutefois, l'imperméabilité des voies biliaires y est toujours moins prononcée que dans les ictères chroniques, ce qui explique l'absence de la teinte ictérique des téguments. Ces angiocholites chroniques, de même que les ictères chroniques simples, permettent de mieux saisir les liens qui unissent, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, la cholémie familiale et les cirrhoses biliaires.

Rhumatisme chronique infantile.

M. Barbier relate les observations de deux enfants, respectivement âgés de treize et quatorze ans, et atteints tous deux de rhumatisme chronique avec déformation des mains et des

doigts. L'index et le petit doigt de chaque main, en particulier, présentent une incurvation portant surtout sur la phalangine et sur la phalangette et à concavité dirigée vers l'axe de la main (déformation en pince de homard). La radioscopie a démontré que cette déformation était la conséquence de l'altération des tissus fibreux péri-articulaires, ce qui prouverait que le rhumatisme chronique des enfants est bien un rhumatisme fibreux.

Des inhalations de nitrite d'amyle contre les accidents hystériques.

M. Hirtz communique, en son nom et au nom de M. Louste, les observations de deux malades atteints de manifestations hystériques qui ont disparu presque instantanément à la suite d'inhalations de nitrite d'amyle. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt-six ans, présentant, depuis trois semaines, de l'hémicontracture, de l'hémianesthésie et de l'aphasie; dans le second, d'un homme de cinquante-cinq ans, atteint d'hémiparésie avec hémianesthésie et bégayement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 avril 1903.

Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein.

MM. Linossier et **Lemoine**. — La station debout apporte au fonctionnement du rein une gêne très sensible. Chez les sujets à reins normaux, cette gêne se traduit exclusivement par l'abaissement de la sécrétion de l'eau (18 %); la sécrétion des matériaux solides n'est pas diminuée, celle de l'urée est même assez constamment augmentée (de 30 % en moyenne), fait qui est d'ailleurs attribuable à un excès de production, et non à une suractivité de l'excrétion. Si les reins sont lésés, l'affaiblissement de la sécrétion aqueuse par la station debout est plus accentuée (36 % en moyenne au lieu de 18 %) et il se produit, en outre, une diminution de la sécrétion de l'urée et des autres matériaux solides de l'urine. Si les reins sont plus altérés encore, l'orthostatisme provoque l'albuminurie.

L'étude comparée de la sécrétion urinaire, chez le même sujet debout et couché, permet donc de diagnostiquer, en l'absence de toute albuminurie, un fonctionnement défectueux du rein, et l'exagération de l'*oligurie orthostatique*, combinée à l'*hypoazoturie orthostatique*, est un bon signe d'insuffisance rénale.

L'action défavorable de la position debout sur le fonctionnement du rein peut être attribuée en partie à la diminution de la pression sanguine générale, en partie au tiraillement du rein sur son pédicule, d'où résulterait un certain degré de flexion des vaisseaux et une diminution de leur calibre.

De l'action des injections intraveineuses de gélatine sur la coagulabilité du sang.

M. Gley. — Il y a déjà plusieurs années, MM. Dastre et Floresco ayant émis l'opinion que la gélatine administrée par la voie veineuse, en solution à 5 ou 10 %, augmentait la coagulabilité du sang, nous avons, M. Camus et moi, répété ces expériences et démontré que les propriétés coagulantes de la gélatine étaient nulles lorsqu'on avait le soin, avant d'injecter cette substance dans les veines, de la neutraliser très exactement. Depuis cette époque, j'ai fait avec M. Richaud un certain nombre de recherches qui prouvent que les gélatines du commerce contiennent toujours une quantité notable de chlorure de calcium (de 2 à 5 %). Nous avons de plus constaté que, quand on injectait à des animaux de la gélatine débarrassée du chlorure de calcium qu'elle contient naturellement, la coagulabilité du sang diminuait plutôt qu'elle n'augmentait.

De cette double série de recherches, nous croyons pouvoir conclure que les prétendues propriétés coagulantes de la gélatine appartiennent, en réalité, à la fonction acide de cette substance et à la chaux qu'elle contient.

M. Laveran demande s'il faut déduire des expériences de M. Gley que la chaux doit être substituée à la gélatine, lorsqu'on cherche en thérapeutique à augmenter la coagulabilité du sang.

M. Gley dit que le chlorure de calcium est employé avec succès pour combattre l'hémophilie; on peut cependant admettre que la gélatine n'agit pas seulement sur la coagulabilité du sang par la chaux qu'elle contient, mais qu'il y a lieu de faire jouer également un rôle à son acidité et peut-être aussi d'invoquer une action mécanique.

Du siège des anesthésies cutanées chez les tabétiques dans leurs relations avec les crises gastriques et intestinales.

M. Heitz. — Il résulte de recherches que j'ai faites sur 67 tabétiques, que l'anesthésie de la région thoracique coïncide presque toujours avec l'apparition de crises gastriques.

Chez une malade présentant une crise intestinale pure sans participation de l'estomac, l'anesthésie cutanée, au lieu de siéger au thorax, s'étendait sur la partie supérieure du ventre, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au voisinage du pubis (territoire des racines dorsales, de la septième à la douzième).

La crise viscérale terminée, ces anesthésies disparaissent tout à fait, mais seulement quand le tabes est encore près de son début. Plus tard, il persiste un certain degré d'hypoesthésie plus prononcé au tact qu'à la douleur.

Les sujets qui n'ont jamais eu de crises gastriques n'offrent pas, en général, d'anesthésie de la région thoracique. L'exploration de la sensibilité de la région thoracique peut donc servir, dans les cas difficiles, à faire le diagnostic entre la crise de tabes et les crises de douleurs épigastriques avec vomissements, dépendant d'autres affections.

Inflammation épithéliale pseudo-néoplasique.

M. Ramond. — L'injection, dans l'uretère du lapin, de poivre, de charbon, de talc, de sous-nitrate de bismuth ou de naphtol finement pulvérisés, suivie de la ligature du canal, amène au bout d'un mois des réactions dans le rein, très différentes de celles qu'obtinrent Straus et Germont par la ligature simple. En certains points, en effet, il y a une prolifération épithéliale pseudo-néoplasique manifeste; mais cette prolifération, si intense qu'elle soit, ne dépasse pas la barrière du canalicule; elle n'est donc pas infectante. Elle représente, par rapport au cancer vrai, ce que le pseudo-tubercule, provoqué par des corps inertes, est au tubercule vrai bacillaire.

Infection tuberculeuse du chien par les voies digestives.

M. F. Arloing (de Lyon) envoie une note de laquelle il résulte que l'ingestion de bacilles tuberculeux humains a été capable d'infecter le tube intestinal du chien 3 fois sur 7, soit dans 42 % des cas. Cette tuberculose d'origine intestinale s'est généralisée 2 fois, donnant lieu à la production de tubercules dans la rate et dans les poumons. Deux fois aussi, en l'absence de toute lésion macroscopique et microscopique gastro-intestinale, les ganglions périgastriques ont été trouvés histologiquement tuberculeux. Ces constatations prouvent une fois de plus que les bacilles de la tuberculose peuvent franchir la muqueuse intestinale saine sans laisser de traces de leur passage, et infecter ensuite tout l'organisme.

Ces faits imposent une sage réserve lorsqu'il s'agit de préciser la porte d'entrée d'une tuberculose pulmonaire, l'absence de lésions intestinales n'interdisant pas de soupçonner l'origine digestive primitive de l'infection tuberculeuse.

Bacilles acido-résistants chez les syphilitiques.

MM. Rappin et **Henrot** (de Nantes) adressent une note dans laquelle ils disent avoir constaté, dans le produit de raclage d'un chancre induré, de plaques muqueuses, etc., la présence d'un bacille acido-résistant identique à celui que Lustgarten a découvert autrefois dans ces mêmes lésions. Ce microorganisme a été également trouvé dans l'urine de plusieurs syphilitiques (3 sur 7), et dans ces cas il s'agissait de malades au début ou en pleine période de réinfection.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 mars 1903.

Sur la maladie de Barlow.

M. Michael Cohn fait observer, à propos de la symptomatologie de cette affection, que les hémorrhagies s'y localisent en des régions physiologiquement ou pathologiquement hyperémiées chez l'enfant, à savoir les gencives (dentition), les membres inférieurs (premiers pas), l'orbite (congestion à l'occasion des cris).

M. Beuthner communique un cas de maladie de Barlow chez un enfant issu de souche hémophilique.

M. Brat relate l'observation d'un petit garçon atteint de la même affection, chez lequel la plaie consécutive à une circoncision ne se cicatrisa que lorsqu'un changement de régime eut modifié l'état général. Rappelant ensuite l'incoagulabilité du sang sous l'influence de la peptone, l'orateur se demande si des recherches chimiques sur le sang ne révéleraient pas la cause intime de la maladie de Barlow.

M. E. Müller déclare que, d'après ses expériences, les substances albuminoïdes, les graisses et les hydrocarbonés sont aussi bien assimilés dans l'alimentation au lait cuit que dans le régime au lait cru, mais avec ce dernier la chaux est mieux utilisée.

M. Senator dit que la maladie de Barlow réalise le tableau d'une anémie progressive avec tendance aux hémorrhagies. Il pense comme M. Brat que des recherches hématologiques pourraient fournir des résultats positifs; c'est ainsi que, sur les préparations qu'il a faites, l'orateur a trouvé une formule sanguine rappelant celle de l'aplasie de la moelle osseuse d'Ehrlich; la faible proportion des polynucléaires (14 %) était particulièrement frappante. Quand on rapproche de cette constatation le fait que, dans la maladie de Barlow, la moelle des os est pauvre en éléments cellulaires, « aplasique », on est naturellement porté à établir un rapport entre ces deux circonstances.

M. Jacusiel croit qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à la fréquence plus grande de la maladie de Barlow à Berlin, car la mortalité infantile y a notablement diminué dans ces dernières années, ce que l'orateur attribue à des méthodes d'allaitement plus rationnelles et à l'emploi du lait stérilisé. Que le lait surchauffé soit altéré, cela est connu depuis longtemps, mais ce n'est pas un motif pour préconiser d'une façon générale l'usage du lait cru, qui, d'après M. Jacusiel, doit être réservé aux enfants atteints de maladie de Barlow.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Addition à la séance du 23 mars 1903.

Nouvelles recherches sur les streptocoques.

M. Aronson rend compte des recherches qu'il a poursuivies depuis six mois sur la spécificité des diverses races de streptocoque, et notamment sur le point de savoir s'il existe des différences entre les streptocoques isolés directement de l'homme et ceux qui ont subi plusieurs passages sur l'animal.

Les expériences antérieures de l'orateur lui avaient prouvé que tous les streptocoques agissent sensiblement de même sur les animaux. MM. Wassermann et Meyer ont cependant observé, sur de petits animaux, des affections spécifiques après inoculation de streptocoques provenant d'un rhumatisme articulaire, mais M. Aronson a pu se convaincre, par de nombreuses inoculations au cheval, que tout streptocoque virulent, quelle qu'en soit l'origine, détermine une inflammation articulaire aiguë avec gonflement de la jointure, fièvre, et parfois propagation au cœur (endocardite végétante des valvules aortiques).

Par les tentatives d'immunisation, on n'arrive pas davantage à mettre en évidence la spécifi-

cité des différentes variétés de streptocoque, car un sérum provenant d'un animal inoculé avec un streptocoque déterminé immunise contre n'importe quelle infection streptococcique. De même, un tel sérum agglutine également les diverses races de streptocoque.

Toutes ces recherches ayant été faites avec des streptocoques dont la virulence avait été exaltée par de nombreux passages, l'orateur a voulu en exécuter de nouvelles avec des streptocoques provenant immédiatement de l'homme. M. Meyer, en effet, a vu que le sérum d'un cheval injecté directement avec un streptocoque fourni par un rhumatisme articulaire agglutinait avec une intensité particulière les streptocoques du rhumatisme, tandis que son action était moins nette sur ceux de la scarlatine, et presque nulle sur ceux de la septicémie. M. Aronson a donc utilisé 10 cultures de scarlatine, 3 de rhumatisme articulaire, 4 de septicémie puerpérale, 2 de septicémie ordinaire, 1 d'otite, ainsi que 3 cultures de streptocoques d'adénite du cheval. Il a pu s'assurer de la sorte, après avoir fait plus de 1,000 expériences au moyen du sérum de 10 chevaux immunisés avec divers streptocoques, que l'agglutination n'est pas une « réaction de groupe » mais une réaction individuelle; c'est ainsi que le sérum d'un cheval immunisé avec un streptocoque scarlatineux n'agglutinait pas tous les streptocoques scarlatineux, mais seulement celui qui avait servi à l'immuniser. Ces recherches n'ont donc pas confirmé les résultats de M. Meyer. Elles infirment également l'hypothèse de M. Moser, relative à la spécificité du streptocoque de la scarlatine; aussi M. Aronson estime-t-il qu'il ne saurait y avoir un sérum antiscarlatineux spécifique.

L'orateur a essayé sur un grand nombre d'animaux le pouvoir immunisant du sérum des chevaux immunisés comme il vient d'être dit, mais ces tentatives ne sont pas encore concluantes, parce qu'il faut des doses très élevées de culture pour tuer les animaux témoins; il semble toutefois que ce sérum soit surtout efficace à l'égard de la race de streptocoque qui a servi à inoculer le cheval. Cela étant, M. Aronson injecte maintenant, d'une façon systématique, ses chevaux producteurs de sérum, non seulement avec des streptocoques virulents pour les animaux, mais aussi avec des streptocoques provenant directement de l'homme.

Applications cliniques du sérum antistreptococcique.

M. Menzer fait observer, à propos de la récente communication de MM. Meyer et Michaelis sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 97), que le sérum antistreptococcique ne saurait prétendre à détruire les microbes, mais seulement à aider l'organisme dans sa lutte contre ceux-ci; aussi faut-il dans certains cas associer la sérothérapie à l'intervention chirurgicale (évacuation d'une collection purulente, par exemple). Le sérum peut être injecté dans les veines sans danger : l'orateur, une minute après une injection intraveineuse de 1 c.c. 5, a vu survenir de la dyspnée et de la cyanose du visage, comme s'il y avait embolie pulmonaire, mais ces accidents se sont dissipés en très peu de temps.

M. Lohmer déclare avoir employé à l'hôpital Moabit le sérum d'Aronson dans un cas d'érysipèle facial. Deux injections de 40 c.c. chacune, faites respectivement au troisième et au cinquième jour, demeurèrent sans résultat; une troisième injection, au septième jour, amena la chute de la température, mais la fièvre reparut au bout de quarante-huit heures, si bien que l'on dut faire une quatrième injection; deux jours plus tard la défervescence était définitive; sur ces entrefaites survint une otite moyenne et, au dix-neuvième jour, un exanthème scarlatiniforme, imputable au sérum, d'après l'orateur.

M. A. Baginsky dit que, depuis sa communication sur la sérothérapie antistreptococcique de la scarlatine (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 394), il a traité 56 cas de scarlatine par le sérum antistreptococcique, avec 8 décès; toutefois, parmi les malades qui ont succombé, un certain nombre étaient arrivés à l'hôpital dans un état désespéré. La quantité de sérum injecté a varié de 20 à 70 c.c. La chute de la température, sur laquelle M. Moser a insisté, n'a rien de spécifique, car on l'observe aussi dans des cas non soumis à la sérothérapie; mais ce qui est surprenant, c'est la rareté des complications chez les malades traités par le sérum, et cela bien que ces essais aient été faits au cours d'une épidémie assez sévère. Au total, l'orateur, tout en demeurant plutôt sceptique au sujet du pouvoir curatif du sérum, reconnaît que « l'impression générale n'est pas défavorable » et croit qu'on peut préconiser l'emploi de la sérothérapie dans les cas appropriés.

M. F. Meyer déclare qu'il a récemment vu à Vienne des scarlatineux traités par le sérum de Moser, avec des résultats remarquables, notamment au point de vue de la chute de la température et de l'euphorie éprouvée par les patients.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 4 avril 1903.

Syphilis des mères et syphilis des nouveau-nés.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Mracek** a communiqué les résultats de ses recherches sur un grand nombre de femmes et d'enfants syphilitiques. Les femmes ont été réparties en 7 catégories. Le premier groupe concerne 17 mères, qui ont été infectées du deuxième au huitième mois de leur grossesse, et chez lesquelles on constata des accidents secondaires; elles mirent au monde des enfants macérés, ou nés avant terme ou à terme, morts ou vivants. La seconde catégorie comprend 26 mères infectées au moment de la conception : elles ont eu des accouchements prématurés ou ont donné naissance à des fœtus morts et macérés. Sur 22 mères infectées peu de temps avant la conception (troisième groupe), 50 % ont eu des accouchements avant terme, ou ont mis au monde des enfants macérés. Dans la quatrième catégorie, l'orateur range 55 femmes dont l'accident initial datait de deux à six ans; elles ont eu des fœtus macérés, rarement des fausses couches ou des enfants à terme et vivants. 9 femmes — constituant le cinquième groupe —, dont l'infection remontait de six à vingt-cinq ans, ont eu des enfants macérés, morts ou nés à terme. A la sixième catégorie ressortissent 22 femmes, dont l'infection n'était pas prouvée mais vraisemblable, et qui ont eu des fœtus macérés ou des accouchements prématurés avec des enfants vivants. Le septième groupe enfin compte 11 femmes n'ayant jamais présenté aucun signe apparent de syphilis, et qui ont eu cependant des fœtus macérés ou des enfants mort-nés prématurément.

La syphilis, en effet, peut facilement passer inaperçue chez la femme : sur les 129 femmes manifestement syphilitiques observées par M. Mracek, 77 ignoraient leur maladie. Il est probable que l'accident primitif siège fréquemment au niveau de l'utérus et reste méconnu. On comprend que, dans ces cas, le traitement spécifique du mari ne suffise pas pour préserver les fœtus, et que, au contraire, celui de la mère donne de très bons résultats.

Chez 4 femmes, l'orateur a vu naître alternativement des enfants syphilitiques et des enfants sains.

Les accidents tertiaires eux-mêmes doivent être considérés comme contagieux, car des femmes ayant eu des gommes peuvent donner naissance, même après guérison, à des enfants syphilitiques.

Parmi les rejetons des femmes étudiées par M. Mracek, 18 ont eu une syphilis hémorrhagique, 34 des ostéochondrites; 80 % d'entre eux présentaient de la syphilis hépatique; on a noté, en outre, chez quelques-uns, des tumeurs de la rate, de la syphilis intestinale, pulmonaire, cardiaque, cérébrale, cutanée, etc. La mortalité globale de ces enfants a été de 90 %.

Dans 47 % des cas, le placenta était le siège de lésions telles que : augmentation de poids, de volume, infiltration des villosités par de grandes cellules, prolifération des vaisseaux des villosités, dégénérescence calleuse des parois vasculaires et occlusion des vaisseaux, hémorrhagies, dégénérescences graisseuses et calcifications. Le plus souvent les altérations occupaient la partie fœtale du placenta; elles intéressaient cependant toute l'épaisseur de cet organe chez les fœtus les plus âgés et semblaient bien avoir débuté pendant la vie des enfants. Les vaisseaux du cordon ombilical offraient dans 10 cas les mêmes lésions.

Le placenta est altéré surtout lorsque l'infection a eu lieu pendant la conception, plus rarement dans les cas d'infection post-conceptionnelle (23 %). Malgré la syphilis de la mère et du placenta, on peut observer la naissance de rejetons ne présentant aucune lésion. La mort des fœtus doit être attribuée à des lésions organiques graves, à l'action des toxines, à l'inanition ou à des hémorrhagies placentaires. Plus les fœtus sont infectés précocement, plus leur syphilis est grave. Ni l'âge, ni la forme de la syphilis maternelle ne permettent de conclure avec certitude à la transmission de la maladie au fœtus. Dans 9 cas, l'orateur a constaté des altérations du placenta sans aucune lésion spécifique chez la mère.

La longue période pendant laquelle la syphilis maternelle reste transmissible au fœtus impose le devoir de soumettre à une cure très prolongée les femmes syphilitiques.

M. Ed. Lang relate plusieurs faits qui prouvent que les exanthèmes syphilitiques peuvent faire défaut. L'orateur admet, en outre, que le virus des formes tardives de la syphilis agit beaucoup plus rapidement chez le fœtus que chez l'adulte, en raison de l'insuffisance des substances protectrices chez le premier.

M. Eisenschitz estime que les enfants chez lesquels les accidents spécifiques ne se montrent que quelques semaines après la naissance sont bien moins en danger, *quoad vitam*, que ceux qui naissent avec ces accidents.

Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate.

M. O. Zuckerkandl a présenté un homme de soixante-deux ans, chez lequel il a pratiqué l'ablation de la prostate hypertrophiée, par la voie périnéale. Depuis huit ans le malade souffrait d'une rétention d'urine qui nécessitait le cathétérisme jusqu'à 40 fois par jour. Des hématuries étant survenues, le patient consentit à être opéré. L'orateur pratiqua l'ablation intracapsulaire de la prostate et plaça un cathéter que l'on retira au bout de cinq semaines. Actuellement le malade n'offre aucun trouble de la miction et reste pendant quatre à cinq heures sans uriner, ce qui prouve que les muscles vésicaux peuvent être indemnes, même après une rétention d'ancienne date.

Localisation bulbaire des mouvements mimiques.

Dans la séance du 2 avril de la Société de médecine interne de Vienne, **M. Max. Sternberg** a relaté des observations d'anencéphales chez lesquels diverses excitations déterminaient certaines réactions mimiques, ce qui semble prouver que le bulbe rachidien peut être le siège de ces réactions, contrairement à l'opinion de M. Nothnagel et de M. Bechterev, pour lesquels le centre des mouvements mimiques se trouverait dans les parties supérieures de l'encéphale (couches optiques, écorce cérébrale). Toutefois, s'il est vrai que, malgré l'absence ou la lésion des couches optiques, on peut provoquer des réactions tristes (*Unlustaffekte*), il résulte des faits publiés qu'en pareil cas on n'obtient jamais l'expression du rire. On peut donc supposer que le centre des mouvements de tristesse siège dans le bulbe rachidien, tandis que celui du rire serait situé dans la couche optique.

M. Nothnagel fait observer que, dans les recherches qu'il a faites autrefois sur cette question, il n'a visé que les réactions mimiques qui surviennent à la suite d'une cause psychique; le rire, par exemple, n'est jamais un acte purement réflexe, mais exige toujours l'intervention d'un élément psychique; or, il semble bien prouvé que la destruction des couches optiques ou d'une certaine étendue de l'écorce cérébrale abolit les réactions mimiques de ce genre.

Dr Schnirer.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Chicago, le 15 mars 1903.

La radiothérapie à Chicago.

A plusieurs reprises déjà, j'ai eu l'occasion d'appeler l'attention sur l'intérêt que suscitent aux Etats-Unis les applications thérapeutiques des rayons de Röntgen : il n'est guère de ville de quelque importance qui n'ait son laboratoire de radiothérapie. Il semble, cependant, que ce mode de traitement soit surtout en faveur dans trois centres principaux, qui sont Boston, Philadelphie et Chicago; à New-York, au contraire, on emploie moins ce moyen, ainsi que j'ai eu l'occasion de le montrer à propos du traitement des tumeurs malignes tel qu'il est pratiqué dans cette ville. Pour compléter les renseignements antérieurement fournis sur Boston et Philadelphie, je vais exposer maintenant ce que j'ai appris sur ce sujet à Chicago, notamment d'après les renseignements qu'a bien voulu me fournir M. le docteur W. Allen Pusey, qui a abandonné, depuis trois années, la dermatologie pour la radiothérapie et qui prépare actuellement un ouvrage sur cette matière.

Au point de vue de la technique, je signalerai seulement que M. Pusey prend son courant électrique sur un courant industriel distribué à Chicago pour l'éclairage. Il le convertit généralement en un courant de faible voltage (environ 35 volts); rarement il a recours à une tension de 110 volts.

Dans les cas de cancroïde, par exemple quand il s'agit d'un épithélioma de la lèvre, le bistouri du chirurgien est souvent aussi efficace que les rayons de Röntgen. Mais la supériorité de ceux-ci apparaît pour les cancers de la peau, devenus, de par leurs dimensions, inopérables. M. Pusey a bien voulu me montrer, entre autres, les documents relatifs à un vaste épithélioma ayant envahi les téguments dans toute l'étendue du front et des paupières, ainsi que la plus grande partie du nez, et ayant entraîné la destruction de l'œil gauche. C'était un de ces cas inopérables que, par euphémisme, les statistiques officielles de la Grande-Bretagne désignent encore actuellement sous le nom d'ulcère rongeant et qui ne sont, en réalité, que des épithéliomas bien caractérisés de la peau. Ainsi qu'en témoignaient une série de photographies prises pendant le cours du traitement, ce vaste ulcère, sous l'influence des rayons de Röntgen, se détergea rapidement; actuellement — au bout de quatre mois — il est remplacé dans toute son étendue par de la peau, mince et fragile, il est vrai, mais saine et de bon aloi. Le traitement va encore être continué pour éviter la récidive.

Malgré ces brillants résultats, on ne saurait, bien entendu, considérer la radiothérapie comme une panacée universelle. Il semble même que, si les premières tentatives faites dans cette voie n'ont guère attiré l'attention, cela tient, en partie, à ce que leurs auteurs ont quelque peu exagéré la valeur de la méthode. De là vient que, par suite d'une réaction en sens inverse, on s'est efforcé d'établir, avec un soin particulier, les restrictions à apporter dans les indications du traitement röntgénien. C'est dans cet ordre d'idée que M. Pusey insiste sur l'inutilité de la radiothérapie dans les cancers profondément situés, tels que le cancer de l'estomac. Il ne croit même pas à son efficacité pour la totalité des épithéliomas classés parmi les cancers dits accessibles; dans le cancer de l'utérus, par exemple, il n'a jamais obtenu d'amélioration positive par les rayons cathodiques; seul l'élément douleur a paru influencé. Cependant, quand les malades sont vues d'assez bonne heure pour que l'opération chirurgicale puisse être pratiquée avec succès, M. Pusey fait actuellement, à titre d'essai, des applications radiothérapiques en vue de combattre les récidives dans la cicatrice vaginale.

Par contre, dans le cancer du sein, la radiothérapie semble susceptible de fournir des résultats, sinon absolument réguliers et constants, du moins fort satisfaisants, même dans des cas inopérables, si bien que plusieurs chirurgiens de Chicago, notamment MM. les docteurs A. J. Ochsner, chirurgien de l'*Augustana Hospital*, et L. L. McArthur, chirurgien du *St. Luke's Hospital*, font systématiquement soumettre leurs opérées, après l'ablation du sein cancéreux et l'évidement de l'aisselle, à un traitement radiothérapique prolongé, dans le but de les mettre ainsi à l'abri d'une récidive ultérieure. A cet égard, il est intéressant de noter que les rayons cathodiques n'exercent *aucune* action sur les métastases, ganglionnaires et autres. Aussi est-ce du fait des métastases que ces malades succombent quelquefois, surtout de métastases rachidiennes.

Comme corollaire aux renseignements fournis sur New-York, j'ajouterai que, dans le traitement du sarcome, j'ai vu plusieurs très bons résultats obtenus par M. Pusey.

On entend relativement peu parler de la radiothérapie des tuberculoses de la peau aux Etats-Unis. La raison en est, d'après ce que m'a dit M. Pusey, que le lupus — le lupus vulgaire plus même que le lupus érythémateux — constitue dans ce pays, contrairement à ce qui a lieu en Europe, une maladie que l'on a rarement l'occasion d'observer. C'est là un point de géographie médicale pour lequel je n'ai pas pu trouver d'explication plausible.

Dans les différentes formes de la leucémie, il semblerait également que la radiothérapie pût rendre des services, à en juger par les succès que cette méthode a donnés à M. Pusey. M. le docteur Nicholas Senn, professeur de chirurgie au *Rush Medical College* de l'Université de Chicago et chirurgien du *Presbyterian Hospital*, aurait également vu survenir la guérison complète dans un cas très avancé de maladie de Hodgkins.

M. Pusey a entrepris des recherches sur les modifications histologiques qui interviennent dans les tissus sous l'action des rayons de Röntgen, recherches dont il a bien voulu me communiquer les résultats avec préparations microscopiques à l'appui. Il me paraît d'autant plus intéressant de faire connaître ici les conclusions auxquelles est arrivé M. Pusey, qu'il y a jusqu'à un certain point — on le verra — discordance entre ces résultats et ceux qu'a obtenus M. Ellis à Philadelphie (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 426).

Pour se rendre compte de l'effet exercé sur les tissus cancéreux par les rayons cathodiques, M. Pusey a excisé des lambeaux de tumeur aux différentes périodes du traitement radiothérapique et les a soumis à l'examen histologique. Il s'est convaincu ainsi que seules les parties néoplasiques sont influencées par les rayons de Röntgen, tandis que ceux-ci n'ont aucune action sur les parties saines environnantes.

Chronologiquement, les premières modifications apparaissent à la périphérie des amas de cellules cancéreuses. Puis le processus destructif envahit progressivement des couches de plus en plus profondes. Les éléments cancéreux dégénèrent au fur et à mesure, mais cette dégénérescence est d'une nature particulière. Habituellement, en effet, dans la nécrobiose, le corps cellulaire conserve plus ou moins parfaitement sa forme; le noyau s'altère le premier et les réactifs histochimiques déterminent dans la cellule une coloration diffuse générale. Au contraire, sous l'influence des rayons de Röntgen, la cellule et le noyau perdent tout d'abord leur forme, la chromatine nucléaire diffusant dans le protoplasma cellulaire où elle constitue des blocs qui ressemblent à ceux que forme la mucine. Les vaisseaux sanguins sont le siège d'une endartérite oblitérante active, et le degré de la dégénérescence des cellules cancéreuses est en raison directe des progrès de l'occlusion de la lumière vasculaire. Enfin, les cellules néoplasiques semblent détruites en vertu d'une véritable cytolyse aboutissant à leur résorption totale. Dans la cicatrice obtenue après guérison, M. Pusey n'a trouvé qu'une couche de tissu conjonctif normal, couche recouverte d'un épais stratum épithélial, les papilles du derme ayant disparu. A ce stade on ne constate plus trace de tissu néoplasique.

Pour M. Pusey, les rayons cathodiques agissent primitivement sur les cellules épithéliales elles-mêmes, les altérations qui surviennent dans celles-ci précédant de beaucoup l'apparition des lésions vasculaires. Il est même disposé à admettre que ces modifications se produisent dans tous les tissus, néoplasiques ou normaux, mais avec une rapidité et une intensité variables. Ce n'est qu'à une période ultime que les modifications de la circulation locale interviennent dans le processus réparateur.

On sait que l'application thérapeutique des rayons de Röntgen s'accompagne parfois de brûlures plus ou moins étendues qui constituent une complication des plus fâcheuses, en ce qu'elles créent des plaies s'infectant facilement, suppurant et suintant quelquefois pendant de longs mois, et plus encore en ce qu'elles obligent à suspendre le traitement et à retarder ainsi une intervention qu'il serait souvent urgent de poursuivre d'une façon active. On a expliqué ces brûlures par les causes les plus diverses; on est même allé jusqu'à dire qu'elles ne ressortissaient pas aux rayons cathodiques eux-mêmes, mais à certains éléments complètement étrangers. Tel n'est pas l'avis de M. Pusey, qui, dans le but de se faire une opinion sur cette question dont on conçoit toute la portée pratique, a entrepris des expériences d'où il semble résulter que les brûlures observées en radiothérapie sont bien imputables aux rayons de Röntgen.

En plaçant un cobaye sur une lame de plomb et en recouvrant la partie antérieure de l'animal avec une lame de même métal, épaisse de trois quarts de millimètre, la partie postérieure étant protégée par une plaque d'aluminium épaisse d'un demi-millimètre, M. Pusey met l'animal à l'abri de toute influence électrique, ainsi que de toute radiation pour laquelle le plomb ou l'aluminium ne seraient pas perméables. Préparé de la sorte, le cobaye est exposé pendant une heure et demie à une puissante ampoule de Crooks dont la cathode se trouve à 12 centimètres. Dix jours après, une brûlure accompagnée de chute du poil apparaît dans la zone qui a été recouverte d'aluminium, tandis que le reste de l'animal a été parfaitement garanti par la lame de plomb.

Les lésions produites dans cette expérience, qui a été répétée à plusieurs reprises toujours avec le même résultat, ne peuvent être imputées à des ondes électriques, le cobaye étant isolé par une sorte d'enveloppe métallique dérivée vers le sol. D'autre part, il ne saurait être question d'une intervention des rayons ultra-violets du spectre, que certains accusent des brûlures observées dans les applications radiologiques, puisque ces radiations ne traversent ni le plomb ni l'aluminium. Par exclusion, M. Pusey arrive ainsi à déduire de ses recherches que seuls les rayons de Röntgen présentent les propriétés que l'on doit supposer réunies dans l'agent physique qui détermine les brûlures en question.

Les observations cliniques paraissent d'ailleurs entièrement favorables à cette façon de voir; si, en effet, on entoure de lames de plomb une zone déterminée, la brûlure est rigoureusement circonscrite à la partie non garantie, dont la limite n'est jamais dépassée par la lésion. Le fait que des décharges électriques provoquent une dermatite de tous points analogue à celle que produisent les rayons de Röntgen ne prouve nullement que dans les deux cas le même agent soit la cause de la lésion : que le masque de plomb, en effet, soit ou non dérivé vers le sol, l'effet est le même, les parties qui se trouvent cachées par l'écran demeurant indemnes dans un cas comme dans l'autre; on ne peut, par conséquent, faire intervenir des phénomènes électriques dans la pathogénie de la dermatite röntgénienne (1).

Quant à savoir *comment* agissent les rayons cathodiques, M. Pusey pense que ce sont les propriétés actiniques de ces rayons qu'il faut incriminer en l'occurrence. Ces propriétés sont très analogues aux propriétés actiniques de la lumière. En effet, comme certaines radiations lumineuses — la partie ultra-violette du spectre —, les rayons de Röntgen sont invisibles, déterminent dans certaines substances des effets fluorescents qui les rendent perceptibles à la vue, agissent de façon analogue sur les sels d'argent et provoquent des lésions inflammatoires identiques dans la peau et les tissus souscutanés. On le voit, il y a là entre les rayons lumineux et les rayons cathodiques une série de points de contact qui permettent de penser, conformément aux vues de M. Pusey, à la nature actinique de l'action radiologique.

Dr Francis Munch (de Paris).

(1) Théoriquement, l'écran protecteur de plomb doit avoir un millimètre et demi d'épaisseur pour être complètement imperméable aux rayons de Röntgen. En pratique, une lame de moitié moins épaisse suffit avec la durée de pose que l'on emploie habituellement en radiologie. — F. M.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Un cas de névrite des nerfs splanchniques, par M. H. Stilling.

L'auteur relate l'observation d'une femme de quarante ans, dont l'affection débuta par de la bronchite, de l'oppression et des palpitations. Quelques mois plus tard, on constatait une tuméfaction du foie, qui augmenta rapidement de volume; puis il survint de l'ascite, mais à aucune époque de la maladie il n'y eut d'ictère. L'épanchement ayant atteint des proportions considérables, la malade fut transportée à l'hôpital pour y être opérée. La présence du liquide rendant tout examen impossible, on commença par faire une ponction; on put alors s'assurer que le bord inférieur du foie atteignait la crête iliaque, que la consistance de l'organe était uniforme, et sa surface lisse. L'ascite se reforma très rapidement et l'on fut obligé de placer un drain pour donner issue à la sérosité; cette femme mourut au bout de deux mois environ.

A l'autopsie, on trouva un foie tuméfié, très hyperémié, pesant 2,350 grammes; la rate était de même hypertrophiée et pesait 500 grammes; les reins, congestionnés, offraient une couleur sombre et une consistance ferme. Au niveau du tube digestif on ne releva pas de lésions apparentes. Le nerf splanchnique droit avait une épaisseur inusitée et une coloration gris rosé; un réseau de vaisseaux gorgés de sang traversait la gaine du nerf, qui présentait par places des nodosités en forme de chapelet. Le splanchnique gauche n'offrait pas de lésion macroscopiquement appréciable. Le plexus et le ganglion solaires, ainsi que les cordons sympathiques lombaires, semblaient de même intacts. L'autopsie du cerveau ne révéla pas de lésion apparente; on ne put examiner la moelle.

Sous le microscope, on reconnut que le nombre des fibres à myéline, dans le nerf splanchnique droit, était considérablement réduit, de sorte que ce nerf se présentait sous forme d'un tissu fibrillaire, contenant de nombreux noyaux allongés et dans lequel subsistaient de loin en loin quelques restes de fibres colorées en noir par l'acide osmique. Nulle part on ne trouva de fibres à myéline intactes sur toute l'étendue de leur parcours. Par places cependant, on remarquait quelques faisceaux de fibres fines paraissant normales sur une assez grande longueur. Ces fibres prenaient naissance dans un petit ganglion situé dans le tronc même du nerf splanchnique; elles correspondraient, d'après M. Stilling, aux *post-ganglionic fibres* de Langley. Le nerf était traversé par de nombreux vaisseaux gorgés de sang, à la surface desquels on constatait de multiples amas cellulaires constitués surtout par de petits leucocytes mononucléaires. La dégénérescence du nerf put être poursuivie jusqu'au ganglion solaire, lequel n'était pas altéré d'une manière appréciable. Le splanchnique gauche, beaucoup moins atteint que le droit, n'était cependant pas absolument indemne.

L'auteur estime que l'ascite et l'hyperémie du foie, qui ont causé la mort de la malade, sont une conséquence directe de la névrite des nerfs splanchniques, et que la dégénérescence du muscle cardiaque et l'emphysème pulmonaire — qu'avait également révélés l'autopsie — doivent être considérés comme des lésions secondaires, insuffisantes pour expliquer les troubles abdominaux. Il s'agirait donc ici d'une ascite nerveuse. La phlébite oblitérante de la veine hépatique est la seule affection qui pourrait créer quelques difficultés au point de vue du diagnostic différentiel; mais dans le présent cas, il n'existait pas trace de thrombose des veines du foie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIII.) — A. J.

Hémorrhagies post-partum : contribution à leur étiologie, par M. F. Ahlfeld.

On impute souvent à l'atonie utérine des hémorrhagies qu'on ne sait à quelle cause attribuer; toutefois, une analyse plus exacte permettrait peut-être souvent de les rattacher à une étiologie moins banale, comme ce fut le cas chez la malade dont M. Ahlfeld relate l'observation.

Une femme de vingt-neuf ans, assez bien constituée, sans antécédents morbides notables, sauf que ses trois grossesses antérieures s'étaient toutes trois terminées soit prématurément soit par avortement, se fit admettre à la maternité de Marbourg vers le sixième mois de sa quatrième grossesse, dans l'espoir de prévenir le retour de pareils accidents; au bout d'un mois cependant elle entrait en travail. Au moment de la rupture de la poche des eaux, elle perdit déjà un peu de sang; après l'accouchement cette perte recommença et trois heures plus tard la parturiente succombait; l'hémorrhagie n'avait pas discontinué et la quantité de sang perdue s'élevait à un peu plus de 2 litres. Injections chaudes, seigle ergoté, tamponnements et quelques autres moyens avaient été en vain employés. En l'absence de déchirure du col, on ne voyait guère que l'inertie utérine à incriminer : l'utérus, en effet, bien que sa dureté ne fût pas excessive, était loin d'être absolument flaccide.

La seule particularité révélée par l'autopsie fut la présence d'une rate minuscule, mesurant 5 centim. 1/2 de long et ne pesant que 17 grammes. L'utérus était intact, ses parois avaient leur épaisseur normale. La cavité abdominale contenait de 40 à 50 grammes de sang ayant, sans doute, reflué par les trompes. Par contre, l'analyse du sang perdu pendant et après la délivrance démontra une diminution assez notable des sels et de l'hémoglobine et surtout une absence complète de fibrinogène; l'addition de ce ferment suffisait à déterminer une coagulation typique. Il s'agissait en somme d'un état hémophilique, que rien jusque-là n'avait permis de soupçonner. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.) — R. DE B.

L'endométrite bactériotoxique, par M. M. Walthard.

Dans le présent travail M. Walthard étudie une forme particulière d'endométrite qui paraît devoir être attribuée aux toxines bactériennes et non à l'action directe des microorganismes.

Chez 4 malades ayant offert des phénomènes de métrite ou d'infection générale suite de métrite, l'auteur put constater que la muqueuse ou les couches musculaires de la matrice étaient absolument dépourvues de germes. Par contre, l'examen soit des liquides, soit des fragments de tissus (débris ovulaires abortifs) recueillis dans l'intérieur de la cavité utérine démontrait la présence de microbes divers : streptocoques, diplostreptocoques, staphylocoques, colibacille, bactérie de l'œdème malin; tous ces microorganismes, bien qu'appartenant à des espèces pathogènes, étaient dépourvus de virulence. Il ne s'en était pas moins développé des phénomènes d'infection utérine — chez une femme de soixante ans la métrite s'était même accompagnée d'un pyomètre de 3 litres — ou même d'infection générale (fièvre et son cortège habituel de symptômes). Or, la paroi utérine étant absolument dépourvue de germes, tandis que les liquides intra-utérins et les débris abortifs en contenaient un grand nombre, il semble permis de conclure que l'infection locale, elle aussi, était d'origine toxique.

Ces diverses infections furent bénignes. Quant à leur point de départ, il faut le chercher vraisemblablement dans le vagin, les malades n'ayant antérieurement présenté aucun état pathologique capable d'engendrer une infection hématogène. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé de drainage de la cavité abdominale.

Pour drainer la cavité abdominale, on se sert habituellement soit de tubes en caoutchouc ou en verre, soit de mèches de gaze. Les deux procédés ne sont pas exempts d'inconvénients. En effet, le drainage au moyen d'une mèche de gaze expose les tissus avoisinants à l'infection par les produits de sécrétion de la plaie et à la formation d'un phlegmon de la paroi abdominale; d'autre part, les drains en caoutchouc — qu'on emploie couramment — risquent à la longue, en durcissant, de déterminer des eschares des parois intestinales. Afin de remédier à cet état de choses, M. le docteur A. von Mosetig-Moorhof, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne, a imaginé une méthode qui réunirait les avantages des deux procédés usuels de drainage, sans en présenter les inconvénients, et qui est basée sur le même principe que le *drain en cigarette*, utilisé par les chirurgiens de Boston et de Philadelphie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 90). Voici en quoi consiste la pratique adoptée par notre confrère et décrite récemment par MM. les docteurs Silbermark et Hirsch : on prend une bande de gaze iodoformée, ayant une longueur de 20 centimètres et large de trois travers de doigt et, après l'avoir pliée en rouleau peu serré, on en entoure le tiers supérieur d'une feuille de gutta-percha laminée, de manière que la gaze dépasse d'un travers de doigt le bord de l'enveloppe imperméable. La largeur de cette enveloppe varie nécessairement suivant l'épaisseur de la paroi abdominale, la feuille de gutta-percha devant largement dépasser aussi bien le bord inférieur que le bord supérieur de la plaie. Les deux tiers inférieurs de la bande de gaze doivent être dépliés, et, au besoin, on divise cette portion en autant de lanières qu'il y a de foyers à drainer. Le tout (gaze et enveloppe de gutta-percha) est à peu près du volume d'un doigt.

D'après MM. Silbermark et Hirsch, cette sorte de drainage présenterait, sur les procédés habituels, des avantages multiples : tout en assurant, comme le drainage ordinaire à la gaze, l'absorption des produits de sécrétion par capillarité, il mettrait cependant — grâce à son enveloppe imperméable — les tissus avoisinants à l'abri d'une infection secondaire; de plus, la gaze iodoformée ne se trouvant pas en contact immédiat avec les lèvres de la plaie, on éviterait ainsi la formation de ces adhérences qui entravent si souvent la cicatrisation des trajets fistuleux. Enfin, l'enveloppe de gutta-percha rendrait à peu près les mêmes services que les tubes à drainage, en facilitant l'écoulement continu des sécrétions, sans exposer les viscères à des blessures ou à des accidents par compression.

On renouvelle le pansement au bout de trois à cinq jours, sans rien toucher au drainage, qu'on laisse en place une huitaine ou une dizaine de jours. Afin d'éviter la rétention des produits de sécrétion dans les parties profondes de la plaie, M. von Mosetig-Moorhof a recours au moyen suivant : toutes les fois qu'on change le pansement, on verse à l'intérieur de la plaie quelques gouttes de glycérine; ce liquide, en raison de son poids spécifique élevé, tend à pénétrer dans la profondeur des tissus, s'infiltrant dans tous les coins et recoins de la plaie, et déplaçant vers la superficie les sécrétions qui se sont accumulées profondément et qui, sous l'influence d'une nouvelle quantité de glycérine, finissent par s'écouler par-dessus les bords de la plaie. Cette manœuvre est répétée jusqu'à ce que la glycérine versée dans le trajet de la plaie ne fasse plus apparaître la moindre goutte de sécrétion.

Le permanganate de potasse dans le traitement de l'érysipèle.

D'après l'expérience d'un médecin russe, M. le docteur E. I. Martzinovsky, les applications de permanganate de potasse constitueraient le meilleur moyen de traitement de l'érysipèle. Notre confrère procède de la façon que voici : après avoir plié en trois une compresse de toile, il l'arrose d'une solution de permanganate de potasse à 1 ‰ et l'applique sur les parties malades. Il importe de ne pas tremper la compresse dans le liquide, afin d'éviter la décomposition rapide de la solution.

Sous l'influence de ces applications, associées à l'usage interne de la quinine, le processus érysipélateux évoluerait rapidement vers la guérison et donnerait très rarement lieu à des complications. C'est ainsi que sur 130 cas d'érysipèle que M. Martzinovsky a eu l'occasion de traiter de la sorte à l'hôpital de l'Empereur Paul Ier, à Moscou, il n'a eu à enregistrer, en fait de complications, qu'une endocardite, deux abcès et deux phlegmons. Tous les malades ont guéri; dans quelques cas, particulièrement graves, la guérison a nécessité une semaine, mais, le plus souvent, elle survenait au bout de deux ou trois jours.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital cantonal (de Genève). — M. le professeur L. Bard.

Le ralentissement du pouls dans l'ictère : bradycardie ou rythme couplé ?

Le pouls est dit ralenti toutes les fois que le nombre des pulsations *régulièrement rythmées* perçues à la radiale est inférieur au chiffre normal de 70 à 72 par minute. Bien que la réserve que je viens de faire — à savoir que ces pulsations doivent être régulièrement rythmées — ne figure pas toujours explicitement dans les définitions du ralentissement du pouls, elle n'est en réalité méconnue par personne; nul ne désigne comme pouls ralenti le pouls dont le chiffre reste bas par le fait du manque d'un plus ou moins grand nombre d'ondées perçues, dans les grandes arythmies ou dans les états asystoliques.

Pendant longtemps, on a pu croire que le ralentissement *régulier* du pouls indiquait toujours un ralentissement correspondant des révolutions cardiaques; par suite, les termes de bradycardie et de ralentissement du pouls étaient synonymes et souvent pris l'un pour l'autre. On sait, depuis la description du rythme couplé du cœur par Hyde Salter en 1871, que le ralentissement du pouls peut être dû à l'existence de contractions cardiaques faibles ou avortées, insuffisantes pour se traduire à la radiale, régulièrement rythmées néanmoins, et de ce fait plus facilement méconnues.

Le rythme couplé a été l'objet, depuis cette époque, d'un nombre encore restreint de travaux; il est loin d'être présent à l'esprit de tous les cliniciens; on songe à lui beaucoup plus rarement qu'il ne le faudrait; aussi est-il considéré, même par ceux qui le connaissent et qui le décrivent, comme un phénomène fort rare, alors qu'il est au contraire extrêmement commun quand on a appris à le dépister dans ses formes les plus insidieuses.

Le rythme couplé est essentiellement constitué, comme son nom l'indique, par le groupement des révolutions cardiaques en couples successifs; ces couples comprennent d'ordinaire deux révolutions cardiaques, la seconde plus faible que la première, très rapprochées l'une de l'autre, mais suivies d'un intervalle compensateur tel que leur nombre total n'est pas modifié. Lorsque les deux révolutions cardiaques fournissent chacune une impulsion suffisante pour provoquer un soulèvement radial, le pouls ne change pas de fréquence, mais il prend un rythme spécial, désigné sous le nom de pouls bigéminé. Si la seconde révolution cardiaque s'affaiblit assez pour ne plus se révéler à la radiale, le nombre des pulsations n'atteint plus que la moitié de celui des contractions cardiaques, et c'est alors le rythme couplé proprement dit. Plus rarement, le couple est représenté par trois révolutions cardiaques, et le pouls ne traduit plus que le tiers de ces dernières : le rythme est dit tricouplé.

Maintenant que l'on connaît l'existence de cet ordre de phénomènes, on distingue, dans les cas de ralentissement du pouls, ceux qui sont dus à des ralentissements des révolutions cardiaques, et qui constituent les *bradycardies vraies*, de ceux qui relèvent du rythme couplé du cœur, et que l'on qualifie de *fausses bradycardies*. Toutefois, si la différence des définitions est nette et claire, le départ des deux modalités n'est pas, en clinique, aussi simple et aussi facile qu'on pourrait le croire au premier abord. Les progrès successivement réalisés dans l'étude du rythme couplé du cœur — je puis en parler en quelque connaissance de cause, y ayant pris, je crois, une part importante — ont consisté précisément dans l'effacement progressif des bradycardies vraies au profit des bradycardies fausses, effacement qui ira sans doute bientôt jusqu'à la reconstitution de l'unité primitive, mais au profit de ces dernières. Depuis que mon attention a été suffisamment portée sur ce point, depuis que j'ai appris à reconnaître les révolutions cardiaques frustes à leurs moindres indices, j'ai vu reculer sans cesse le domaine des bradycardies vraies; voilà plusieurs années que je n'ai plus pu en constater un seul cas, et, par contre, il ne se passe presque pas de mois où je ne retrouve des rythmes couplés, dans des ralentissements du pouls par fausse bradycardie, voire même dans des cas où la fréquence du pouls est à peine affaiblie, restant au voisinage de 60, c'est-à-dire constituant, après correction, de véritables tachycardies.

J'ai établi, il y a quelques années déjà, dans la thèse de mon élève L. Thouzellier (1), que la prétendue bradycardie des convalescents de maladies aiguës, si commune comme l'on sait, n'était qu'une forme de rythme couplé méconnue. Je puis vous montrer aujourd'hui deux malades, présents en même temps dans nos salles où ils sont entrés à quelques jours d'intervalle, dont l'étude vous prouvera qu'il en est exactement de même du ralentissement du pouls, si fréquent au cours de l'ictère.

Les deux patients sont atteints de cette forme d'ictère infectieux bénin qui répond au type classique de l'ictère catarrhal.

Le premier est un homme de vingt-huit ans, de nationalité italienne, célibataire, exerçant la profession de maçon. Il déclare s'être toujours bien porté jusqu'à l'affection actuelle, sauf, dit-il, plusieurs « coups de froid » qui ne l'ont jamais tenu au lit que quelques jours et qui n'ont pas eu de suites.

Son affection a débuté trois semaines environ avant son entrée par des troubles digestifs : diminution de l'appétit, bouche mauvaise, douleurs abdominales; il a gardé le lit quarante-huit heures, s'est purgé et a essayé de reprendre son travail. A ce moment, une douzaine de jours après le début, son entourage a remarqué qu'il devenait jaune. La coloration et la lassitude générale s'accentuant, il est entré à l'hôpital le 16 novembre.

On constate un ictère bien marqué, une légère tuméfaction du foie, la présence de pigments biliaires et d'urobiline dans l'urine, une décoloration complète des selles. Il n'y a pas de fièvre, mais une légère polyurie variant de 2 à 4 litres par vingt-quatre heures, sans albuminurie; l'urée est peu abondante (4.30 ‰). Le sérum sanguin contient des pigments biliaires.

Le pouls varie de 48 à 52 par minute, assez ample, parfaitement régulier; la pression artérielle à la radiale est faible : elle oscille entre 11 et 14 centimètres au sphygmomanomètre de Potain.

L'état général est bon; on ne relève aucun symptôme inquiétant. Le diagnostic d'ictère catarrhal ne laisse aucun doute; on me présente le malade comme un cas de bradycardie ictérique.

A l'auscultation du cœur, je trouve une anomalie des bruits, d'ailleurs assez faibles, anomalie constituée par un rythme à trois temps dont le dernier bruit, peu intense et comme lointain, paraît être en retard au début du grand silence; c'est là le bruit que M. Huchard a qualifié de « systole en écho », expression qui, toutes réserves faites sur la véritable pathogénie de ce symptôme, correspond assez bien à la sensation éprouvée.

Je n'hésite pas à voir là une preuve de l'existence d'un rythme couplé du cœur; cette première impression se confirme par la constatation d'un pouls veineux jugulaire bien marqué, dont les battements principaux sont exactement en nombre double des pulsations radiales, et qui par ce fait est caractéristique quand il existe. De plus, dans la station debout, les bruits du cœur reprennent leur rythme normal, en même temps que le pouls s'accélère jusqu'à atteindre 84 à 88 pulsations par minute à la radiale, d'ailleurs régulières et équidistantes; les tracés sphygmographiques montrent une différence d'aspect très nette entre les deux positions, mais sans qu'il y ait de bigémination dans la station debout.

Il n'existe ni vertiges, ni céphalée; il n'y a pas eu de syncope, et l'on ne constate pas de stigmates névropathiques appréciables.

Les jours suivants, l'ictère pâlit peu à peu, les selles reprennent leur coloration normale, la polyurie diminue; le pouls conserve quelques jours encore les mêmes caractères; mais, dès le 5 décembre, il se fixe à 80 environ, même dans la station couchée, et le pouls veineux cesse d'être perceptible; bref le rythme couplé a disparu. Le patient quitte l'hôpital le 27 décembre, paraissant complètement rétabli.

Le second malade, très semblable au premier, est un jeune homme de bonne santé générale, âgé de vingt et un ans, de nationalité bernoise, exerçant la profession de garçon laitier. Il a suivi, sans interruption et sans fatigue, successivement, du 28 juillet au 13 septembre, l'école de recrues d'infanterie; du 15 octobre au 15 novembre, une école de cadres pour devenir sous-officier. Pendant les derniers jours de ce service, il a commencé à tousser; à sa sortie il a repris ses occupations, toussant encore, mais ne se trouvant pas malade. Le 18 novembre, il prend de la fièvre, a quelques frissons et continue son travail avec un peu de peine. Les jours suivants il perd l'appétit, ressent une douleur sourde dans la région du foie, et se décide à entrer à l'hôpital le 26 novembre.

On remarque un ictère bien marqué; le foie, débordant les fausses côtes, est douloureux à la pression; les urines contiennent des pigments biliaires et des traces d'urobiline; les selles sont décolorées; le sérum sanguin donne la réaction de Gmelin. D'ailleurs, pas de fièvre, voire même légère hypothermie; pas de phénomènes inquiétants d'aucune sorte; pas de stigmates névropathiques manifestes.

Le pouls est ralenti : il bat de 48 à 52 fois par minute dans la station couchée et monte à 96 dans la position debout. Les bruits du cœur offrent nettement l'altération de rythme qui répond à la systole en écho, dans la station couchée seulement. La jugulaire présente un pouls veineux extrêmement accusé et très caractéristique : à chaque pulsation radiale correspondent quatre ondulations veineuses, dont la principale est constituée par un gonflement lent de la veine, suivi d'un affaissement brusque, diastolique; on perçoit ensuite une faible ondulation secondaire, et presque aussitôt un second affaissement brusque, qui achève le collapsus de la veine, et est suivi d'une dernière ondulation très peu marquée. Le pouls veineux disparaît dans la position debout.

Les pulsations du cœur sont faibles, peu intenses à la palpation et les tracés cardiographiques ne présentent pas une bien grande amplitude. Toutefois, ils accusent des différences très manifestes, à l'état de rythme couplé dans le décubitus (*fig. 1*), et à l'état de retour au

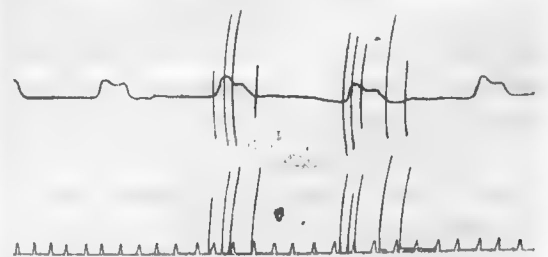


Fig. 1.

Tracé cardiographique de la pointe, dans la station couchée (48 pulsations radiales).

La ligne des temps marque le 1/5e de seconde; le couple complet dépasse légèrement les 6/5es de seconde; les deux systoles du couple sont séparées par 1/5e de seconde; le soulèvement systolique total couvre 2/5es de seconde; la diastole dépasse 4/5es.

(1) L. Thouzellier. Du rythme couplé du cœur dans les maladies aiguës. (*Thèse de Lyon*, 1898.)

rythme normal dans la station debout (*fig. 2*).

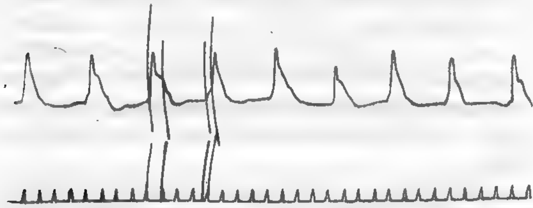


Fig. 2.

Tracé cardiographique pris chez le même malade et à la même séance, mais dans la station debout (88 pulsations radiales).

La révolution cardiaque simple occupe 3.5/5es de seconde; le soulèvement systolique dépasse à peine 1/5e de seconde; la diastole couvre 2.5/5es.

La contraction est plus brusque, le soulèvement plus élevé, mais la chute plus immédiate dans la position debout. Par contre, les tracés radiaux présentent des caractères inverses (*fig. 3*):



Fig. 3.

Le tracé supérieur montre le pouls radial pendant le rythme couplé, dans la station couchée (54 pulsations).

Le tracé inférieur correspond au pouls radial dans la station debout : phase du pouls bigéminé avec 72 pulsations radiales principales.

le soulèvement plus ample, la ligne de descente très lente avec un soulèvement secondaire nul ou à peine sensible dans la station couchée; l'amplitude très faible, le soulèvement secondaire très accusé, jusqu'à donner au tracé un aspect de pouls bigéminé, dans la position debout, lorsque celle-ci accélère le pouls sans faire tout à fait disparaître le rythme couplé.

Les jours suivants, l'ictère s'efface peu à peu; le rythme couplé devient inconstant; à partir du 9 décembre, on ne le constate plus du tout. Il persiste encore un léger pouls veineux, mais simple, à raison d'une pulsation dicrote par pulsation radiale. Le malade quitte l'hôpital le 13 décembre, se trouvant complètement guéri.

Tels sont, brièvement exposés dans leurs traits généraux et essentiels, les symptômes observés dans ces deux cas et qui me paraissent de nature à justifier l'affirmation un peu paradoxale formulée au début de cette leçon. Les caractères de la fausse bradycardie ictérique se révèlent identiques et exactement superposables à ceux de la fausse bradycardie des convalescents de maladies aiguës, décrite par M. Thouzellier; il nous reste à examiner quelle est leur signification générale et quelle est la place que le pouls lent ictérique doit occuper dans le cadre des rythmes couplés.

Je devrai me contenter ici des données principales, procéder par affirmations plus que par démonstrations, car l'étude détaillée et la discussion approfondie de la question générale du rythme couplé nous entraîneraient bien au-delà des limites d'une simple leçon clinique.

Le pouls bigéminé digitalique a été signalé par Traube en 1850, puis par Lorain en 1870; ce dernier auteur relate même, sans y insister, un cas où les pulsations enregistrées à la radiale n'atteignaient que la moitié du nombre des contractions cardiaques perçues à l'auscultation; M. Marey a observé également un fait de cet ordre, mais ni l'un ni l'autre n'en a fait une étude particulière. C'est à Hyde Salter que l'on doit la première description clinique du rythme couplé du cœur, basée sur la relation de trois cas dans une leçon clinique (1).

En 1882, j'ai inspiré sur ce sujet la thèse de M. Figuet (2), qui est la première monographie écrite sur ce sujet; dès ce moment j'avais émis cette double idée, d'une part que les faits publiés sous le nom de ralentissement du pouls cachaient souvent des rythmes couplés méconnus, d'autre part que cette anomalie du rythme cardiaque n'était qu'un symptôme pouvant relever de causes pathogéniques diverses et devant être rattaché à des formes cliniques multiples.

(1) Hyde Salter. On auricular pericardial friction, and sphygmo-pneumal synchronism. (*Lancet*, 29 juillet et 19 août 1871, p. 151 et 251.)

(2) Figuet. Etude du rythme couplé du cœur. (*Thèse de Lyon*, 1882.)

L'année suivante, M. R. Tripier (1) a consacré un travail étendu à démontrer que les cas de ralentissement permanent du pouls avec attaques syncopales ou épileptiformes, signalés par Stokes, par Adam, et plus tard par Charcot, étaient en réalité des cas de rythme couplé du cœur. Ce mémoire marque une étape importante dans l'histoire du rythme couplé, par le rapprochement qu'il établit entre les formes graves de ce symptôme et celles qui sont dues à l'action de la digitale; par contre, l'auteur rattache toujours le rythme couplé à l'épilepsie et aux lésions graves du système nerveux, et méconnaît l'existence des formes transitoires et bénignes, d'une tout autre nature pathogénique, dont j'avais déjà affirmé l'existence dans la thèse de M. Figuet.

Quelques années plus tard j'ai exposé, dans une revue générale (2), la conception d'ensemble qui me paraissait résulter du rapprochement et des différences des diverses formes cliniques de l'affection; je distinguais nettement trois groupes de faits : le rythme couplé d'origine toxique, dont le type est le pouls bigéminé digitalique; le rythme couplé en rapport avec des lésions graves du système nerveux, dont le type est le pouls lent permanent de la maladie de Stokes-Adams; le rythme couplé transitoire dû à des troubles fonctionnels du système nerveux, dont le type est la fausse bradycardie d'origine névropathique, au cours de certains états anémiques ou dans la convalescence des maladies aiguës. Ces trois formes cliniques paraissent, d'ailleurs, relever également d'un trouble bulbaire, localisé dans la région de l'origine des pneumogastriques, mais variant dans sa symptomatologie et dans sa gravité, par suite des différences de nature de ses facteurs pathogéniques.

Dans cette manière de voir, le rythme couplé ictérique, que nous observons aujourd'hui, doit être attribué à une action toxique des éléments biliaires sur le bulbe, action favorisée sans doute par une susceptibilité personnelle particulière, qui permet de placer les cas de cet ordre à côté, tout à la fois, du rythme couplé digitalique et de celui qui relève de simples troubles fonctionnels nerveux.

Depuis ce moment, quelques travaux, peu nombreux d'ailleurs, ont été consacrés au rythme couplé, soit pour décrire ses caractères d'auscultation, soit pour discuter les interprétations des contractions avortées, mais je ne sache pas que ce syndrome ait fait l'objet d'aucune autre étude synthétique, ni d'aucune description de ses formes cliniques. M. Huchard, dans des articles spéciaux (1892) et dans son « Traité des maladies du cœur et des vaisseaux », a signalé avec soin les variétés symptomatiques de ce rythme, dans l'intoxication digitalique et dans les cardiopathies artérielles, mais sans envisager ses formes pathogéniques différentes. Un certain nombre d'auteurs, surtout en Allemagne, se sont attachés à discuter le mécanisme de production des troubles du rythme; ils ne se sont pas préoccupés davantage de leur pathogénie clinique.

Diverses théories ont été émises, ayant toutes pour objet d'expliquer les divergences constatées entre le pouls artériel et les autres effets des contractions cardiaques, tels que les bruits anormaux et le double pouls veineux.

(1) R. Tripier. Les déviations du rythme cardiaque associées à l'épilepsie et à la syncope. (*Rev. de méd.*, déc. 1883 et janv. 1885.)

(2) L. Bard. Du rythme couplé du cœur. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 3 mai 1890, p. 205.)

L'hypothèse la plus simple est celle qui admet l'apparition rythmique de contractions avortées, suffisantes pour provoquer une onde veineuse par l'action du cœur droit, insuffisantes pour produire un soulèvement artériel par l'action du cœur gauche; différence dont suffit à rendre compte l'inégalité de pression des artères et des veines. C'est là la théorie que j'avais admise avec M. Figuet, celle que M. Tripier a également acceptée.

D'autres ont invoqué : l'inégalité de contraction des deux ventricules, telle que chacun d'eux présente successivement et alternativement une contraction plus puissante que celle de l'autre, anomalie de rythme qualifiée d'hémisystolie (von Leyden); l'hypothèse de l'existence de deux contractions du cœur droit pour une seule du cœur gauche, M. Arloing ayant constaté une fois expérimentalement, chez le cheval, deux contractions du ventricule gauche pour une du ventricule droit; la systole alternante (Unverricht), c'est-à-dire l'alternance des contractions des deux ventricules; la dissociation de la contraction des oreillettes d'avec celle des ventricules (Chauveau).

Plus récemment M. His (1), d'une part, M. Wenckebach (2) de l'autre, faisant application aux arythmies des théories physiologiques d'Engelmann sur les propriétés du muscle cardiaque, ont repris et rajeuni les deux hypothèses des contractions avortées, devenues des *extrasystoles* par *pararythmie*, et de la dissociation des oreillettes d'avec les ventricules, devenue l'*Herzblock* par *allorythmie* atrio-ventriculaire. Ces auteurs ne regardent pas, d'ailleurs, ces deux mécanismes comme opposés et contradictoires; ils les considèrent comme s'appliquant à des cas distincts et relevant de pathogénies différentes.

Pour comprendre la nature et les différences des extrasystoles et de l'*Herzblock*, il faut se rappeler que, d'après la théorie d'Engelmann, la contraction cardiaque commence à l'embouchure des veines dans les oreillettes et se propage de là jusqu'à la pointe des ventricules, par diffusion de l'excitation à travers le réseau des cellules cardiaques elles-mêmes, sans intervention du système nerveux. Quand le pouvoir de conductibilité des fibres musculaires pour l'excitation (*Leistungsvermögen*) est anormalement diminué, cette excitation ne peut franchir la résistance de la région inter-auriculo-ventriculaire, elle est *bloquée* à ce niveau, et la contraction des oreillettes reste de ce fait isolée; le repos du cœur qui en résulte relève le pouvoir conducteur; la prochaine onde d'excitation peut dès lors franchir l'obstacle et atteindre le ventricule. Tel est l'*Herzblock*, susceptible d'ailleurs de se produire avec un rythme très variable, c'est-à-dire toutes les deux révolutions cardiaques donnant un double pouls veineux pour un seul pouls artériel, ou, plus espacé, donnant un manque radial isolé, à intervalles réguliers plus ou moins éloignés (*pouls déficient* des auteurs allemands).

L'extrasystole est tout autre chose; elle résulte de l'exagération de l'excitabilité automatique du cœur (*Erregbarkeit*); sous l'influence de cette exagération, une systole *supplémentaire* se produit après une systole normale, et se propage d'ailleurs normalement jusqu'au ventricule; mais, par sa production même, elle crée après elle, comme toute systole, une phase d'inexcitabilité, suivant la loi de Marey; par suite, quand la systole normale se présente elle trouve le cœur inexcitable et reste virtuelle; par contre, la systole normale suivante

(1) His. Ein Fall von Adams-Stokes'scher Krankheit mit ungleichzeitigem Schlagen der Vorhöfe und der Herzkammern (Herzblock). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1899, LXIV, p. 316.)

(2) K. Wenckebach. Zur Analyse des unregelmässigen Pulses. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1898, XXXVI, 3-4, 1899, XXXVII, 5-6 et 1900, XXXIX, 3-4.)

trouve le cœur excitable et se produit à sa place normale. Il en résulte que les deux systoles précédentes, la normale et la supplémentaire, occupent le même temps que celui qui aurait été occupé par les deux systoles normales, celle qui a eu lieu et celle qui a été empêchée; ainsi s'explique que la systole supplémentaire n'augmente pas le nombre des systoles dans l'unité de temps.

On voit par cet exposé que l'extrasystole conviendrait surtout à l'explication du pouls bigéminé et l'*Herzblock* à celle du vrai rythme couplé.

Il serait trop long d'examiner ici les arguments que peuvent invoquer ces diverses théories, de même que les objections qu'elles soulèvent; je me contenterai de faire remarquer qu'elles ont à mes yeux un grave défaut, celui de séparer ce que la clinique réunit, de créer des différences de nature et d'espèces là où il ne paraît exister que des différences d'intensité et de degré.

Le pouls lent permanent, dans lequel les contractions cardiaques faibles sont masquées au maximum, qui est insensible aux variations de position du malade, qui pose la question de bradycardie vraie, d'hémisystolie ou de dissociation des oreillettes, paraît bien relever du même mécanisme physiologique que le rythme couplé transitoire, variable au cours d'un même examen, suivant les positions, voire sans cause appréciable; l'un et l'autre reconnaissent également le même mécanisme que le pouls bigéminé. On les voit se succéder chez les mêmes malades, apparaître sous forme de crises courtes ou s'installer pour de longues périodes, sans qu'on puisse saisir de différences fondamentales entre les diverses formes symptomatiques, qui se présentent à l'observation comme les différents degrés d'un seul phénomène.

Les divergences cliniques profondes qui existent d'un cas à l'autre, et qui justifient les formes cliniques que j'ai admises, résultent de toute autre chose que des détails séméiologiques du rythme observé; elles relèvent, non pas des variations du mécanisme physiologique du symptôme en soi, mais bien des différences de pathogénie de la maladie dont il n'est que l'effet.

Les interprétations de M. His et de M. Wenckebach, basées sur la théorie physiologique d'Engelmann, ont de plus le défaut de tendre à considérer le rythme couplé comme la conséquence d'altérations du muscle cardiaque lui-même, alors que, à mon avis du moins, tous les faits cliniques concourent à en faire un trouble d'origine bulbaire.

Quoi qu'il en soit des diverses théories sur le mécanisme physiologique de sa production, le rythme couplé a un grand intérêt clinique et il mérite d'être mieux connu qu'il ne l'est aujourd'hui. Son importance s'accroît de ce fait qu'il est à l'origine de la plupart, sinon de tous les cas de ralentissement du pouls que la généralité des auteurs considèrent encore comme des bradycardies vraies, même ceux qui, à l'exemple de M. R. Tripier, connaissent bien les formes graves de l'affection (1), mais se sont occupés trop exclusivement de ces dernières.

Il résulte de ce qui précède que tout ralentissement du pouls, qu'il soit permanent ou transitoire, pose la question de rythme couplé; mais il ne faut pas oublier que celui-ci peut exister aussi avec un pouls de fréquence normale, en masquant alors une tachycardie bien accusée. Le plus souvent, d'ailleurs, le rythme couplé révèle en réalité des cœurs légèrement tachycardiques, puisque le pouls est ordinairement au voisinage de 50, ce qui correspond à 100 révolutions cardiaques; de plus, le rythme couplé disparaît précisément quand la tachycardie commence à cesser elle-même.

Quand le pouls est lent, il ne faut admettre une bradycardie vraie qu'avec les plus grandes précautions, c'est-à-dire après avoir recherché avec soin les plus légers indices de contractions cardiaques faibles ou larvées. A ce point de vue l'existence du pouls veineux, heureusement presque constante, permet de constater des caractères spéciaux, et par là fournit la preuve la plus facile à contrôler du rythme couplé, en même temps qu'elle en est le signe le plus sensible.

Je place en second lieu la grande instabilité du rythme sous l'influence des positions, avec cette réserve cependant que celle-ci n'est constante que dans les cas de rythme couplé toxique léger ou purement fonctionnel. Il suffit, le plus souvent, de faire prendre au malade la station debout pour voir se produire, non pas l'accélération modérée fréquente en pareil cas, à l'état normal, mais le doublement brusque du nombre des pulsations radiales, ou un chiffre très voisin de ce doublement. Dans quelques cas même, ce passage d'un rythme à l'autre a lieu sans cause apparente, ou sous une influence purement émotive, au cours de l'examen. Il est par contre très exceptionnel de le trouver sur un tracé sphygmographique; la thèse de M. Figuet renferme cependant un bel exemple de ce fait.

L'auscultation du cœur ne vient qu'au troisième rang, parce qu'elle exige déjà le plus souvent une oreille, non seulement exercée en général, mais encore accoutumée aux difficultés spéciales de ce symptôme. Le caractère habituel est, en effet, un rythme à trois temps, par un bruit faible surajouté, la systole en écho de M. Huchard; mais, suivant les degrés d'intensité du rythme, on trouve des bruits très variés, simulant tantôt un dédoublement du second bruit, tantôt un dédoublement des deux; la diversité est encore plus grande en cas de rythme tricouplé; il arrive aussi que l'on perçoive uniquement deux bruits d'apparence normale, constitués vraisemblablement en pareil cas par le premier bruit de la première systole du couple et le second bruit de la seconde. Il est facile de comprendre qu'il en soit ainsi, quand on considère la grande variabilité d'intensité de la contraction faible, avec tous ses degrés intermédiaires, qui s'étendent depuis les cas de pouls bigéminé — où les deux révolutions cardiaques sont encore assez nettement distinctes pour donner un quadruple bruit à l'auscultation — jusqu'à ceux de rythme couplé serré, où la seconde contraction se présente en quelque sorte comme un simple redoublement de la première, prolongeant son action à la façon d'une systole en deux temps, sans laisser s'accomplir aucun des phénomènes diastoliques de la première, et, par suite, supprimant les deux bruits intermédiaires au point de simuler une révolution cardiaque unique, à systole simplement prolongée.

Le diagnostic de l'existence d'un rythme couplé une fois porté, il reste à en déterminer la pathogénie et, par elle, la forme clinique et le pronostic. Cette seconde partie du diagnostic est souvent plus difficile que la première, alors surtout qu'on peut voir, comme le fait m'est arrivé, des crises de rythme couplé, d'apparence névropathique, précéder de plusieurs années l'évolution confirmée d'une paralysie générale. A ce point de vue, les caractères propres du rythme lui-même importent moins que sa fixité ou sa variabilité, moins encore que les symptômes concomitants et que l'évolution tout entière de la maladie. D'une manière générale, le pronostic est sévère dans les rythmes couplés d'origine organique, moins rigoureux dans ceux d'origine toxique ou fonctionnelle. Il ne faut pas oublier cependant qu'il s'agit, en pareil cas, d'un symptôme d'origine bulbaire, et que c'est là un département du système nerveux dont les troubles fonctionnels eux-mêmes ne sont pas exempts de dangers.

(1) Voir l'article de MM. Tripier et Devic sur la séméiologie du cœur et des vaisseaux dans le Traité de pathologie générale de Bouchard, 1897, T. IV, p. 213. « Comme bradycardie vraie on peut admettre le pouls lent physiologique, celui des convalescents, celui de l'ictère, celui qui succède quelquefois à l'accouchement, etc. »

CHIRURGIE PRATIQUE

L'angiotripsie et la cautérisation combinées comme méthode d'hémostase.

Nombre de chirurgiens américains pratiquent l'angiotripsie à titre de temps préparatoire à la ligature d'un pédicule un peu volumineux. C'est ainsi, par exemple, que M. le docteur Robert Abbe, chirurgien du *St. Luke's Hospital* de New-York, use de ce procédé d'une façon systématique. Le plus souvent, l'instrument qui sert à pratiquer l'angiotripsie est une simple pince hémostatique suffisamment forte, et l'écrasement des tissus qui résulte de son application a uniquement pour but de permettre de placer le fil plus facilement et plus sûrement. Je n'ai vu pratiquer aux Etats-Unis la forcipressure seule, sans ligature consécutive, qu'à Rochester (Etat de Minnesota) par M. le docteur W. J. Mayo, chirurgien du *St. Mary's Hospital*. Encore ne s'agit-il là que de circonstances assez particulières, puisque M. Mayo n'a recours au procédé en question que dans l'appendicectomie. Voici comment ce chirurgien procède : après avoir placé une suture en bourse sur le cæcum à la base de l'appendice, il saisit celui-ci avec une forte pince à forcipressure qu'il serre; puis il pratique l'amputation de l'organe, au ras de la pince. Celle-ci est alors desserrée et le moignon de l'appendice est saisi et tordu suivant son axe longitudinal à l'aide d'une pince à disséquer, tandis qu'un aide serre la suture en bourse préparée d'avance. Afin d'éviter que les parois de l'appendice n'adhèrent aux mors de la pince au moment où on la desserre, il importe que la face interne des mors ne présente pas de dentelures tranchantes. Pour plus de sécurité, M. Mayo place ensuite une seconde suture en bourse en dehors de la première. En réalité, dans ce cas, il ne s'agit d'angiotripsie pure et simple qu'en apparence, puisque la ligature consécutive est remplacée d'une façon effective par une double suture en bourse. J'ajoute d'ailleurs que lorsque la base de l'appendice est volumineuse, M. Mayo ne manque jamais de placer une ligature circulaire sur le moignon appendiculaire.

Afin d'apporter à la méthode de l'angiotripsie la sécurité qui lui fait défaut, sans toutefois qu'il soit nécessaire d'avoir recours à la ligature consécutive, M. le docteur Albert J. Ochsner, chirurgien de l'*Augustana Hospital* et du *St. Mary's of Nazareth Hospital* de Chicago, complète l'écrasement des tissus par la cautérisation électrique. L'instrument dont M. Ochsner se sert à cet effet, et dont l'idée première revient à M. le docteur Downes (de Philadelphie), présente extérieurement l'aspect d'un clamp résistant à mors plats. Près de l'articulation, l'une des deux branches porte deux bornes en forme de « piton », sur chacune desquelles on engage l'extrémité creuse des électrodes quand on veut pratiquer la cautérisation.

Ces deux bornes sont les marques qui indiquent extérieurement qu'il s'agit d'un appareil électrique. Les fils, en effet, qui conduisent le courant des bornes aux mors de la pince sont cachés à l'intérieur de l'instrument. Comme ils sont entourés de gaines de caoutchouc et sont, par conséquent, parfaitement isolés, le chirurgien peut manier l'instrument sans avoir à redouter pour lui-même les effets du courant, pourvu qu'il s'abstienne de toucher aux mors.

Le manuel opératoire est simple. On commence par écraser les tissus en exerçant à pleine main une forte pression sur les branches de la pince. Quand celle-ci est serrée à fond, deux crochets qui se trouvent à l'extrémité libre des branches s'engrènent; pour plus de sécurité, une tige montée en charnière sur l'une des branches peut se rabattre et se fixer sur l'autre. L'angiotripsie étant ainsi obtenue, le pédicule est sectionné avec le bistouri au ras du clamp.

Avant de faire passer le courant par la pince et de pratiquer la cautérisation du pédicule, il importe de protéger les parties voisines contre l'action du courant électrique. Pour ce faire, on peut soit entourer le champ opératoire de compresses, soit interposer un feuillet d'amiante entre la pince-cautère et les tissus à garantir (1). On peut également limiter la sphère d'action du clamp à l'aide d'une pince spéciale à gouttière. Cet instrument ressemble d'une façon générale à une pince à forcipressure; mais elle en diffère par l'aspect des mors qui représentent chacun une demi-gouttière disposée de telle sorte que, lorsqu'on ferme la pince, celle-ci constitue une gouttière à concavité supérieure. C'est dans cette gouttière que vient se loger le clamp électrique. Les mors de la pince à gouttière, ne se rapprochant pas complètement, ménagent entre eux un espace qui est suffisant pour laisser passer le pédicule à cautériser.

Le courant électrique qu'utilise M. Ochsner est celui-là même qui sert à l'éclairage de la salle d'opération. Il suffit pour cela de remplacer une des lampes à incandescence par des fils que l'on met d'autre part en rapport avec la pince au niveau des bornes en piton que porte l'une des branches. Afin d'éviter les accidents d'électrocution, il importe cependant d'intercaler un shunt qui ramène le courant au voltage voulu (M. Ochsner emploie un courant de 45 volts).

On fait ensuite passer le courant jusqu'à ce que les parties qui se trouvent au-dessus du clamp pâlissent et commencent à « roussir ». A ce moment on perçoit un léger bruit de tissus qui grésillent : la cautérisation est alors complète et on peut interrompre le courant. Il résulte de cette façon de procéder qu'il n'y a pas lieu de faire intervenir dans cette méthode une action électrique quelconque du courant sur les tissus; l'électricité ne sert qu'en tant que source calorifique : il s'agit bien de cautérisation.

Le plus souvent, lorsqu'on a soin de suivre exactement la manière de faire que nous venons d'indiquer, l'hémostase est parfaite au moment où l'on retire la pince, et il est exceptionnel de trouver un point qui saigne légèrement quand on desserre le clamp. D'ailleurs, s'il subsiste un point suspect, il suffit de faire à nouveau une courte application du clamp pour tarir l'hémorrhagie. Cette seconde cautérisation aurait toujours permis à M. Ochsner d'obtenir une hémostase parfaite; jamais il n'a été obligé de recourir après coup à une ligature pour compléter l'hémostase.

M. Ochsner pratique l'angiotripsie combinée à la cautérisation dans tous les cas où il y a un pédicule tant soit peu volumineux à lier. J'ai eu l'occasion de le voir employer cette méthode dans des appendicectomies, des hystérectomies, une ablation de cancroïde de la lèvre.

Pour ce qui est de l'appendicectomie, M. Ochsner exécute cette opération d'une façon fort analogue à celle qu'emploie M. W. J. Mayo. Dans certains cas cependant, notamment pour les appendices volumineux, M. Ochsner pratique l'écrasement et la cautérisation électrique du moignon avant de l'enfouir sous la suture en bourse. Dans l'hystérectomie, ce chirurgien incise d'abord la séreuse, puis la sépare d'avec les tissus sous-jacents : c'est sur ceux-ci seulement qu'il applique la pince-cautère. De cette façon la cautérisation respecte le péritoine et, après avoir traité le moignon utérin et les pédicules latéraux par l'angiotripsie avec cautérisation consécutive, il suffit de suturer les deux lèvres du péritoine incisé et récliné pour reconstituer un plancher pelvien avec une séreuse nette, de sorte qu'il est le plus souvent possible de se dispenser de drainer la cavité abdominale.

(1) M. Mayo se sert habituellement d'un pareil feuillet d'amiante dans un but semblable, au cours de l'ablation des hémorrhoïdes suivant le procédé de von Langenbeck. Le feuillet d'amiante est fendu sur la moitié de sa longueur pour livrer passage au pédicule.

A Rochester, j'ai également vu M. W. J. Mayo avoir recours, dans un cas d'hystérectomie abdominale, à l'angiotripsie suivie de cautérisation électrique.

Le principal avantage de cette méthode consisterait essentiellement en ce qu'elle permettrait de traiter, avec une rapidité plus grande, des pédicules qui, avec les procédés habituels, nécessitent souvent des ligatures multiples et plus ou moins longues à exécuter. Par suite même de l'absence de toute ligature, ce procédé exclut la possibilité d'une hémorrhagie consécutive du fait d'un fil qui glisse. C'était là un inconvénient auquel on avait cherché à obvier par l'introduction de l'angiotripsie dans la technique chirurgicale, mais l'insécurité inhérente à une angiotripsie pure et simple n'a pas tardé à faire abandonner cette méthode par la généralité des opérateurs, qui ne la pratiquent plus guère à l'heure actuelle que combinée à la ligature. La cautérisation remplacerait avantageusement la ligature en raison de sa plus grande rapidité; elle donnerait, en outre, une sécurité aussi parfaite que possible.

Dr Francis Munch (de Paris).

Denver, le 29 mars 1903.

MÉDECINE PRATIQUE

La recherche de l'indican dans les urines comme moyen de diagnostic de l'état du chimisme stomacal.

Afin d'apprécier l'état de la sécrétion stomacale, on a habituellement recours à l'analyse du suc gastrique extrait après un repas d'épreuve. Toutefois, comme il est des cas où le cathétérisme de l'estomac est contre-indiqué, on a cherché à remplacer l'examen chimique du liquide stomacal par d'autres procédés qui, sans prétendre à la même précision, seraient cependant susceptibles de fournir, encore que d'une manière indirecte, quelques renseignements utiles sur la composition du suc gastrique. C'est ainsi qu'on a préconisé à cet effet le dosage des chlorures urinaires et celui de l'urée. A son tour, M. le docteur J. Carles (de Bordeaux) recommande d'utiliser dans le même but la recherche systématique de l'indican dans les urines.

On sait que l'indican ou indoxylsulfate de potasse dérive de l'indol, qui constitue un des produits de la fermentation intestinale et se forme au cours de la digestion pancréatique des albuminoïdes, probablement sous l'influence de certains microbes de l'intestin. En suivant la voie hépatique, l'indol subit un phénomène d'oxydation et passe de là dans l'urine sous forme d'indican. On admet généralement que les proportions d'indican sont liées à l'état de la cellule hépatique et que l'indicanurie constitue un symptôme d'insuffisance du foie (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 141 et 1899, p. 63). Mais il s'en faut que l'apparition de l'indican dans les urines relève seulement de l'état de la glande hépatique et, au dernier Congrès français de médecine interne, M. le professeur Charrin a particulièrement insisté sur ce fait que l'indicanurie est surtout régie par les fermentations digestives (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 112). Le phénomène en question se trouve, en effet, sous la dépendance directe de la production exagérée d'indol au niveau de l'intestin. Or, comme la digestion intestinale est fortement influencée par le chimisme stomacal, M. Carles a pensé qu'il en serait peut-être de même pour la production de l'indol et que l'indicanurie pourrait varier suivant le fonctionnement de la muqueuse gastrique. Les recherches cliniques que notre confrère a instituées dans les services de M. le docteur Picot, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, et de M. le docteur Arnozan, professeur de thérapeutique à la même Faculté, sont venues pleinement confirmer cette hypothèse.

Dans une première série de cinq observations, dont quatre personnelles et une recueillie par M. Bossuet, interne de M. le docteur Dubourg (de Bordeaux), M. Carles a été à même de constater que l'*indicanurie fait défaut chez les hyperchlorhydriques*. Notre confrère estime que ce fait s'explique par l'entrave que l'hypersécrétion acide apporte à la digestion microbienne et, partant, à la formation d'indol et d'indican.

Par contre, lorsque la proportion de l'acide chlorhydrique diminue, les fermentations intestinales ne tarderaient pas à redoubler et il en résulterait immédiatement une indicanurie plus ou moins marquée, comme M. Carles a pu s'en assurer sur nombre de malades atteints de gastrite alcoolique ou de dilatation de l'estomac avec hypochlorhydrie.

La proportion de l'indican dans les urines s'élevant parallèlement à l'hypochlorhydrie, on pouvait en conclure *a priori* que l'indicanurie arriverait à son maximum dans les cas d'anachlorhydrie. Les recherches que notre confrère a entreprises à cet égard chez des sujets atteints de cancer de l'estomac ou d'affections fébriles avec hyperthermie assez intense pour provoquer de l'anachlorhydrie n'ont fait que confirmer cette manière de voir. Il convient, toutefois, de tenir compte que la sécrétion gastrique et chlorhydrique peut demeurer abondante jusqu'à une période avancée du cancer de l'estomac et qu'en pareille occurrence le patient ne présentera naturellement qu'un léger degré d'indicanurie. Cette éventualité mise à part, il n'en reste pas moins que, chez les fébricitants et chez les individus atteints de carcinome de l'estomac *avec anachlorhydrie*, les urines contiendraient *une forte proportion d'indican*. C'est assez dire combien la recherche de l'indicanurie importe pour le diagnostic dans les cas douteux, tels que celui qui a été communiqué à M. Carles par M. Bossuet et qui se rapporte à une femme de cinquante-deux ans, présentant tous les troubles fonctionnels caractéristiques d'une tumeur maligne de l'estomac et chez laquelle on ne trouva, lors de l'intervention chirurgicale, que de la linite plastique. Or, malgré une insuffisance hépatique qui se traduisait par une forte proportion d'urobiline, l'analyse des urines n'avait décelé que des quantités normales d'indican. Cette constatation eût été susceptible de rendre l'hypothèse d'un cancer de l'estomac peu plausible.

Les faits dont il s'agit semblent mériter d'autant plus d'attirer l'attention que, dans nombre d'observations recueillies par M. Carles, l'indicanurie ne pouvait pas être mise sur le compte d'une insuffisance hépatique, étant donnée l'absence d'urobilinurie et le résultat négatif de la réaction de Hay, voire même l'absence de glycosurie alimentaire.

Aussi, sans vouloir attribuer à la recherche de l'indican dans les urines la précision que fournit un repas d'épreuve, notre confrère estime que cette recherche est appelée à rendre de bons services toutes les fois — et le fait se présente assez fréquemment en pratique — que, pour une cause quelconque, le malade ne peut subir le cathétérisme de l'estomac.

En ce qui concerne la technique de la recherche et du dosage de l'indican, M. Carles recommande d'employer le procédé décrit par M. Loubiou et qui paraît le plus pratique et le moins sujet à caution : dans un tube à essai, on met parties égales d'urine et d'acide chlorhydrique, on verse un peu de chloroforme, on chauffe légèrement et on ajoute quelques gouttes d'eau oxygénée; on renverse à plusieurs reprises le tube sur lui-même et tout l'indican se dissout dans le chloroforme qui se colore, selon le taux d'indican, en mauve, lilas, bleu, violet, indigo. Il suffit d'utiliser toujours les mêmes proportions et de décanter le chloroforme chargé d'indican pour doser ce dernier par simple compa-

raison avec des tubes contenant des quantités déterminées d'indigotine chimiquement pure. Il importe seulement de renouveler de temps à autre ces solutions-étalons, l'indigotine ayant tendance à se décomposer au bout de deux à trois mois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1903.

Ablation des ovaires et de l'utérus au cours de la grossesse chez les femmes atteintes d'ostéomalacie.

M. Fochier (de Lyon) relate l'observation d'une femme qui fut atteinte d'ostéomalacie quelques mois avant de devenir enceinte pour la cinquième fois. Au cours de cette grossesse, la déformation du rachis et du bassin devint si accentuée et l'état général si grave, qu'une intervention chirurgicale fut jugée nécessaire. Se basant sur les bons résultats qu'il avait obtenus antérieurement chez des femmes non gravides affectées d'ostéomalacie, l'orateur pratiqua l'ablation des ovaires et de l'utérus. Cette opération ne donna lieu à aucun incident et fut suivie promptement de la disparition des phénomènes ostéomalaciques et, peu de temps après, de la guérison de la patiente.

M. Guéniot ne croit pas que l'ablation des ovaires et, à plus forte raison, de l'utérus, soit toujours nécessaire pour enrayer les accidents ostéomalaciques. Il suffit, le plus souvent, d'interrompre la grossesse par un procédé quelconque pour guérir l'ostéomalacie; en ayant recours simplement à l'opération césarienne, ainsi que l'orateur en a relaté un fait autrefois (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 47), on permet à la femme d'être de nouveau enceinte, ce qui constitue un avantage sérieux sur le procédé de traitement employé par M. Fochier.

M. Fochier déclare que c'est seulement dans les cas d'ostéomalacie à marche rapide et paraissant devoir se terminer à brève échéance par la mort qu'il conseille d'avoir recours à l'extirpation complète de l'utérus et des ovaires.

Du rôle de l'appendice vermiculaire dans l'invagination iléo-cæcale.

M. Jalaguier communique deux observations tendant à démontrer que l'appendice vermiculaire peut provoquer ou favoriser la production d'une invagination iléo-cæcale chez les sujets atteints d'entérocolite avec dilatation du cæcum.

Ces deux cas concernent des enfants : un petit garçon de sept ans et une fillette de onze ans, qui tous deux ont été opérés avec succès. Chez le premier l'appendice était atteint d'une inflammation chronique et c'était lui qui manifestement avait été l'agent provocateur de l'invagination.

La petite fille avait eu, avant d'être atteinte d'invagination, plusieurs crises d'appendicite, à la suite desquelles son appendice était resté tuméfié et invaginé en partie dans le cæcum. Ce dernier organe fut, en outre, trouvé dilaté au cours de l'opération et l'on constata que ses parois étaient notablement amincies, ce qui constitue une condition favorable à son invagination.

D'autre part, quand on exerçait une légère pression au niveau de l'appendice chez le premier malade, au moyen du doigt introduit dans le rectum, on déterminait une augmentation notable de la tumeur iléo-cæcale appréciable par la palpation de l'abdomen. L'orateur conclut de ce fait et de quelques autres antérieurement publiés, qu'une des fonctions dévolues à l'appendice serait peut-être de provoquer la mise en train des contractions péristaltiques et antipéristaltiques de la portion iléo-cæcale de l'intestin.

Autoplastie du nez par la transplantation d'un cartilage costal.

M. Nélaton lit une note dans laquelle il appelle l'attention sur les heureux résultats que l'on obtient en ayant recours, pour la restauration des nez totalement détruits, à la transplantation d'un cartilage costal.

Ce procédé, déjà employé par quelques chirurgiens, consiste à utiliser le cartilage de la huitième côte. Ce cartilage, détaché de sa côte, est inséré au moyen d'une première opération sous la peau du front, et c'est seulement au bout de deux mois, lorsqu'il a contracté avec le lambeau frontal des adhérences suffisantes, qu'on détache à son tour ce lambeau en ayant soin de lui donner des dimensions appropriées à la perte de substance qu'il s'agit de combler.

L'orateur dit avoir eu recours déjà deux fois à ce procédé opératoire avec des résultats si satisfaisants qu'il n'hésite pas à le considérer comme supérieur à toutes les autres méthodes de restauration du nez.

Occlusion intestinale partielle congénitale, opérée avec succès.

M. Bœckel (de Strasbourg) communique l'observation d'un enfant d'un an et demi qui présenta, six semaines environ après sa naissance, des signes évidents d'obstruction intestinale avec météorisme considérable; le cathétérisme rectal et stomacal, ainsi que la ponction de l'intestin, n'ayant pas donné de résultats, on pratiqua une laparotomie qui permit de constater l'existence d'un énorme volvulus de l'S iliaque; après résection de cette portion de l'intestin et suture des deux extrémités sectionnées, le ventre fut refermé et le petit opéré ne tarda pas à guérir.

Il s'agissait dans ce cas, d'après l'orateur, d'une occlusion intestinale partielle remontant à la vie intra-utérine et due à la torsion de l'S iliaque; cette torsion paraît avoir elle-même été favorisée par le développement anormal du méso-côlon.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 avril 1903.

Recherches sur les néphrotoxines.

M. H. Bierry adresse une note dans laquelle, après avoir rappelé ses travaux antérieurs sur la production de substances néphrotoxiques, pour le chien, dans le sang de lapins ayant reçu une injection intrapéritonéale de rein de chien broyé (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 163), il déclare avoir vu apparaître les mêmes propriétés néphrotoxiques, pour le chien, dans le sang de lapins auxquels il injectait seulement les nucléo-albumines provenant de reins de chiens. L'injection à un chien de 12 à 15 kilogrammes de 20 à 25 c.c. du sang d'un lapin ainsi traité détermine, dès le troisième jour, une albuminurie qui augmente jusqu'au dixième ou au quinzième jour. En comparant les effets du sang total défibriné, du sérum, et des globules, on constate que ces derniers sont les plus actifs; il semble donc que la néphrotoxine soit un poison leucocytaire.

L'urine des chiens ainsi rendus albuminuriques renferme parfois, outre la sérine et la globuline, des albumoses, mais jamais de glucosazone.

M. Laveran fait une communication d'ensemble dans laquelle il résume tous ses travaux de ces dernières années, concernant le rôle des *anopheles* dans la propagation du paludisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 avril 1903.

Traitement du tétanos.

M. Bazy. — M. Mauclaire nous a montré un malade au sujet duquel vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'un homme qui, quinze jours après une morsure de cheval, dut subir une désarticulation de l'épaule; malgré deux injections préventives de sérum antitétanique faites le lendemain et le surlendemain de la morsure, il fut pris, dix-sept jours après la deuxième injection, d'accidents tétaniques qu'on traita par le chloral à fortes doses et par des saignées répétées; on fit également, au moment de l'apparition des accidents, une nouvelle injection de sérum antitétanique; le malade finit par guérir, vingt-cinq jours après le début du tétanos.

Sur 12 cas de tétanos observés par M. Mauclaire, il y a eu 10 morts et 2 guérisons : l'une est celle que je viens de rapporter; l'autre s'est produite à la suite d'une injection intra-crânienne de sérum antitétanique au sixième jour. Pour le malade que M. Mauclaire nous a présenté, il me semble probable que les deux injections préventives ont tout au moins atténué considérablement la gravité de l'infection tétanique, et il est regrettable, à mon avis, que ces injections n'aient pas été continuées, car le tétanos aurait pu être évité. Pour ma part, depuis que les injections préventives de sérum antitétanique sont faites systématiquement dans mon service, je n'ai pas observé un seul cas de tétanos.

Rhumatisme tuberculeux.

M. Poncet (de Lyon) relate un nouveau cas de rhumatisme tuberculeux (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 244 et 349, et 1902, p. 234), concernant un homme d'une trentaine d'années, qui présenta dans son enfance, consécutivement à une crise considérée comme une attaque de rhumatisme aigu, une ostéo-arthrite du coude avec suppuration osseuse, et qui, ultérieurement, eut une coxalgie et un mal de Pott dorsal; plus tard il fut atteint d'abcès froids multiples d'origine osseuse et de lésions laryngo-pulmonaires de nature également tuberculeuse. L'orateur est d'avis que, au début de cette longue histoire pathologique, ce malade a subi une infection septicémique tuberculeuse ayant donné tout d'abord une localisation articulaire pseudo-rhumatismale, vraisemblablement sans granulations tuberculeuses. L'expérimentation chez les animaux permet d'admettre l'existence de cette variété de tuberculose septicémique sans tubercules.

M. Delbet dit avoir observé un cas très caractéristique de rhumatisme tuberculeux suppuré du coude, qui a guéri avec conservation complète des mouvements de l'articulation.

M. Guinard lit un rapport sur une observation de M. Delangre (de Tournai), relative à un cas de déformation du nez consécutive à une fracture des os du nez et traitée avec succès par des injections de paraffine.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 6 avril 1903.

Sur la destruction des albuminoïdes à l'état de jeûne.

M. F. Blumenthal fait une communication dans laquelle il rappelle avoir émis, avec M. Umber, l'idée que dans le diabète grave la molécule d'albumine, loin d'être entièrement détruite, se scinde en deux parties, dont l'une, riche en composés carbonés, sert à la production du sucre, tandis que l'autre, fortement azotée, est utilisée pour la reconstitution des albuminoïdes. Cette théorie fut étayée par des expériences *in vitro* ayant porté sur la nucléine, mais elle n'avait pas encore reçu la consécration de recherches sur l'animal vivant. Aussi l'orateur a-t-il repris l'étude de ce point, en dosant le furfurol contenu dans les muscles et le foie de chiens normaux, ou à l'état de jeûne, ou encore rendus diabétiques par la phlorizine; n'ayant constaté à ce point de vue aucune différence entre les animaux de ces trois groupes, il en conclut que la molécule de nucléine n'abandonne pas sa partie carbonée pour la nutrition dans l'inanition ou le diabète. Au contraire, dans une autre série d'expériences sur les albuminoïdes du sang, M. Blumenthal put s'assurer que ces substances, chez le chien normal, renferment de nombreux groupes « hexose », tandis qu'elles en contiennent beaucoup moins à l'état de jeûne, et moins encore chez l'animal diabétique.

L'orateur déduit de l'ensemble de ces recherches que certains corps albuminoïdes jouent un rôle important dans la nutrition, mais que d'autres, comme la nucléine, sont presque sans intérêt à ce point de vue et constituent seulement les « supports des fonctions vitales ».

M. Bial déclare que, d'après ses propres expériences, la glycosamine n'est pas physiologiquement utilisable pour la nutrition : des lapins inanitiés ayant reçu des injections de cette substance, celle-ci fut retrouvée pour la plus grande part dans les urines.

Paralysie spondylitique guérie.

M. Joachimsthal relate l'observation d'un garçon de neuf ans qui, à la suite d'une atteinte de grippe, eut une otite moyenne droite, puis une mastoïdite avec paralysie faciale, bientôt compliquées d'accidents de spondylite (douleurs, rigidité de la colonne vertébrale, gibbosité à la partie supérieure de la région dorsale). Au bout d'un an, il y avait paraplégie spasmodique complète et incontinence absolue d'urine. Le petit malade était traité depuis six mois par l'extension dans un corset plâtré quand apparut une tuméfaction au côté droit du cou; l'incision donna issue à du pus, et par le trajet on arrivait jusqu'aux vertèbres. L'évacuation de cette collection purulente eut un effet des plus heureux: dès le jour même, les phénomènes spasmodiques disparurent et très rapidement tous les symptômes morbides s'amendèrent, au point qu'en trois semaines la marche était possible; ce n'est pourtant qu'au bout de trois ans que la fistule résultant de l'incision se cicatrisa. Actuellement ce garçon peut être considéré comme guéri.

Il est remarquable que le véritable abcès par congestion qui s'était formé dans ce cas ait eu une marche ascendante; c'est au décubitus auquel fut longtemps astreint le petit malade que l'orateur attribue cette particularité.

Dr Villaret.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Saint-Paul, le 22 mars 1903.

La diphtérie à Chicago.

Dans une correspondance antérieure, j'ai exposé l'état actuel de la question du traitement sérothérapique de la diphtérie tel qu'il résultait des renseignements qui m'avaient été fournis à Boston et à Philadelphie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 33). Je n'ai pas l'intention de revenir sur ce sujet à propos de chaque ville que je visiterai au cours de mon voyage aux Etats-Unis; ce serait là une tâche d'autant plus ingrate et fastidieuse que le plus souvent les informations ainsi recueillies ne porteraient pas sur des chiffres assez considérables pour que les conclusions à en tirer eussent une portée générale. Il m'a pourtant semblé qu'il y aurait quelque intérêt à signaler les données qui m'ont été communiquées à cet égard à Chicago, d'autant plus que le chef du bureau municipal d'hygiène de cette ville, M. le docteur Arthur R. Reynolds, s'est dès le début particulièrement occupé de la sérothérapie antidiphtérique.

Sans entrer ici dans des détails sur les bureaux d'hygiène en Amérique, leur fonctionnement, leurs attributions, leurs devoirs, leurs droits, etc., je tiens à indiquer le rôle de ces institutions en ce qui concerne la lutte contre la diphtérie. Partant de ce point de vue que le procédé le plus sûr pour prévenir la propagation de l'agent pathogène et en combattre l'action d'une manière efficace consiste à assurer le diagnostic bactériologique d'une façon aussi précoce que possible, on a créé, dans chaque ville des Etats-Unis, auprès du bureau d'hygiène municipal, un service spécial chargé des examens bactérioscopiques de la circonscription. Pour faciliter les choses, on tient à la disposition des praticiens une enveloppe en papier fort renfermant un tube à ensemencer, ainsi qu'un instrument de modèle variable pour pratiquer l'ensemencement. A Chicago, on a remplacé le tube par une petite boîte en aluminium contenant le milieu de Löffler, hermétiquement fermée par un anneau plat en caoutchouc et qu'on stérilise après l'avoir ainsi préparée. Cette boîte présente sur le tube en verre l'avantage d'être incassable; en outre, en raison de ses dimensions moindres, elle peut aisément se mettre dans le gousset du gilet : de la sorte, elle se maintient à la température du corps, qui est la plus favorable au développement de la culture. Celle-ci se trouve ainsi mise en train aussitôt que l'ensemencement est fait, d'où la possibilité de gagner souvent quelques heures sur le temps nécessaire pour obtenir un résultat à l'analyse bactériologique. Les boîtes en question sont faites de préférence en aluminium, parce qu'elles se détériorent moins rapidement à l'air que lorsqu'elles sont fabriquées en ferblanc. Quant au milieu de culture qu'elles renferment, il s'y conserve dans de bonnes conditions pendant une période de deux mois, d'après ce que m'a affirmé M. le docteur W. K. Jaques, chargé du service des analyses bactériologiques au bureau d'hygiène de Chicago.

L'instrument qui doit servir à l'ensemencement varie suivant les villes, depuis le classique fil de platine jusqu'à l'instrument le plus rudimentaire. A Chicago, c'est une baguette de bois dont l'extrémité est armée d'un tampon d'ouate et qui est contenue dans une enveloppe spéciale avec un abaisse-langue en bois. Ces deux instruments, stérilisés au préalable, sont destinés à être brûlés après usage, conformément à l'instruction que porte l'enveloppe. Celle-ci renferme, en outre, des renseignements détaillés sur la façon de procéder à l'ensemencement.

Les enveloppes contenant les différentes pièces nécessaires sont mises en dépôt par le bureau d'hygiène dans les pharmacies de la ville et y sont tenues *gratuitement* à la disposition des médecins; il va sans dire que l'analyse bactérioscopique est également gratuite. Si j'insiste sur cette gratuité, c'est parce que c'est elle qui assure l'examen bactériologique dans *tous* les cas de diphtérie. On conçoit, en effet, qu'étant données les facilités qui résultent d'une pareille organisation, on a recours au bactériologiste pour tous les cas suspects, même pour ceux qui ne le sont que d'une façon fort vague. A un autre point de vue, il semble légitime d'admettre que dans les villes où un pareil service fonctionne d'une façon régulière, les statistiques municipales indiquent la *totalité* des cas de diphtérie qui se sont présentés. Les statistiques de morbidité diphtérique établies avant l'organisation de ce système n'offrent, au contraire, que des garanties relatives d'exactitude.

A Chicago, ce service date d'octobre 1895; c'est dire que sa création est contemporaine de l'avènement de la sérothérapie antidiphtérique. Aussi conçoit-on que si dans cette ville on veut étudier l'influence de la sérothérapie sur la morbidité et la mortalité par diphtérie, la comparaison des deux périodes — avant et depuis — n'est basée que sur des éléments peu sûrs, en raison de l'incertitude des statistiques remontant à l'époque pré-sérothérapique.

Une autre difficulté surgit, pour une comparaison de ce genre, dans une ville comme Chicago : c'est l'ignorance où l'on est du chiffre exact de la population, les recensements ne se faisant aux Etats-Unis que tous les dix ans. Or, Chicago qui avait, en 1890, une population de 1,100,000 habitants, a vu cette population s'élever de 600,000 âmes au cours de la période décennale qui s'est écoulée de 1890 à 1900. En présence d'un accroissement aussi rapide, il est évident qu'en prenant, suivant l'habitude, la moyenne annuelle — égale, dans le cas particulier, à 60,000 individus — pour base des calculs, les résultats obtenus sont peu exacts. C'est là une cause d'erreur qui n'intervient pas pour les villes de l'est américain — Boston, Philadelphie — lesquelles, pour rapide que soit leur accroissement, sont distancées à cet égard, et de beaucoup, par Chicago. Malgré ses défectuosités, c'est cependant le seul procédé qui s'offre pour se former une idée approximative de l'influence de la sérothérapie sur la diphtérie à Chicago.

Si l'on considère la période quinquennale s'étendant de 1890 à 1895, on constate qu'il y a eu à Chicago pendant ces cinq années 7,411 décès par diphtérie, soit une moyenne de 1,482 par an. Pour la période quinquennale suivante, qui commence en octobre 1895 (époque à laquelle remontent les examens bactériologiques systématiques, ainsi que l'application de l'antitoxine diphtérique), on trouve 4,309 décès par diphtérie, soit 862 en moyenne par année. En tenant compte de l'accroissement global de la population survenue pendant les deux périodes, on arrive à un taux de 11 décès pour 10,000 habitants dans chacune des années de 1890 à 1895, ce taux tombant à 5 décès pour 10,000 âmes durant la période quinquennale suivante.

Si maintenant l'on envisage le pourcentage des décès par rapport aux cas diagnostiqués de diphtérie, on obtient une différence bien plus marquée encore : la mortalité, en effet, qui est de 35 % en moyenne pour chacune des années du premier groupe, descend à 7 % pour celles du deuxième.

De pareilles constatations sont bien faites pour frapper les esprits. Aussi ne saurait-on s'étonner de l'enthousiasme de Chicago en matière de traitement antitoxique de la diphtérie. A cet égard, cette ville peut concourir avec Boston : l'est et l'ouest américains se tendent la main. Il resterait à savoir comment se présenteraient les chiffres correspondants, portant sur des périodes plus longues.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Hyperchlorhydrie à forme diarrhéique,
par MM. H. Surmont et G. Lerat.

Quelle que soit la forme clinique que prenne la maladie de Reichmann (hyperchlorhydrie simple, hyperchlorhydrie avec gastrosucorrhée sans stase, hyperchlorhydrie avec gastrosucorrhée et stase alimentaire), on sait que la réaction de l'intestin à l'affection gastrique se traduit d'ordinaire par une constipation opiniâtre. Toutefois, on a signalé depuis longtemps des cas où l'hyperchlorhydrie s'accompagnait de diarrhée, soit habituelle, soit paroxystique; mais dans les faits de ce genre le flux intestinal a été considéré comme un symptôme accessoire et contingent, auquel on n'attribuait qu'une importance secondaire. C'est à l'étude de ces hyperchlorhydries diarrhéiques, qu'ils élèvent à la dignité de variétés spéciales, méritant d'être connues en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent exposer, que MM. Surmont et Lerat consacrent le présent travail.

La diarrhée des hyperchlorhydriques peut revêtir deux modalités distinctes; dans l'une, *hyperchlorhydrie diarrhéique à forme paroxystique*, les crises gastriques se jugent toujours par de la diarrhée, celle-ci remplaçant le vomissement qui est la terminaison classique de l'accès, et le malade ayant dans l'intervalle de la constipation ou des garde-robes normales; dans l'autre, *hyperchlorhydrie gastrique à forme continue*, le flux intestinal persiste durant des mois et des années, et ce n'est que par l'exploration minutieuse de l'estomac, et surtout par l'analyse du chimisme gastrique, qu'on parvient à le rattacher à sa vraie cause.

Dans la forme paroxystique, la diarrhée offre certains caractères qui sont assez particuliers. Tout d'abord, elle survient au moment d'élection des crises d'hyperchlorhydrie, notamment vers le milieu de la nuit; elle est précédée d'une douleur gastrique et péri-ombilicale, le plus souvent très vive, qui cède assez brusquement et s'accompagne d'une envie impérieuse d'aller à la selle; l'évacuation elle-même provoque fréquemment une cuisson assez intense au niveau de l'anus, en raison de la réaction acide des matières, plusieurs fois constatée; enfin, loin de soulager le malade, elle le laisse dans un état de dépression extrême, qui paraît tout à fait indépendant de la déperdition aqueuse subie par l'organisme, et qu'on ne saurait dès lors attribuer qu'aux réactions nerveuses du sujet.

Dans l'hyperchlorhydrie diarrhéique continue, la diarrhée se produit aux heures où survient de préférence la diarrhée accidentelle de certains hyperchlorhydriques habituellement constipés, à savoir le matin de très bonne heure, ou encore après les repas du matin et de midi. En outre, l'exonération intestinale est généralement douloureuse; elle est précédée de coliques péri-ombilicales, parfois avec sensation de brû-

lure épigastrique, suivies d'un besoin impérieux dont la satisfaction ne saurait être différée. La nature des évacuations alvines est assez variable : diarrhée simple, diarrhée bilieuse, véritable lientérie dans laquelle on peut retrouver des aliments ingérés depuis très peu de temps.

Cette symptomatologie assez spéciale permet le plus souvent de faire le diagnostic exact, surtout dans la première variété; il ne saurait cependant être posé avec certitude qu'après examen du chimisme gastrique.

Pour expliquer la production de cette forme anormale d'hyperchlorhydrie, les auteurs invoquent un certain degré d'insuffisance pylorique. Dans la maladie de Reichmann, en effet, les premières portions du contenu stomacal, dès qu'elles arrivent dans le duodénum, provoquent en raison de leur acidité une occlusion réflexe du pylore, qui persiste jusqu'à ce qu'elles soient neutralisées; par suite, le chyme reste plus longtemps en contact avec la muqueuse intestinale, d'où absorption plus complète des liquides, formation de scybales dures, et, finalement, constipation. Mais si le pylore est insuffisant, ce mécanisme de défense ne peut entrer en jeu, et le passage rapide dans l'intestin de masses fortement acides détermine une hypersécrétion aqueuse et muqueuse intense, se traduisant par la diarrhée. (*Echo méd. du Nord*, 11 janvier 1903.) — F. F.

Dilatation transitoire du cœur gauche,
par M. C. Favre.

La dilatation simple du cœur porte le plus souvent sur les cavités droites, et se traduit par une insuffisance tricuspidienne passagère. Dans le cas relaté par M. Favre, et observé dans le service de M. Montagnon (de Saint-Étienne), c'est au contraire le cœur gauche qui fut intéressé, d'où production d'une insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale.

Un homme de cinquante ans, ayant eu dans sa jeunesse deux attaques de rhumatisme articulaire, jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il vit se développer un ensemble de troubles constitués par de l'essoufflement et un peu d'œdème; ces accidents ayant brusquement augmenté d'intensité au bout de quelques mois, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, il offrait le tableau complet de l'asystolie : facies cyanosé, jugulaires turgescentes, œdème étendu non seulement aux membres inférieurs, mais aussi à la paroi abdominale et thoracique, pouls petit, irrégulier et rapide, foie débordant les fausses côtes et douloureux à la pression, urines albumineuses. La pointe du cœur paraissait abaissée; son choc était très diffus et difficile à localiser; la matité cardiaque était augmentée, sans qu'il y eût de frémissement à la palpation. A l'auscultation, on note une arythmie considérable; les bruits sont sourds et à la pointe le premier bruit est remplacé par un souffle de timbre très doux, aspiratif, ayant son maximum d'intensité durant tout le petit silence et se propageant nettement vers l'aisselle. Le second bruit est dédoublé.

En présence de ces symptômes, on conclut à une asystolie chez un homme atteint d'insuffisance et de rétrécissement de la valvule mitrale; cependant, le timbre particulièrement doux du souffle avait laissé quelques doutes sur sa nature organique. De fait, quatre jours de repos au régime lacté et le traitement digitalique suffirent à amener la presque complète disparition des accidents; au point de vue stéthoscopique, on ne constatait plus que de l'arythmie et un très léger souffle systolique de la pointe. Au bout d'un mois, ce dernier avait lui-même complètement disparu, et bientôt le malade pouvait quitter l'hôpital en parfait état de santé. (*Loire méd.*, février 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Deux cas de tumeurs pileuses de l'estomac,
par M. G. Ekehorn.

Dans le présent travail, l'auteur relate deux interventions pour tumeurs pileuses de l'estomac, l'une qui lui est personnelle, l'autre qui lui a été communiquée par M. le professeur Aakerman (de Stockholm).

La malade de M. Ekehorn était une jeune femme de vingt-six ans, amaigrie, souffrant depuis deux ans de troubles gastriques qui consistaient essentiellement en vomissements glaireux, mélangés parfois à un peu de sang; l'appétit s'était cependant maintenu assez bon. Une année plus tard était apparue une tumeur épigastrique, occupant surtout la moitié gauche de l'abdomen et s'étendant depuis le rebord des côtes — sous lesquelles elle se perdait — jusqu'à l'ombilic ou un peu au-dessous; à droite elle empiétait de 3 ou 4 travers de doigt sur la ligne médiane. Elle était mobile et, sous la narcose, on put la déplacer jusque dans la fosse iliaque droite. A l'opération, on trouva un estomac très dilaté, mais d'apparence normale; une incision de 15 centimètres faite à sa face antérieure, un peu plus près de la grande courbure que de la petite, permit d'en extraire un paquet de cheveux, véritable moule de la cavité stomacale, pesant 750 grammes. La guérison fut parfaite.

L'observation de M. Aakerman concerne une jeune fille de dix-huit ans qui, depuis un an, se plaignait de douleurs et d'anorexie, et qui, par suite, se trouvait très amaigrie. Elle portait une tumeur abdominale mobile, à surface d'abord inégale, mais plus tard lisse et qui ressemblait à un énorme rein, transversalement placé, et dont le hile aurait regardé en haut. A l'opération, on retira de l'estomac une masse pileuse du poids de 300 grammes, longue de 15 centimètres et reproduisant, comme la précédente, la forme de l'estomac. La malade guérit très bien.

Ces deux femmes niaient formellement avoir jamais dégluti des cheveux; elles n'offraient d'ailleurs aucune tare hystérique ou psychopathique. La seule particularité étiologique intéressante était que la première déclarait avoir eu de superbes cheveux jusqu'à son dernier accouchement, survenu onze mois avant l'opération; mais, durant sa grossesse, ils se mirent à tomber, et, après avoir été si longs qu'elle pouvait s'asseoir dessus, ils n'atteignaient plus guère que la base du cou. Il est à remarquer aussi que chez ces deux malades, de même que dans la plupart des observations analogues colligées par M. Ekehorn (24 au total, y compris 10 cas non opérés), les cheveux étaient blonds ou roux; comme ces tumeurs se rencontrent le plus souvent chez des femmes jeunes, et que la déglutition des cheveux, quand elle est avouée, remonte parfois à l'enfance, on peut se demander si, dans certains cas, cette habitude ne reconnaîtrait pas pour cause une idée esthétique : celle de faire disparaître une chevelure dont la coloration est parfois un sujet de raillerie. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 3.) — R. DE B.

Un cas d'ulcération du pharynx, à évolution insolite, par M. P. Haller.

Le fait relaté par M. Haller concerne un homme de quarante-cinq ans qui avait été atteint de pleurésie sèche bilatérale et souffrait depuis trois ans de fièvres paludéennes; celles-ci, d'abord de type quarte, puis tierce, avaient fini par devenir quotidiennes, fatiguant et affaiblissant le malade d'autant plus qu'il était exposé à un surmenage physique considérable, sans répit. Lorsque l'auteur le vit pour la première fois, il se plaignait surtout de dysphagie douloureuse; l'examen ne révéla qu'une pharyngite hypertrophique, assez prononcée d'ailleurs, et on prescrivit le traitement approprié. Quand le patient se présenta de nouveau quelque temps après, on constata, sur la paroi postérieure du pharynx, la présence de cinq ulcérations, dont quatre disparurent bientôt, tandis que la plus grande, qui siégeait sur la moitié gauche du pharynx, n'avait aucune tendance à la cicatrisation et semblait être la seule cause des troubles dysphagiques dont souffrait cet homme. Elle était assez profonde, de forme ovale, à bords réclinés, était entourée d'une zone légèrement rouge et n'offrait pas de tubercules. L'examen bactériologique avait d'ailleurs permis d'écarter toute idée d'origine bacillaire, et le traitement antisyphilitique, institué à deux reprises, était resté sans effet. L'état du malade s'aggravant de plus en plus, il se rendit à Moscou où, après examen histologique de lambeaux excisés, on posa le diagnostic d'ulcère simple et on pratiqua le curettage suivi d'attouchements avec une solution de parachlorophénol à 30 %. Ce traitement fut continué par M. Haller pendant quelque temps, mais sans aucun résultat. La photothérapie par la lumière bleue se montra également inefficace. Cependant la cachexie faisait des progrès rapides, le patient refusant toute nourriture, de sorte qu'on se vit obligé, pour relever un peu ses forces, d'avoir recours à l'alimentation par la sonde œsophagienne ou par la voie rectale.

Ce qui contribuait encore à l'affaiblissement du malade, c'était l'élévation de la température qu'il présentait invariablement tous les soirs. En se demandant quelle pouvait bien en être la cause, l'auteur fut amené à y voir une manifestation de l'infection paludéenne, laquelle, quoique ayant paru céder à l'usage interne de la quinine et de l'arsenic, pouvait bien persister encore à l'état latent, d'autant plus que M. Haller a eu plus d'une fois l'occasion de s'assurer que, dans les manifestations paludéennes telles qu'elles s'observent dans la région où il exerce, l'usage interne de la quinine donne souvent des résultats incomplets. Il persuada alors à son malade de se soumettre aux injections sous-cutanées de quinine et put constater, en même temps que la disparition graduelle de la fièvre et une amélioration de plus en plus notable de l'état général, la guérison progressive de l'ulcération qui était complètement cicatrisée au bout d'un mois.

Il paraît donc légitime, en présence de ce résultat, de considérer l'ulcération en question comme un trouble trophique d'origine paludéenne. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, novembre 1902.) — S. J.

Contribution à la technique et aux indications opératoires de l'opération césarienne par voie vaginale, par M. E. Bumm.

Dans l'opération césarienne vaginale selon le procédé de M. Dührssen, on incise à la fois les deux lèvres du col. M. Bumm, en se fondant sur les résultats de 13 opérations personnelles, pense que la technique peut être simplifiée de la façon suivante :

A partir de la lèvre antérieure du col, on fait à la muqueuse du cul-de-sac vaginal antérieur une incision longitudinale et médiane de 5 à 7 centimètres. On fend ensuite verticalement le col et sur chacune des lèvres on applique deux pinces à griffe, comme dans l'hystérectomie vaginale par morcellement. Ces deux pinces permettent d'abaisser encore un peu l'utérus et de poursuivre plus haut sa section. On arrive ainsi progressivement jusqu'au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, qu'on évite d'ouvrir. Cette hystérotomie médiane antérieure est aisée et ne s'accompagne d'une perte sanguine un peu abondante qu'au moment de l'incision de la muqueuse, car l'hémorrhagie des tranches de section de l'utérus est empêchée par les pinces de traction. D'ailleurs, même quand il faut enlever ces pinces pour extraire plus commodément l'enfant, l'écoulement de sang demeure insignifiant. Par cette opération, on obtient une ouverture de 8 à 12 centimètres, bien suffisante, vu l'élasticité de ses bords, pour livrer passage à un fœtus de volume moyen. M. Bumm n'a jamais observé que la déchirure se fût prolongée. L'enfant extrait par forceps ou version, on suture la plaie utérine. Quant à la délivrance, il est bon de ne pas la brusquer, si l'on veut éviter des hémorrhagies par inertie. Le tamponnement conseillé par M. Dührssen est inutile.

Sur les 13 parturientes ainsi traitées, l'auteur n'a pas eu de mort opératoire, car la seule femme qui ait succombé fut emportée par éclampsie. Des 12 autres, 8 guérirent sans fièvre et 4 avec de la fièvre, mais le plus souvent pour des causes étrangères à l'intervention elle-même. Dans presque tous les cas, il s'agissait de cancers utérins; une fois cependant l'opération fut pratiquée pour délivrer au plus vite une éclamptique et une fois pour des hémorrhagies profuses dues à un placenta prævia. Il est à remarquer que dans ce dernier cas on ne fut pas incommodé par l'hémorrhagie de la paroi utérine, car les tractions sur les pinces ont justement pour conséquence d'effacer le calibre des vaisseaux. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 décembre 1902.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren) avec hyperhidrose des mains, par M. V. Bolli.

Des diverses hypothèses qui ont été formulées pour expliquer la pathogénie de la rétrac-

tion de l'aponévrose palmaire, la théorie nerveuse est celle qui, à l'heure actuelle, rallie le plus de suffrages. Toutefois, étant donné le très petit nombre d'autopsies de maladie de Dupuytren que l'on a été jusqu'ici à même de pratiquer, cette théorie ne repose guère que sur des arguments de probabilité, tels que la bilatéralité de l'affection, son caractère parfois héréditaire, voire même familial, enfin sa coexistence avec diverses maladies nerveuses et mentales (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 291). A ce point de vue, l'observation relatée par M. Bolli est intéressante, puisqu'elle montre la rétraction de l'aponévrose palmaire associée à un trouble incontestablement névropathique, l'hyperhidrose des extrémités affectées.

Une jeune fille de dix-huit ans, sans antécédents dignes d'être notés et qui, en particulier, ne s'était jamais livrée à des travaux manuels pénibles, s'aperçut un jour, il y a quatre ou cinq ans, que l'auriculaire de sa main gauche ne pouvait être complètement étendu; puis le même trouble apparut au petit doigt de la main droite, ensuite à l'annulaire et au médius des deux côtés.

Actuellement, on constate que la déformation est surtout accentuée au niveau des auriculaires, dont les trois segments sont en flexion, tandis qu'aux autres doigts la phalangette peut être parfaitement étendue, la phalange étant seulement fléchie sur le métacarpien et la phalangine sur la phalange. Le pouce et l'index ont conservé leur attitude normale. Les fonctions des mains ne sont nullement troublées, et il n'existe pas trace d'amyotrophie, ni des interosseux et lombricaux, ni des masses musculaires des éminences thénar et hypothénar. Enfin la peau ne présente aucune altération objectivement appréciable; sa mobilité par rapport aux plans sous-jacents est conservée; sa sensibilité, tant tactile que douloureuse et thermique, est absolument normale; mais la région palmaire et la portion correspondante des doigts sont, des deux côtés, presque continuellement humides, par suite de la présence de petites gouttelettes de sueur.

Outre la coexistence de cette hyperhidrose palmaire avec la maladie de Dupuytren (un exemple de cette association aurait déjà été publié par M. Tranquilli), cette observation offre un point qui mérite d'être relevé : c'est le jeune âge de la patiente, car la rétraction de l'aponévrose palmaire est exceptionnelle avant la quarantaine; cependant Dupuytren lui-même a signalé un cas de cette affection chez un enfant de six ans, et Adams et Abbe l'auraient constatée chez un nouveau-né. (*Policlinico*, 27 décembre 1902.) — F. F.

Favus érythémato-squameux circiné chez un nouveau-né, par M. MARIO TRUFFI.

L'auteur relate l'observation d'un nourrisson de vingt-cinq jours, présentant, à la partie inférieure de la région abdominale et sur la cuisse droite, un ensemble de lésions cutanées serpigineuses, qui éveillaient au premier abord l'idée de manifestations syphilitiques. Toutefois, un examen attentif ne tardait pas à faire écarter ce diagnostic : l'affection était constituée par des éléments annulaires, érythémato-squameux, d'un diamètre variant de 2 à 10 centimètres, saillants sur la peau environnante; au niveau des cercles les plus étendus, la zone érythémato-squameuse, large de 6 à 8 millimètres, était interrompue, ce qui donnait à la dermatose une apparence serpigineuse. Ces lésions étaient très nettement limitées, sans aréole inflammatoire. Quand on soulevait une squame avec l'ongle, on découvrait une surface rouge, luisante, non saillante. En aucun point on ne constatait d'éléments vésiculeux ou pustuleux. L'affection avait débuté le deuxième jour après la naissance, par une croûte érythémateuse de la région ombilicale; l'état général n'était nullement influencé.

M. Truffi pensa à une trichophytie; or, l'examen microscopique des squames y révéla en abondance la présence de l'achorion de Král, et les inoculations aux animaux de laboratoire, notamment au lapin, donnèrent des lésions typiques de favus.

Ajoutons que le petit malade fut traité par des applications de vaseline salicylée à 5 %, qui amenèrent la guérison en moins d'un mois.

A propos de ce fait, l'auteur insiste sur les difficultés que présente, dans les formes érythémato-squameuses, le diagnostic différentiel entre les lésions trichophytiques et les manifestations du favus; dans le présent cas, en effet, tout faisait pencher la balance en faveur des premières : configuration annulaire de l'éruption, variabilité de dimension et confluence des éléments, défaut absolu de tout godet, etc. Il en conclut que, seul, l'examen microscopique permet de trancher avec certitude la question.

Cette observation offre, en outre, un intérêt spécial en raison du jeune âge de l'enfant; on sait que les affections faviques sont surtout communes de trois à six ans; s'il est assez fréquent de les rencontrer au-dessus de cet âge, elles sont, par contre, exceptionnelles avant la troisième année, et surtout dans les premières semaines de la vie. (*Gazz. medica italiana*, 11 décembre 1902.) — F. F.

Intoxication par la formaline, par M. F. TESTI.

Depuis que le formol est devenu d'un emploi assez courant non seulement en médecine, mais aussi dans l'économie domestique, on n'aurait observé encore qu'un seul cas d'empoisonnement par cette substance : il s'agissait d'un homme qui, ayant avalé par erreur une certaine quantité d'une solution sans doute faible d'aldéhyde formique, fut pris de phénomènes généraux très graves, consistant en coma, anurie, etc. (Klüber). Dans le fait relaté par M. Testi, au contraire, la formaline absorbée était en solution concentrée (solution commerciale à 40 %), si bien que son ingestion détermina des vomissements et que les troubles restèrent en somme locaux.

Aussitôt après avoir pris une gorgée du liquide en question — qu'il avait confondu avec une solution d'hypophosphites dont il faisait usage —, le malade éprouva une vive sensation de brûlure sur tout le trajet de l'œsophage; il vomit immédiatement, et eut ensuite des efforts répétés de vomissement; la douleur se localisa bientôt, avec une intensité croissante, à l'arrière-bouche, à la base de la langue et à la première portion du pharynx, rendant la déglutition impossible.

Quand l'auteur arriva près de cet homme, il le trouva agité, en proie à des nausées avec salivation abondante, presque complètement aphone; le visage était congestionné, ainsi que les conjonctives où se voyaient quelques petites hémorrhagies. La muqueuse buccale et pharyngée était hyperémiée, la langue tuméfiée et rouge; les parties les plus atteintes étaient les piliers antérieurs et la partie contiguë des amygdales.

Pendant deux ou trois jours, la situation resta identique, le malade ne pouvant ingérer même des liquides; puis les parties du pharynx particulièrement touchées par le caustique s'escharifièrent; les eschares étant tombées au sixième jour, la cicatrisation fit dès lors des progrès rapides et au bout d'une semaine environ il ne restait plus, comme trace de l'accident, que les hémorrhagies conjonctivales, lesquelles s'effacèrent progressivement. (*Policlinico*, 20 décembre 1902.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections d'eau oxygénée dans le traitement de la broncho-pneumonie infantile à la période d'asphyxie.

On connaît depuis longtemps les bons effets que produisent les inhalations d'oxygène lorsqu'il s'agit de parer à une asphyxie imminente. Plus récemment, les expériences de M. le professeur Gärtner (de Vienne) sur les injections intraveineuses d'oxygène ont amené M. le docteur F. Mariani (de Gênes) à essayer d'appliquer cette méthode à l'homme (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 243-244). Partant de ces faits, ainsi que de l'action vivifiante que l'eau oxygénée exerce sur le cœur de grenouille isolé de l'animal, un autre médecin italien, M. le docteur R. Boscolo (de Noventa Padovana) a eu l'idée d'utiliser les injections sous-cutanées de peroxyde d'hydrogène pour combattre l'asphyxie au cours de la broncho-pneumonie infantile. Notre confrère introduit sous la peau de l'hypocondre de 6 à 8 grammes d'eau oxygénée, en répétant, au besoin, l'injection tous les deux jours. Pendant cette intervention, il fait pratiquer à l'enfant des inhalations d'oxygène, de crainte de le voir succomber par suite de l'adynamie cardiaque, qui augmente naturellement sous l'influence de l'agitation et de la dyspnée provoquées par la petite opération. L'injection doit être poussée lentement, afin d'assurer l'absorption de l'eau oxygénée. Lorsqu'on a eu soin de désinfecter parfaitement la région et la seringue, l'injection ne donnerait lieu qu'à une irritation insignifiante des téguments, qui disparaîtrait en moins de vingt-quatre heures, en laissant seulement subsister pendant trois ou quatre jours une aréole d'un rouge vif autour de la piqûre. Par mesure de précaution, il conviendrait d'employer pour la préparation du peroxyde d'hydrogène de l'eau stérilisée, afin de se mettre à l'abri des microorganismes susceptibles de résister à l'action de l'oxygène.

M. Boscolo a eu l'occasion d'appliquer, avec succès, le procédé en question dans 2 cas désespérés de broncho-pneumonie : dans le premier, il s'agissait d'un nourrisson de huit mois, qui se trouvait depuis quatre jours en imminence d'asphyxie et qui, sous l'influence de deux injections d'eau oxygénée, entra en convalescence; le second fait a trait à un enfant de quatorze mois, gravement malade depuis sept jours et chez lequel la guérison nécessita trois injections de peroxyde d'hydrogène.

Emploi de l'extrait de fèves de Calabar contre l'atonie intestinale consécutive au morphinisme chronique.

Préconisé jadis par les médecins anglais contre la constipation habituelle, l'extrait de fèves de Calabar n'est guère employé de nos jours d'une façon courante, en thérapeutique. Or, à en juger d'après l'expérience de M. le docteur O. Emmerich (de Baden-Baden), ce remède rendrait d'excellents services dans le traitement des manifestations graves de l'atonie intestinale due au morphinisme chronique. On sait, d'ailleurs, que l'alcaloïde de la fève de Calabar, l'*ésérine*, est depuis quelque temps utilisé contre les accidents relevant de l'atonie intestinale aiguë (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 352 et 1902, p. 200 et 377).

M. Emmerich prescrit habituellement un mélange composé de 0 gr. 10 centigr. d'extrait de fèves de Calabar, 10 grammes de glycérine et 5 grammes d'eau distillée d'amandes amères, dont il fait absorber, pendant une journée, trois gouttes toutes les deux heures; puis on suspend la médication pour la reprendre le surlendemain, en augmentant, au besoin et avec circonspection, la dose. Dès que les phénomènes de météorisme ont complètement disparu, on arrête l'emploi du remède et on entretient la tonicité de l'intestin par des moyens appropriés (« gymnastique intestinale », régime alimentaire convenable, etc.).

L'usage de l'extrait de fèves de Calabar serait particulièrement indiqué dans la troisième période du morphinisme, lorsque l'atonie intestinale est très accentuée et s'accompagne d'une diminution notable des sécrétions glandulaires et de ptoses viscérales fortement accusées. Toutefois, cette médication est contre-indiquée lorsqu'il existe une néphrite aiguë ou chronique avec phénomènes urémiques, ainsi que dans les cas de cirrhose hépatique, d'artériosclérose ou de pyrexies aiguës.

Les frictions à l'acide salicylique contre le pityriasis versicolor.

D'après l'expérience de M. le docteur Aufrecht, médecin en chef de l'hôpital civil de Magdebourg-Altstadt, les frictions avec une solution d'acide salicylique dans de l'alcool absolu à 4 % constitueraient, dans le pityriasis versicolor, un moyen de traitement beaucoup plus efficace que les remèdes habituellement employés pour combattre cette affection parasitaire et qui nécessitent, en général, une cure très prolongée. Répétées tous les soirs, les applications d'acide salicylique amèneraient la guérison complète au bout d'une quinzaine de jours.

En manipulant le liquide en question, il importe de ne pas oublier qu'il est inflammable.

ERRATUM. — Dans notre numéro du 4 mars 1903, p. 74, 2e col., 69e ligne, au lieu de : cholécystectomie, lire : *cholécystotomie*.

TRAVAUX ORIGINAUX

La projection de la rétine sur la corticalité calcarine.

Existe-t-il ou non, dans la sphère visuelle corticale, une projection de la rétine? C'est là une question fondamentale au point de vue de l'organisation cérébrale du sens visuel, et qui a la plus grande importance pour la compréhension du mécanisme de la vision. Elle intéresse non seulement la physiologie cérébrale, mais aussi la psychologie.

Toutefois, elle ne peut pas être résolue avant que le problème de la localisation et de la limitation du centre de la vision soit lui-même élucidé.

I

Depuis longtemps les savants les plus éminents se sont occupés de cette question, sans que ni les anatomistes ni les physiologistes ou les cliniciens soient arrivés à un résultat décisif. Les noms illustres de Charcot, de Ferrier, de Munk, de Nothnagel, et bien d'autres encore, se retrouvent dans l'histoire de la doctrine de la localisation du centre visuel. Et néanmoins on dispute encore, même sur la méthode de recherche à appliquer à cette étude. On a fait une hypothèse basée sur des faits exclusivement anatomiques; or, l'anatomie seule ne résoudra jamais ce problème, car les investigations anatomiques, fût-ce avec le secours du microscope,

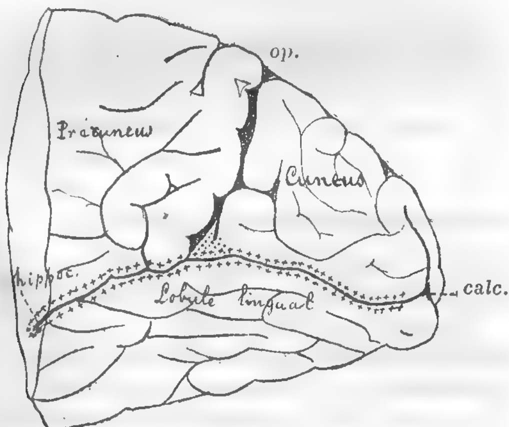


Fig. 1. — Face interne du lobe occipital dans un cas d'hémianopsie (Nordenson-Henschen); *calc.*, scissure calcarine; *op*, scissure occipito-pariétale.

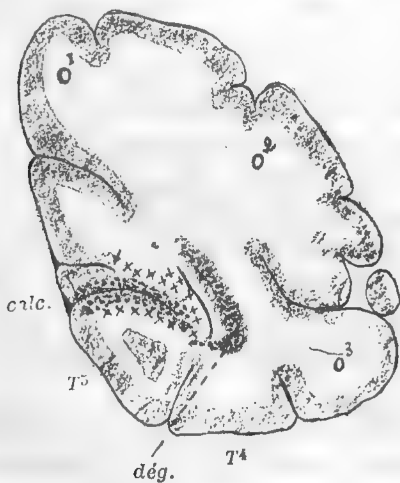


Fig. 2. — Coupe frontale passant à 3 centimètres en avant du pôle occipital : destruction de l'écorce calcarine (*calc.*) et de la substance médullaire sous-corticale; dégénération secondaire (*dég.*) de la couche intermédiaire des radiations optiques.

ne sauraient nous permettre de découvrir quelles sont les fonctions des fibres que nous avons sous les yeux. Les physiologistes ont tâché d'arriver à une solution par la voie expérimentale, mais le clinicien ne sait que trop que l'homme seul peut être examiné avec succès sur l'étendue exacte des hémianopsies et surtout sur celle des scotomes, et que l'on ne peut pas compter trouver chez les animaux une intelligence assez développée pour ces expériences délicates.

Différents auteurs ont basé leurs recherches concernant le centre visuel presque exclusivement sur la méthode des dégénérescences; toutefois, on n'a pas le droit de rien conclure quant aux fonctions des fibres dégénérées, et les limites du centre visuel ne sauraient être déterminées par ce moyen, quelque valeur qu'il puisse avoir du reste.

La méthode anatomo-clinique seule est capable, selon moi, de résoudre le problème; je reconnais cependant que les autres modes d'investigation peuvent nous guider dans nos recherches et doivent nous servir à contrôler l'exactitude des résultats obtenus.

Aux Congrès internationaux de Londres, de Rome, de Moscou, et il y a trois ans à celui de Paris, j'ai eu l'occasion d'exposer mes idées sur cette question; j'ai voulu démontrer qu'on a trop négligé la valeur des cas négatifs d'hémianopsie. Toute la surface latérale des lobes occipitaux et du pli courbe peut, en effet, être détruite sans qu'apparaisse ce trouble de la vision. Les lésions seules de la corticalité calcarine provoquent l'hémianopsie.

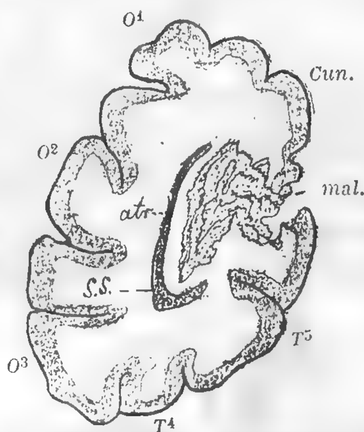


Fig. 3. — Cas Hildén (Henschen). Coupe frontale du lobe occipital gauche; *mal.*, ramollissement au niveau de la scissure calcarine; *atr.*, atrophie; *cun.*, cunéus; *ss.*, radiations optiques.

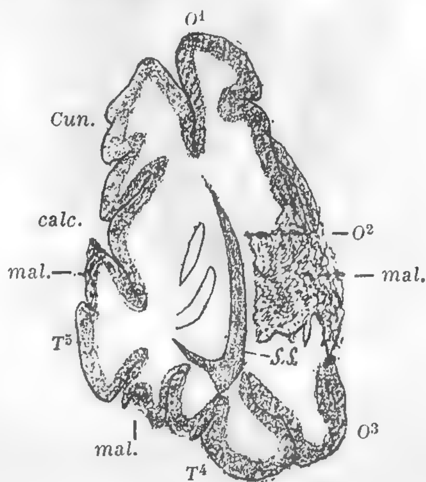


Fig. 4. — Coupe frontale du lobe occipital droit de Hildén; *mal.*, ramollissement; *calc.*, scissure calcarine.

Qu'il me soit permis de rappeler ici le cas qui a servi de point de départ à mes observations personnelles. Il s'agissait d'une lésion exactement limitée à la corticalité calcarine (*fig. 1*); M. von Monakov a prétendu qu'il y avait chez ce malade une lésion primitive de la radiation optique, mais on constate sur la *figure 2* que la lésion des radiations optiques est de nature secondaire; où a-t-on jamais vu une dégénération limitée à la couche intermédiaire des radiations optiques et qui fût primitive? Il existait dans ce cas une hémianopsie exactement mesurée bien des fois; la lésion était stationnaire. Ce fait prouve à l'évidence qu'une lésion localisée à la corticalité calcarine entraîne une hémianopsie presque complète, c'est-à-dire que le centre visuel est limité à cette corticalité calcarine.

Je suis à même de relater aujourd'hui quelques nouveaux cas. Voici un fait récemment observé par moi : la corticalité calcarine est détruite (*fig. 3*), la lésion n'attaquant la substance médullaire que près du pôle occipital. En outre, la nature a fait une contre-expérience remarquable : la surface latérale de l'autre hémisphère est détruite sur une grande étendue (*fig. 4*); cette seconde lésion n'a pas provoqué d'hémianopsie, celle-ci n'existant que dans le champ visuel droit (*fig. 5*), double preuve de l'exactitude de ma théorie.

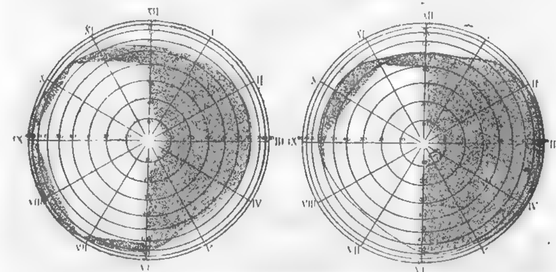


Fig. 5. — Champs visuels de Hildén.

Dans toute la littérature médicale il n'existe pas un seul fait bien observé qui soit en opposition avec les conclusions que j'ai tirées de ces deux observations.

II

Y a-t-il donc sur l'écorce cérébrale une projection de la rétine? Est-ce qu'une lésion limitée de la corticalité calcarine peut provoquer un scotome absolu de nature constante?

Dans mon ouvrage sur la pathologie du cerveau (1), j'ai relaté de nombreux exemples cliniques de troubles de ce genre, d'origine vraisemblablement corticale ou par lésion de la voie optique postérieure, mais sans vérification anatomique. Je possède maintenant une série de cas *anatomo-cliniques* d'hémianopsie à quadrant, causée par des lésions très restreintes de la voie optique postérieure ou au niveau de la corticalité calcarine, constatées à l'autopsie.

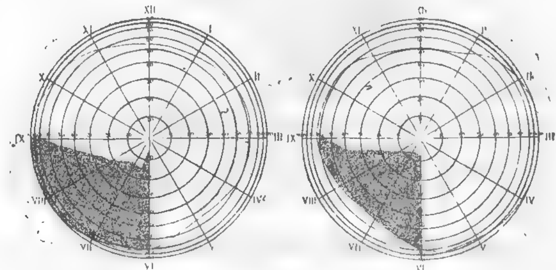


Fig. 6. — Cas Esche (Wilbrand-Henschen). Hémianopsie à quadrant inférieur.



Fig. 7. — Cas Esche (Wilbrand-Henschen). La partie dorsale du corps géniculé (*cge*) est détruite; *cy*, kyste; *D*, lésions d'atrophie; *ss.*, radiations optiques; *nc.*, noyau caudé.

Voici par exemple un fait intéressant, observé par M. Wilbrand (de Hambourg); il peut se résumer en quelques mots : pendant la vie, hémianopsie à quadrant (*fig. 6*); après la mort, destruction limitée à la moitié dorsale du corps géniculé latéral (*fig. 7*); pas de lésion du nerf

(1) S. E. Henschen. Pathologie des Gehirns. T. I, II et III. Leipzig, 1890-96.

optique ni de la corticalité calcarine, mais une dégénération de la partie supérieure des radiations optiques (*fig. 8*).

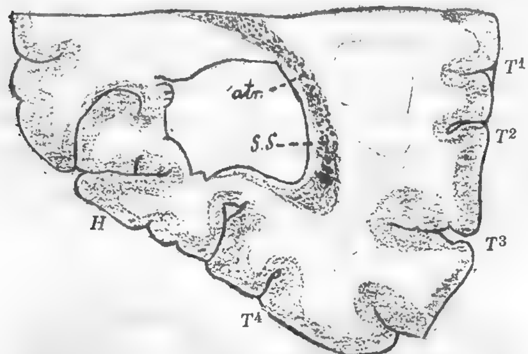


Fig. 8. — Cas Esche (Wilbrand-Henschen). Coupe passant en arrière des ganglions centraux; *ss*, radiations optiques atrophiées (*atr.*); leur partie ventrale est conservée.

Un autre cas récemment recueilli par moi est en concordance absolue, même dans ses détails, avec le précédent : hémianopsie à quadrant pendant la vie (*fig. 9*), destruction semblable du

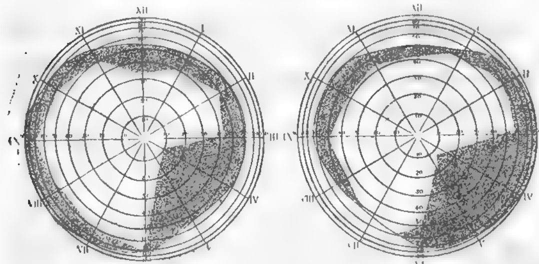


Fig. 9. — Cas Per Jonsson (Henschen). Champs visuels.

ganglion géniculé (*fig. 10*) et dégénération se-

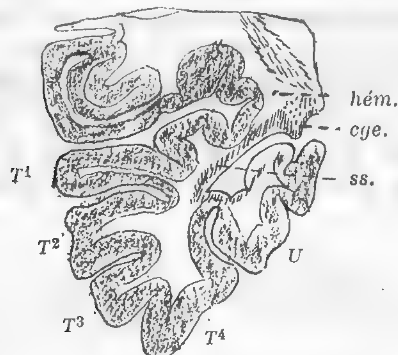


Fig. 10. — Cas Per Jonsson (Henschen). Coupe frontale du corps géniculé (*cge.*), dont la partie supérieure est détruite par un foyer hémorrhagique (*hém.*); *ci*, capsule interne; *ss*, partie conservée des radiations optiques.

condaire des radiations optiques (*fig. 11*); la

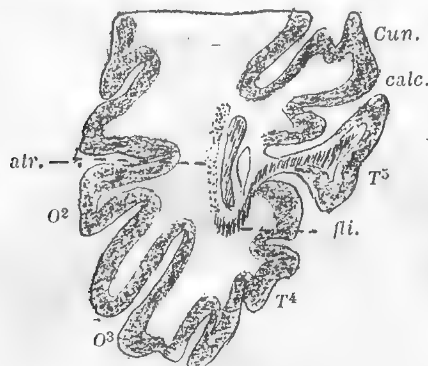


Fig. 11. — Cas Per Jonsson (Henschen). Coupe frontale passant à 3 centimètres en avant du pôle occipital. *fli.*, fibres du faisceau longitudinal inférieur, conduisant les impressions lumineuses de la partie inférieure du corps géniculé à la lèvre inférieure de la scissure calcarine. La partie dorsale des radiations optiques est atrophiée (*atr.*).

partie inférieure seule de ces radiations persiste; les fibres conservées peuvent être suivies depuis la partie inférieure du ganglion jusqu'à la lèvre inférieure de la scissure calcarine; elles conduisent, par l'intermédiaire de la partie inférieure du ganglion géniculé, les impressions lumineuses de la moitié inférieure de la rétine à la lèvre inférieure de la corticalité calcarine; ces fibres sont les plus ventrales des radiations optiques.

S'il reste une portion un peu plus considérable des radiations optiques, aucune hémianopsie ne se produit; la *figure 12* est un exemple d'une lésion de ce genre.



Fig. 12. — Cas Jan Ersson (Henschen). Coupe frontale passant à 6 centimètres en avant du pôle occipital. La partie supérieure des radiations optiques (*ss.*) est seule détruite, l'inférieure est conservée sur une hauteur d'environ 10 millimètres; *mal.*, ramollissement. Pas d'hémianopsie.

Mais voici un cas où les fibres les plus ventrales subsistent seules (*fig. 13* et *14*); pendant

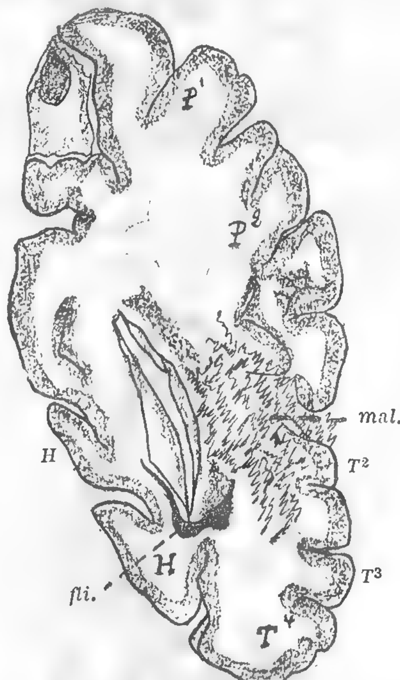


Fig. 13. — Cas Sandberg (Henschen). Coupe frontale passant à 6 centimètres en avant du pôle occipital; *mal.*, ramollissement détruisant les radiations optiques; *fli.*, fibres du faisceau longitudinal inférieur conservées.

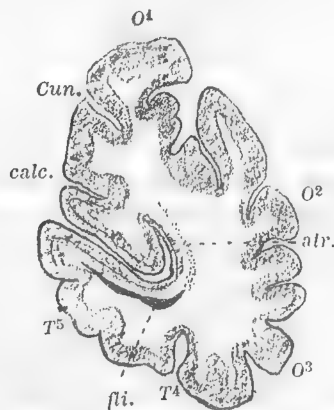


Fig. 14. — Cas Sandberg (Henschen). Coupe passant à 3 centimètres en avant du pôle occipital. La partie inférieure des radiations optiques est conservée; ces fibres (*fli.*) vont à la lèvre inférieure de la scissure calcarine. La partie supérieure des radiations optiques est atrophiée (*atr.*).

la vie il existait une hémianopsie à quadrant (*fig. 15*). Dans ce fait on peut même suivre les

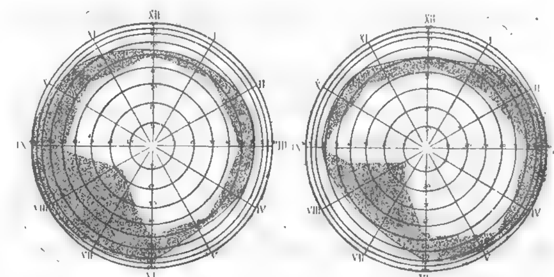


Fig. 15. — Cas Sandberg (Henschen). Champs visuels.

fibres jusqu'à leur terminaison dans la lèvre inférieure de la corticalité calcarine.

Dans le cas suivant (*fig. 16*), nous trouvons

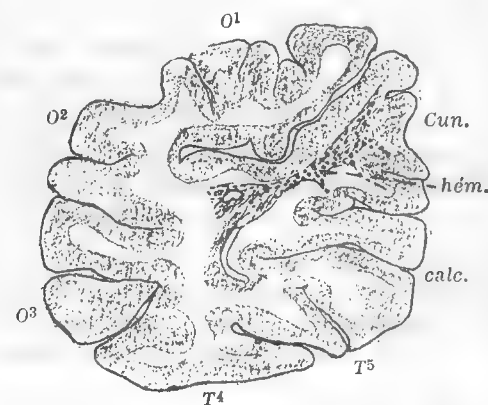


Fig. 16. — Cas Rose (Henschen). Ancien foyer hémorrhagique (*hém.*) dans le cunéus (*Cun.*).

un complément de ces observations; la lésion, une hémorrhagie, est située auprès de la lèvre calcarine supérieure et en a détruit les fibres.

III

Tous ces faits démontrent, d'une part, qu'il existe des hémianopsies à quadrant absolument constantes, et de l'autre que les fibres de la lèvre calcarine supérieure proviennent de la moitié supérieure de la rétine, la lèvre calcarine inférieure correspondant à la moitié inférieure de la rétine. Ils renversent donc de fond en comble la théorie de M. von Monakov, qui nie la projection de la rétine sur la corticalité calcarine, et d'après lequel il n'existerait pas de scotomes constants causés par des lésions circonscrites de la corticalité visuelle. Ce neurologiste a soutenu, en outre, que dans les scotomes de ce genre il n'y a pas une cécité absolue; mais cette opinion ne se trouve pas d'accord avec les faits cliniques; ceux-ci prouvent également que la théorie de M. Ferrier, qui place le centre visuel dans le pli courbe, et celle de MM. Nothnagel et Munk, pour lesquels ce centre serait situé dans la première circonvolution occipitale, ne sont pas non plus fondées.

J'ai observé, en effet, un cas de scotome homonyme, bien circonscrit, où le champ visuel était absolument obscurci (*fig. 17*), trouble causé par

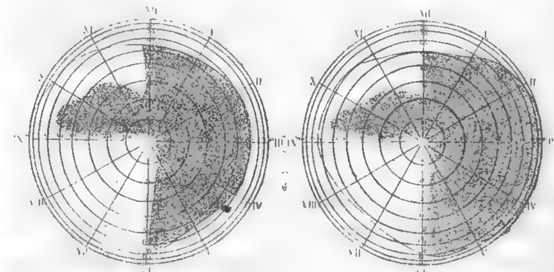


Fig. 17. — Cas Lundqvist (Henschen). Scotome constant et hémianopsie.

un éclat de balle. Dans la *figure 18*, qui reproduit le décalque d'une radiographie faite sur ce malade, on remarque que la partie inférieure de la voie optique dans le lobe occipital doit être lésée par un éclat du projectile.

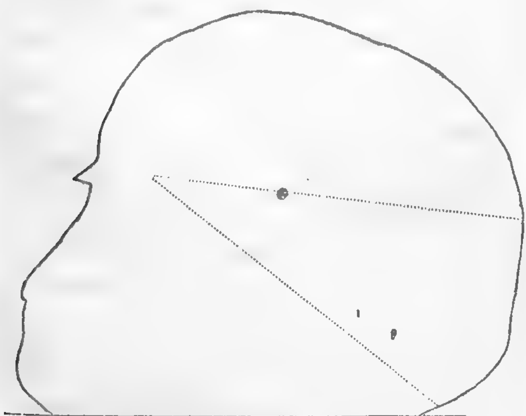


Fig. 18. — Reproduction d'une radiographie du crâne de Lundqvist. La ligne inférieure indique la base du lobe occipital; à 15 millimètres au-dessus, un fragment de balle, cause de l'hémianopsie et du scotome.

Le cas suivant est encore d'un plus grand intérêt, puisque les lésions furent diagnostiquées pendant la vie d'une manière exacte. Dans le champ visuel, on constatait une hémianopsie à quadrant supérieur, déterminée par un ramollissement de la lèvre calcarine inférieure. Il existait en outre un scotome absolument constant, bien circonscrit et tout à fait obscur (*fig. 19*); aussi, je m'attendais à trouver un ramollissement de la lèvre calcarine supérieure, et cette prévision fut, en effet, justifiée par les résultats de l'autopsie (*fig. 20* et *21*).

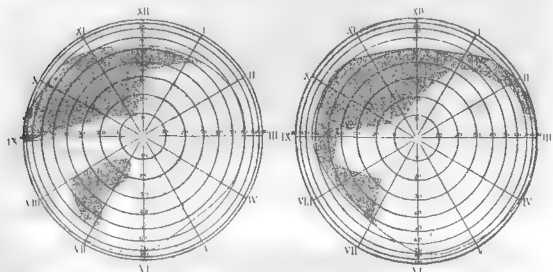


Fig. 19. — Cas Jan Jansson (Henschen). Scotome homonyme constant dans le quadrant inférieur; hémianopsie à quadrant supérieur.

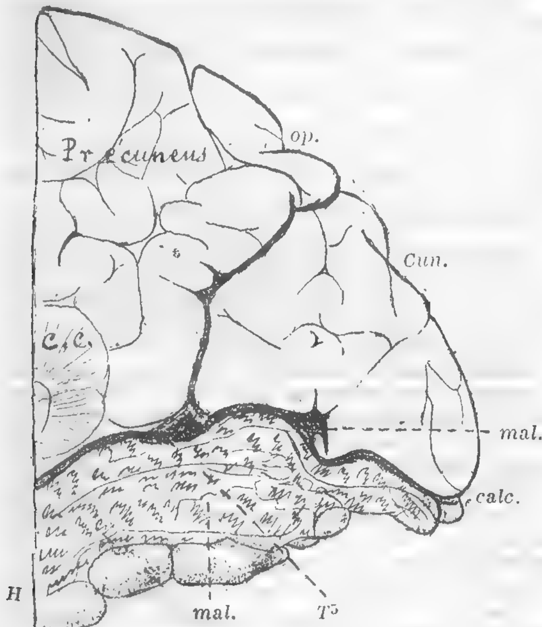


Fig. 20. — Cas Jan Jansson (Henschen). Ramollissement total (*mal.*) du lobe lingual (T^5); lésion circonscrite (*mal.*) dans la lèvre supérieure de la scissure calcarine (*calc.*); *op.*, scissure occipito-pariétale.

Si la lèvre supérieure représente le quadrant supérieur de la rétine, et que la lèvre inférieure corresponde au quadrant inférieur, il s'ensuit que le fond de la scissure calcarine doit être en rapport avec la zone horizontale de la rétine: une lésion de cette région de l'écorce doit donc provoquer un scotome horizontal constant. Un fait que j'ai observé constitue l'expérience la plus démonstrative qu'on puisse désirer pour démontrer l'exactitude de la théorie de projection: on avait constaté un scotome horizontal (*fig. 22*), qui fut mesuré par M. Wilbrand; l'examen macro et microscopique du cerveau, fait par moi, révéla une lésion circonscrite, limitée exactement au fond de la scissure calcarine (*fig. 23*).

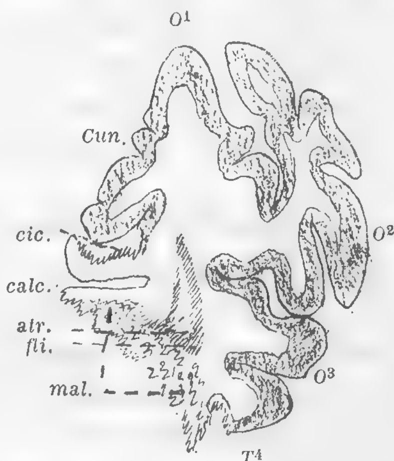


Fig. 21. — Cas Jan Jansson (Henschen). Coupe frontale passant à 2 centimètres en avant du pôle occipital; *calc.*, scissure calcarine; *cic.*, cicatrice dans la partie supérieure de la lèvre supérieure de la scissure calcarine. Le lobe lingual est détruit (*mal.*). Atrophie (*atr.*) dans les radiations optiques.

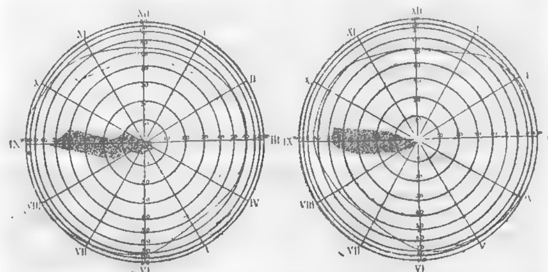


Fig. 22. — Cas Eggers (Wilbrand-Henschen). Scotome homonyme dans le méridien horizontal.

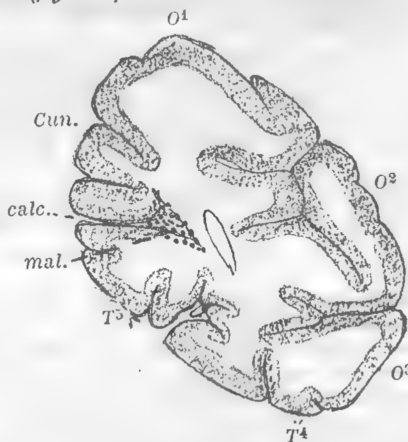


Fig. 23. — Cas Eggers (Wilbrand-Henschen). Coupe frontale passant à 2 centimètres du pôle occipital; perte de substance (*mal.*) dans le fond de la scissure calcarine (*calc.*), consécutive à un ramollissement.

Par l'ensemble de ces faits anatomo-cliniques, la théorie de la projection de la rétine sur la corticalité calcarine se trouve démontrée jusqu'à l'évidence: il existe incontestablement une *rétine centrale* dans la corticalité calcarine.

Dr S. E. Henschen,
Professeur à la Faculté de médecine de Stockholm.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1903.

Des récidives du zona.

M. Fabre (de Commentry) lit une note dans laquelle il dit que, sur 205 cas de zona qu'il a observés depuis trente-sept ans, il a pu constater quatre récidives bien nettes, sans compter d'autres faits où l'affection se reproduisit à la même place et à des intervalles plus ou moins réguliers, mais n'excédant pas douze à quinze mois (zonas à répétition). L'orateur considère, en outre, comme des zonas à rechute les cas où l'éruption réapparaît au même endroit au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

D'autre part, à côté des éruptions herpétiques localisées qu'il serait peut-être prématuré de distraire du genre herpès pour les rattacher au zona, M. Fabre tend à admettre une classe de zonas qu'il désigne sous le nom de périodiques: ce sont ceux qui surviennent à intervalles réguliers et semblent alterner ou coïncider avec les manifestations de certaines fonctions physiologiques (menstruation) ou la production de phénomènes pathologiques (flux hémorrhoïdaires).

M. d'Astros (de Marseille) lit, sur le fonctionnement du service de la diphtérie à Marseille, un travail dans lequel il établit que la mortalité annuelle par diphtérie, qui oscillait, avant l'emploi de la sérothérapie, de 95 à 130 pour 100,000 habitants, varie, depuis cette époque, entre 12 et 29 pour 100,000 âmes.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 avril 1903.

Contribution expérimentale à la physiologie de la mort.

MM. N. Vaschide et **Cl. Vurpas**. — Par l'étude physiologique de nombreux mourants, notamment au point de vue des fonctions cardiaques et respiratoires, nous avons reconnu que l'on peut distinguer trois phases dans la dissolution finale de l'organisme:

Dans la première surviennent des modifications vasomotrices, respiratoires et circulatoires qui se rapprochent sensiblement des phénomènes que l'on détermine chez les animaux par la destruction de l'écorce cérébrale;

Dans la seconde on observe une activité bulbaire typique et des troubles de la coordination rappelant certaines affections médullaires;

Dans la troisième, enfin, apparaissent des râles respiratoires ainsi qu'un amoindrissement de la vitalité générale; la survie semble à ce moment due en grande partie à la vie intrinsèque du muscle cardiaque, dont l'action excitatrice sur le phrénique a pour effet de maintenir la respiration, soit sous une forme superficielle, soit à l'état d'inspirations profondes et rares.

En résumé, on meurt par étapes: après l'épuisement de la conscience et des phénomènes psycho-physiologiques constituant la personnalité vient l'agonie du bulbe, et c'est la mort du cœur, toujours lente, « agonisante », qui termine la scène.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 avril 1903.

Injections d'air stérilisé dans les cas d'épanchements pleuraux.

M. Achard communique, en son nom et au nom de M. Grenet, les résultats qu'il a obtenus en injectant dans la plèvre de l'air stérilisé en cas d'épanchements pleuraux (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 182). Dans 5 observations de pleurésie séro-fibrineuse, dont une de pleurésie récidivante, le liquide ne s'est pas reproduit après l'insufflation. Dans un autre fait, concernant un cardiaque asystolique, le liquide se reforma. Enfin, la récidive n'a pas été empêchée chez 4 sujets atteints le premier de pleurésie hémorrhagique sarcomateuse, le second de pleurésie chyliforme et les deux derniers de pleurésie purulente, dont l'une d'origine pneumococcique et l'autre de nature tuberculeuse.

Le résultat le plus remarquable de l'injection gazeuse a été la disparition prompte des accidents de décompression, tels que toux, douleurs thoraciques, etc., que l'on observe au cours des ponctions évacuatrices; en sorte que l'on peut, grâce à ce moyen, faire sans danger une évacuation abondante. Or, dans la pleurésie purulente tuberculeuse, cette évacuation abondante procure parfois une amélioration notable et une suspension assez prolongée de la fièvre hectique.

Il convient, en général, d'injecter dans la cavité pleurale une quantité d'air équivalente à un peu moins de la moitié du volume de liquide évacué. L'insufflation peut se faire à l'aide de la pompe foulante et la filtration de l'air s'obtient avec un simple tube de verre étranglé en une de ses parties et contenant une bourre d'ouate aseptique. Ce tube s'intercale sur le trajet du tube de caoutchouc parcouru par le liquide évacué.

L'injection d'air facilite le diagnostic entre l'abcès du foie et la pleurésie purulente : par la radioscopie, en effet, on peut constater que, dans la pleurésie, la zone claire correspondant au gaz injecté n'est pas surmontée par une bandelette sombre, comme celle que produirait le diaphragme au-dessus d'une poche hépatique insufflée.

Une autre remarque que l'orateur a pu faire, c'est que les signes de pneumothorax n'apparaissent pas toujours au complet après l'injection d'air : fort souvent il n'y a ni bruits amphoriques, ni bruits métalliques.

M. Vaquez déclare que le traitement dont vient de parler M. Achard, inefficace quand il s'agit de pleurésies purulentes justiciables d'une autre thérapeutique, convient merveilleusement aux pleurésies séreuses récidivantes, surtout quand elles reconnaissent pour cause un processus tuberculeux. On sait qu'il n'est pas exceptionnel de voir en pareil cas les épanchements se reproduire plusieurs fois, dans un espace de temps plus ou moins long, nécessitant des ponctions répétées, et passer souvent alors à la purulence. Il y a donc un intérêt de premier ordre à couper court dès qu'on le peut à cette chronicité. Faut-il, comme le fait M. Achard, pratiquer l'injection gazeuse dès la première ponction? Vaut-il mieux attendre la première récidive? Jusqu'à présent l'orateur s'était arrêté à cette dernière solution, mais s'il était démontré que l'injection précoce hâtât la guérison de la pleurésie et prévînt plus sûrement les récidives, il n'hésiterait pas à y avoir recours.

M. Achard recommande l'emploi, pour les injections intra-pleurales, d'air stérilisé; de son côté M. Vaquez a eu recours à l'azote. Ce gaz a l'avantage de se résorber moins vite, et se montre, pour cette raison, bien préférable à l'oxygène.

M. Moutard-Martin dit que les épanchements séro-fibrineux, même lorsqu'ils sont de nature tuberculeuse, peuvent, dans quelques cas au moins, disparaître définitivement à la suite d'une ou plus habituellement de plusieurs ponctions, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à des injections substitutives d'air stérilisé dans la plèvre. Au point de vue de la quantité de liquide qu'il convient de retirer de la cavité pleurale à chaque ponction, l'orateur déclare qu'il prend uniquement pour guide les sensations éprouvées par le malade et qu'il retire la canule seulement lorsqu'il survient de la toux, de l'oppression, etc.: il a soin toutefois de veiller à ce que l'écoulement du liquide soit très lent, et il croit que c'est grâce à cette précaution qu'il n'a jamais observé d'expectoration albumineuse à la suite de l'évacuation même de plusieurs litres de liquide.

Le pseudo-rhumatisme dysentérique et ses déterminations articulaires et abarticulaires.

M. Salle (médecin militaire) fait une communication dans laquelle il étudie les manifestations articulaires et abarticulaires du pseudo-rhumatisme dysentérique.

En ce qui concerne les arthropathies, connues depuis longtemps, l'orateur en a compté 60 cas — dont 16 personnels — sur un total de 1,658 observations de dysenterie, ce qui donne une proportion de 3.61 %. Elles apparaissent le plus souvent pendant la convalescence, surtout dans les formes légères de dysenterie, peuvent être accompagnées d'épanchement articulaire (avec présence du colibacille dans un fait), et intéressent de préférence le genou.

Sous le nom de manifestations abarticulaires du pseudo-rhumatisme dysentérique, M. Salle décrit deux manifestations infectieuses, les myalgies et les conjonctivites, qui accompagnent fréquemment les arthropathies proprement dites. Les premières ont été observées par lui 9 fois sur 521 cas; ordinairement peu intenses, elles durent deux ou trois jours au plus. Cinq fois elles existaient à titre de manifestation unique, 4 fois elles coïncidaient avec des localisations articulaires; elles sont plus précoces dans le premier cas que dans le second. Elles affectent, quand elles sont isolées, des masses musculaires variables (régions lombaire, brachiale postérieure, thoracique, etc.); lorsqu'elles accompagnaient des arthropathies, elles siégeaient toujours dans la région lombaire.

Quant aux conjonctivites, M. Salle a pu en observer 10 cas; dans tous ces faits, l'inflammation conjonctivale était associée au rhumatisme dysentérique. Il s'agissait d'une conjonctivite oculo-palpébrale double, disparaissant au bout de quatre ou cinq jours en moyenne, et laissant après elle un peu de blépharite qui ne tarde pas à céder à son tour. Chez un de ces malades, les produits muco-purulents recueillis à la surface de la muqueuse palpébrale renfermaient des colibacilles.

En résumé, la dysenterie, tout comme la tuberculose (Poncet), pourrait donner naissance à un pseudo-rhumatisme infectieux, susceptible de se manifester lui-même soit sous forme d'arthropathies, soit par des localisations abarticulaires (myalgies, conjonctivites).

Phlébite infectieuse au cours d'une chlorose, avec autopsie.

M. Sainton relate, en son nom et au nom de M. A. Jousset, l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, vierge et manifestement atteinte de chlorose, chez laquelle se déclara insidieusement, sans élévation marquée de la température ni du pouls, une phlébite du membre inférieur droit, accompagnée de douleurs siégeant exactement sur le trajet des vaisseaux profonds du membre. De la cuisse, l'œdème gagna peu à peu l'abdomen; en même temps des marbrures et des varicosités d'aspect ecchymotique apparurent sur les régions œdématiées, puis, dans la nuit, la malade fut prise d'étouffement et succomba subitement.

A l'autopsie, on trouva un caillot oblitérant complètement la branche gauche de l'artère pulmonaire et un autre caillot occupant la veine cave inférieure près du promontoire, ainsi que les veines iliaques primitives, l'iliaque externe, la fémorale et la poplitée du côté droit; à la partie inférieure de la veine fémorale il existait une endophlébite suppurée.

L'examen bactériologique de la rate et du caillot suppuré permit d'isoler des staphylocoques très virulents pour les lapins : il s'agissait donc d'une septicémie staphylococcique, dont la localisation veineuse pouvait être aussi bien la cause que l'effet.

Une dernière particularité mise en lumière par l'autopsie, c'est la persistance du thymus, en même temps qu'une aplasie artérielle et utérine.

M. Vaquez déclare que le fait relaté par M. Sainton prouve que, contrairement à ce que l'on a soutenu, les phlébites des chlorotiques ne doivent pas être considérées comme des exceptions à la théorie infectieuse de la phlébite. Chez ces malades, il faut, comme toujours, une altération préalable de la paroi veineuse pour que la thrombose s'effectue, et cette altération relève, dans l'immense majorité des cas, d'un processus infectieux.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 20 avril 1903.

A propos de la nature syphilitique du tabes.

M. Audry (de Toulouse). — Je voudrais attirer l'attention sur deux ordres de faits qui sont favorables à l'hypothèse de relations étroites entre le tabes et la syphilis.

J'ai obtenu parfois des améliorations très appréciables en soumettant des tabétiques au traitement mixte. Les frictions mercurielles m'ont donné des résultats aussi complets que les injections; elles offrent l'avantage de permettre un traitement très prolongé. Dans les cas favorables, j'avais poursuivi le traitement pendant trois ou quatre ans, en prescrivant de 150 à 200 frictions par an.

D'autre part, j'ai noté deux fois la coïncidence du tabes avec des accidents syphilitiques: une glossite scléreuse dans un cas, un érythème circiné dans l'autre.

M. Milian. — Les résultats que m'ont donnés les examens systématiques du liquide céphalo-rachidien chez un certain nombre de tabétiques ne me semblent pas démontrer l'efficacité du traitement mercuriel dans le tabes. J'ai examiné le liquide céphalo-rachidien de 20 tabétiques. Dans 2 de ces faits le liquide, accidentellement souillé par du sang, n'a pu être utilisé; 4 fois l'examen resta négatif; chez les 14 autres malades existait une lymphocytose, légère dans 3 cas, abondante dans 11 cas. Ces derniers se rapportaient à des tabes complets avec ataxie ou à des tabes frustes mais récents, et par conséquent en évolution. Si les lésions inflammatoires des méninges, dénoncées par cette lymphocytose, étaient réellement de nature syphilitique, cette lymphocytose devrait être influencée par le mercure à dose intensive, au même titre que la lymphocytose de l'hémiplégie par artérite syphilitique, qui diminue rapidement sous l'influence du traitement spécifique. Or, il n'en est rien et, dans tous les cas de tabes, j'ai constaté la persistance de la lymphocytose, en dépit du traitement mercuriel. Ces faits viennent justifier la dénomination d'affection parasyphilitique donnée au tabes par M. Fournier.

M. Verchère. — Chez un malade, j'ai observé, un an après l'apparition d'un mal perforant qui marquait le début d'un tabes, une gomme syphilitique de l'avant bras qui a parfaitement guéri sous l'influence du traitement spécifique.

M. A. Fournier. — On voit, assez rarement il est vrai, des lésions syphilitiques chez les tabétiques. Il en est de même dans la syphilis cérébrale précoce, tandis que, dans la syphilis cérébrale tardive, une pareille constatation est tout à fait exceptionnelle.

Quant aux améliorations dans le tabes, dont parle M. Audry, sous l'influence du mercure, je pense comme lui qu'on peut les obtenir aussi bien par les frictions que par les injections. Mais je tiens à ajouter que je n'ai jamais vu survenir ainsi de guérison complète, ni même observé la disparition de symptômes tels que les douleurs fulgurantes ou l'atrophie optique.

Un cas de caraté.

M. J. Darier. — Voici des photographies coloriées d'un cas de *caraté*, dermatose mycosique propre à l'Amérique équatoriale (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 309), dont j'ai pu recueillir et suivre l'observation. Le malade était un jeune homme originaire de cette région, et atteint depuis deux ans d'une gale mal soignée.

Au début il vit apparaître sur son abdomen et ses cuisses des taches érythémato-squameuses bien limitées, à contours cycliques et polycycliques, à développement excentrique continu. Au bout de quatre ans, la maladie, insuffisamment traitée, se généralisa à toute l'étendue des téguments, ne respectant que le cuir chevelu et les oreilles. On eût dit un *psoriasis universalis*. La peau était uniformément rouge, couverte de squames lamelleuses ou croûteuses et grasses en certains points. La paume des mains, la plante des pieds étaient hyperkératosiques et crevassées. Les ongles étaient déformés et soulevés par des amas cornés. Sur les organes génitaux et au pourtour de l'anus s'étaient formées des végétations encroûtées de squames. Des examens microscopiques répétés de ces squames, prises en un point quelconque des lésions, montraient un lacis de filaments mycéliens d'une richesse inouïe, sans organes de fructification. L'ensemencement sur gélose glucosée permit à M. E. Bodin d'obtenir des cultures pures d'un champignon plus voisin du *trichophyton* que de l'*aspergillus* qu'on rencontre généralement dans le *caraté*. Sur les coupes on constate que le parasite ne dépasse pas la couche cornée.

Les traitements les plus variés furent tentés sans succès définitif; les uns furent abandonnés à cause de la dermite intense qu'ils provoquaient; les autres, notamment les applications savonneuses avec soufre et résorcine à 10 %, faisaient bien disparaître momentanément les lésions, mais celles-ci ne tardaient pas à se reproduire et à s'étendre de nouveau. Le malade se découragea et finit par rentrer dans son pays sans avoir pu guérir.

M. Sabouraud. — Certaines particularités

cliniques et culturales me font penser que le cas de M. Darier diffère du caraté de Colombie. Celui-ci aboutit dans son évolution clinique à une phase cicatricielle, qui faisait complètement défaut chez le malade observé par notre collègue; de plus, dans les squames du caraté, on trouve toujours des fructifications aspergillaires très nettes.

Accidents secondaires attribuables à l'hérédo-syphilis chez une enfant de douze ans.

M. Gaucher. — Je vous présente une fillette de douze ans, qui est venue se faire soigner dans notre service pour une éruption papuleuse du cou et des plaques muqueuses de l'anus, manifestations qui n'appartiennent guère qu'à la syphilis acquise. Mais il a été impossible, malgré une enquête très soigneuse, de découvrir comment la contamination aurait pu se produire. D'autre part, cette enfant présente du strabisme, et chez elle le fond de l'œil est le siège d'altérations pigmentaires qu'on rapporte généralement à l'hérédo-syphilis. La mère était d'ailleurs manifestement syphilitique bien avant la naissance de cette enfant et avait fait précédemment plusieurs fausses couches. On en arrive donc à se demander si la syphilis héréditaire n'a pas pu, dans ce cas, provoquer cette éruption tardive de papules et de syphilides érosives.

M. Balzer. — J'ai soigné à Lourcine une jeune fille de seize ans qui était née dans cet hôpital d'une mère syphilitique; elle n'avait pas cessé depuis sa naissance de présenter des plaques muqueuses.

M. A. Fournier. — La question qui est soulevée par l'observation de M. Gaucher est grosse de conséquences au point de vue médicolégal. Aussi ne faudrait-il pas accepter sans contrôle l'interprétation que propose notre collègue. Les signes de dégénérescence qu'il a relevés chez cette fillette ne sont pas des preuves absolues d'hérédo-syphilis. D'autre part, s'il est rare que les enfants de parents syphilitiques puissent contracter la syphilis, cela n'est pas impossible, comme le prouvent un certain nombre de faits. De sorte qu'il subsiste ici un doute, tout pouvant s'expliquer par une contamination accidentelle restée ignorée.

Contracture unilatérale du biceps au cours de la syphilis secondaire.

M. E. Bodin (de Rennes) communique l'observation d'un syphilitique qui, en pleine période secondaire et au moment d'une poussée éruptive traitée par l'huile grise, a présenté une contracture du biceps gauche, survenue brusquement sous une influence inconnue et sans trace de myosite. Cette contracture s'accompagnait d'une douleur de la région olécrânienne, qui n'était réveillée que dans les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras.

La force musculaire était notablement diminuée dans l'extension, mais bien conservée dans les autres mouvements. Les réactions électriques du muscle étaient normales.

Bien que la durée de ces contractures soit généralement considérée comme fort longue, la guérison a été obtenue en dix jours, au moyen d'injections intra-musculaires quotidiennes de 2 c.c. de sérum artificiel.

Il est donc très vraisemblable que dans ce cas il s'agissait non d'un accident de nature syphilitique, mais d'une manifestation hystérique provoquée par la syphilis, d'autant que le patient avait des stigmates hystériques (anesthésie pharyngée, sensation de boule, etc.).

M. Milian. — On ne saurait admettre cette origine pour tous les cas de contracture du biceps survenant dans la syphilis. J'ai observé une de ces contractures qui s'accompagnait d'exostose au point d'insertion inférieure du biceps; il se fit dans la suite une ossification du tendon de ce muscle.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Etude clinique et anatomo-pathologique sur la maladie de Parkinson, par M. E. Carrayrou.

En raison de l'incertitude des données anatomo-pathologiques relatives à la maladie de Parkinson, la pathogénie de cette affection demeure fort obscure, les uns en faisant une névrose motrice, tandis que d'autres lui reconnaissent un *substratum* organique, soit qu'ils incriminent la moelle, soit qu'ils placent le siège des lésions au niveau de la région bulbo-protubérantielle. Cela étant, nous croyons devoir signaler les constatations faites par M. Carrayrou dans les 7 autopsies de parkinsoniens qu'il a eu l'occasion de pratiquer, autopsies dont les résultats furent concordants.

Les altérations observées par l'auteur, et qui n'auraient pas été signalées jusqu'ici, consistent en dilatations variqueuses des veines de la région bulbo-protubérantielle. Ces lésions, dont l'extension était variable d'un cas à l'autre, s'accompagnaient le plus ordinairement d'un piqueté hémorrhagique de la substance nerveuse, parfois même de petits foyers lacunaires ou encore de collections sanguines de faible volume. Au point de vue de leur localisation, ces varicosités se rencontraient au niveau des fibres d'origine intrapédonculaire des nerfs moteurs oculaires communs, ou sur les faisceaux pyramidaux; ailleurs, elles accompagnaient les fibres intraprotubérantielles du facial et les fibres intrabulbaires de l'hypoglosse, ou bien pénétraient dans les olives bulbaires et cheminaient sous le plancher du quatrième ventricule, etc.

Comme le fait remarquer M. Carrayrou, ces altérations, de par leur constance — et sans qu'on puisse pour cela généraliser leur signification et en faire la cause efficiente de la paralysie agitante , apportent un appui sérieux à la théorie bulbo-protubérantielle de cette affection; il est probable, en effet, que ces dilatations variqueuses, soit par les troubles circulatoires qu'elles entraînent, soit par les compressions qu'elles exercent sur les parties voisines, sont à même de troubler le fonctionnement des fibres nerveuses qui traversent la région bulbo-protubérantielle, et de retentir ainsi sur le centre du tonus musculaire, dont l'irritation permanente se traduit par les troubles moteurs qui caractérisent la maladie de Parkinson.

Ajoutons, au point de vue symptomatologique, que l'auteur, sur les 11 observations qu'il relate dans son travail, a vu le tremblement intéresser 6 fois la langue, 3 fois l'orbiculaire des paupières; les réflexes patellaires, contrairement à une opinion assez répandue, étaient exagérés chez 6 malades; dans 3 cas, il y avait des troubles sphinctériens (incontinence d'urine ou des matières); enfin, 2 patients accusaient dans leurs antécédents le rhumatisme articulaire aigu. (*Thèse de Paris*, 1903.) — F. F.

Paralysie de l'accommodation et du voile du palais, consécutive aux oreillons, par M. L. Mandonnet.

Les complications oculaires, et notamment la paralysie de l'accommodation, sont exceptionnelles dans la fièvre ourlienne; l'auteur en relate un cas, où l'affection visuelle coexistait avec une paralysie du voile du palais.

Il s'agit d'un enfant de neuf ans dont la vue avait notablement baissé depuis quelques semaines, surtout pour les faibles distances; ce trouble avait débuté pendant la convalescence d'une atteinte d'oreillons. L'aspect extérieur des yeux n'offrait rien d'anormal; on remarquait une légère dilatation pupillaire, sans qu'on pût toutefois parler de mydriase. Les deux yeux, le droit surtout, étaient hypermétropes; l'acuité visuelle, de deux tiers à gauche, n'était que d'un tiers à droite, mais de ce côté il suffisait de corriger l'hypermétropie pour ramener la vision à la normale. La vision de près était très mauvaise : le petit malade était incapable de lire même les gros caractères; l'usage d'un verre sphérique convexe de 4 dioptries et demi amenait une amélioration immédiate, et la lecture devenait facile. En présence de ces symptômes, et l'ophtalmoscope ayant révélé l'intégrité du fond de l'œil, on ne pouvait penser qu'à une paralysie de l'accommodation, qui, en raison des circonstances dans lesquelles elle s'était développée, devait être rattachée à l'infection ourlienne.

Au cours de son interrogatoire, M. Mandonnet avait été frappé par la voix nasonnée de cet enfant; à l'examen du pharynx, il put se convaincre que le voile du palais restait à peu près immobile pendant la phonation et la déglutition; les parents lui apprirent d'ailleurs que la déglutition était gênée, et que les liquides avaient tendance à refluer par le nez. Ce trouble avait également fait son apparition pendant la convalescence des oreillons.

Au bout d'un mois, la complication oculaire et la paralysie du voile avaient toutes les deux entièrement disparu.

L'auteur insiste sur l'analogie que présentait dans ce cas la paralysie de l'accommodation avec celle que l'on observe dans la diphtérie : paralysie complète, localisée aux seuls muscles de l'accommodation, sans mydriase et sans paralysie des muscles moteurs du globe. Rien ne permettait cependant de penser à une diphtérie méconnue. (*Ann. d'oculist.*, février 1903.) — F. F.

Un cas de sécrétion lactée remplaçant les règles chez une jeune fille vierge, par M. Gauthier.

L'auteur a eu l'occasion d'observer une jeune fille de vingt-cinq ans, nerveuse mais de bonne santé habituelle, qui, réglée pour la première fois à l'âge de quinze ans, avait eu durant cinq années des menstrues régulières. A ce moment, les règles firent défaut pendant trois mois, sans qu'il se produisît aucun phénomène particulier du côté des seins; une nouvelle période d'aménorrhée survint cinq ans plus tard. La menstruation redevint alors normale pour quelques mois, puis elle fut derechef supprimée, en même temps que s'établissait une sécrétion lactée très abondante et presque continue. Particulièrement marqué à l'époque où auraient dû apparaître les règles, au point d'obliger la malade à se garnir la poitrine de serviettes qui étaient d'ailleurs rapidement traversées, l'écoulement de lait se faisait spontanément des deux côtés; la pression sur les seins ne l'exagérait pas; au bout de quatre ou cinq jours il devenait sensiblement moins abondant, tandis que la turgescence de la glande mammaire diminuait aussi, mais un léger suintement n'en persistait pas moins durant tout le mois. Le liquide qui était ainsi sécrété était bien du lait, et non pas du colostrum. L'examen gynécologique, pratiqué à deux reprises différentes par M. Pollosson, révéla que l'utérus était petit et mobile, qu'il n'y avait aucune tuméfaction des annexes, aucune tumeur, aucun kyste.

Cet état ne subit pas de modification pendant les cinq premiers mois; toutefois, au sixième, sous l'influence d'un traitement dirigé contre le nervosisme qui semblait être la cause de cette affection (teinture d'iode à l'intérieur, préparations thyroïdiennes), l'écoulement lacté se modéra quelque peu, et, aux époques suivantes, il se fit un léger suintement sanguin par le vagin. Ce ne fut cependant que six mois après que la sécrétion lactée se tarit tout à fait; elle avait duré en tout un an. (*Lyon méd.*, 8 février 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur les troubles psychiques accompagnant les tumeurs et les lésions de la région frontale, par M. E. Müller.

La tendance de plus en plus accentuée que l'on a à considérer le lobe frontal comme le siège principal de l'intelligence a trouvé un écho dans la pathologie nerveuse, en ce sens que l'on a voulu attribuer certains troubles intellectuels et psychiques, observés chez des malades atteints de tumeurs de l'encéphale, à la lésion d'un centre nerveux spécial situé dans les lobes frontaux. M. Müller démontre que les recherches expérimentales qui ont servi de point de départ à cette hypothèse sont loin d'avoir donné des résultats concordants et précis. De plus, les faits cliniques cités à l'appui de cette théorie présentent de telles lacunes, qu'on ne peut en tirer de conclusions définitives : pour qu'une observation de ce genre soit probante, elle doit nous renseigner exactement sur l'intégrité psychique du sujet avant le début de la maladie; il faut, en outre, qu'elle permette d'éliminer l'épilepsie, l'alcoolisme, la syphilis, ainsi que tous les facteurs qui, comme les traumatismes, peuvent provoquer une lésion diffuse de l'encéphale; enfin il importe que l'autopsie fournisse la preuve positive d'une lésion localisée strictement au lobe frontal, avec intégrité de la substance corticale des autres régions.

Il n'en est pas moins établi que certaines tu-

meurs des lobes frontaux, surtout à leur période initiale, sont fréquemment accompagnées de troubles intellectuels et psychiques, offrant d'un malade à l'autre des caractères de parenté indéniables. Seulement ces troubles ne sont pas l'expression d'une lésion locale déterminée, mais doivent être considérés comme des symptômes généraux coïncidant avec ces tumeurs. C'est ainsi que l'altération du caractère se traduisant par une tendance non motivée à la plaisanterie ne peut être attribuée toujours à une démence par tumeur cérébrale, attendu qu'on observe des altérations analogues dans la paralysie générale et la démence sénile, de même que dans les cas assez fréquents de tumeur cérébrale compliquée d'épilepsie. Enfin, certains toxiques, tels que la morphine, peuvent déterminer chez des malades particulièrement sensibles des accès passagers d'excitation cérébrale, avec humeur loquace et remuante, et disposition à la plaisanterie. Le fait que ces symptômes accompagnent plus fréquemment les néoplasmes des lobes frontaux que ceux des autres régions, s'explique par l'évolution plus lente et par le volume souvent considérable des premiers, qui peuvent de cette façon, sans produire de symptômes locaux particuliers, agir à distance sur diverses parties de l'encéphale, tandis que les tumeurs des autres régions, intéressant plus facilement un centre essentiel à la vie, évoluent plus rapidement et sans que les signes de déchéance intellectuelle aient le temps de se manifester. Une grande difficulté dans l'appréciation du rôle des troubles psychiques coïncidant avec les tumeurs cérébrales, réside dans le fait que ces deux états pathologiques peuvent se développer concurremment sur la base commune d'une prédisposition héréditaire, de sorte que, dans ces cas, on ne peut invoquer de rapport direct entre l'apparition de la tumeur et celle des troubles mentaux. C'est ainsi que sur un terrain favorable, la syphilis pourra provoquer simultanément une gomme et une paralysie générale, alors que d'autres causes, comme l'artériosclérose, l'alcoolisme ou les traumatismes, peuvent tout au moins favoriser l'explosion des accidents.

Sur un total de 50 observations de tumeurs des lobes frontaux, l'auteur en compte 16 avec troubles psychiques. Mais tandis que sur ce nombre on note 14 sarcomes, 10 gliomes et 7 gliosarcomes, les 16 cas accompagnés de troubles psychiques se décomposent de la manière suivante : 7 sarcomes, 5 gliosarcomes, 2 gliomes, 1 endothéliome et 1 kyste à échinocoque. La nature sarcomateuse de la tumeur paraît donc avoir une certaine influence sur l'apparition des troubles psychiques; M. Müller estime cependant que cette influence n'est pas due à la structure histologique du néoplasme, mais à certaines particularités physiques, telles que sa forme, son volume, le mode et la rapidité de son développement. Le siège de la tumeur dans les diverses régions du lobe frontal semble être sans effet sur l'apparition et la nature des troubles psychiques, et il n'est pas possible de découvrir un rapport quelconque entre les altérations du caractère et la localisation de la lésion dans l'écorce d'une des circonvolutions antérieures. Le rôle de l'âge se manifeste en ce que les troubles psychiques sont beaucoup moins fréquents chez les jeunes sujets.

L'existence de troubles psychiques dans un cas de tumeur de l'encéphale peut donc permettre de soupçonner une localisation à la région frontale, mais ce symptôme ne doit être mis à contribution qu'avec une extrême réserve, pour la détermination exacte du siège de la tumeur. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXI, 3-4.) — A. J.

Die Mittelohreiterungen; auf Grundlage der statistischen Berichte Bezold's (1869-1896 incl.) und einer eigenen Fortsetzung derselben bis zum Jahre 1901 incl. In-8°, 145 p. Munich, 1903. — **Les suppurations de l'oreille moyenne d'après la statistique de Bezold (1869-1896) poursuivie jusqu'en 1901,** par M. R. Dölger.

Le présent travail est basé sur une statistique qui comprend 11,394 cas d'otites moyennes purulentes observées depuis 1869 dans le service de M. Bezold. M. Dölger commence par y rappeler dans ses grandes lignes la classification des maladies de l'oreille moyenne adoptée par l'otologiste de Munich, et qui diffère sous bien des rapports de celle dont se servent la plupart des auteurs. C'est ainsi que la salpingite, en raison de ses symptômes caractéristiques, n'y est pas comprise parmi les affections de l'oreille moyenne. Quant aux catarrhes de la caisse du tympan, que l'on divise d'ordinaire en catarrhes simples ou purulents, aigus ou chroniques, M. Bezold les classe, selon l'existence ou l'absence d'une perforation du tympan, en otites moyennes purulentes ou non, avec ou sans perforation. Enfin, les otites moyennes purulentes survenant au cours de la phtisie pulmonaire constituent un groupe à part, en raison tant de leurs signes cliniques que du traitement spécial qu'elles exigent.

M. Dölger s'efforce de démontrer que les inflammations de l'oreille moyenne sont tout aussi fréquentes, sinon plus fréquentes, chez les enfants que chez les adultes. Si les statistiques ne paraissent guère justifier cette manière de voir, c'est que ces affections, par suite de la négligence des parents, ne sont que rarement traitées dans le jeune âge; et de fait on peut s'assurer que bon nombre des maladies de l'oreille moyenne — catarrhes simples ou otites purulentes perforatives — remontent à la première enfance : sur 1,155 adultes examinés spécialement à ce point de vue par M. Bezold de 1897 à 1901, 485, soit 41.9 %, avaient vu leur affection débuter avant l'âge de quinze ans.

D'autre part, M. Bezold a pu constater, dans un grand nombre d'écoles et d'institutions pour enfants, que la dysécie exerce une notable influence sur le développement intellectuel des enfants, et que cette influence est d'autant plus prononcée que la dysécie est elle-même plus accentuée; la même remarque a été faite dans des hospices d'enfants arriérés; quant aux sourds-muets, c'est en grande partie à des otites moyennes purulentes survenues dans la plus tendre enfance et complètement négligées qu'ils doivent leur infirmité. De tous ces faits, M. Dölger tire la conclusion qu'il serait très utile de soumettre régulièrement les enfants fréquentant les écoles à un examen minutieux, au point de vue des fonctions acoustiques.

Nous ne ferons que mentionner ce qui a trait à la pratique de M. Bezold en matière de traitement des otites moyennes purulentes : depuis 1879, il n'a pas cessé de se servir de l'acide borique, dont l'emploi lui paraît tout particulièrement indiqué parce que ce topique est antiputride, non irritant, soluble, facilement éliminable et possède, en même temps qu'un poids spécifique peu considérable, une grande force d'attraction capillaire. Il se sert d'une solution à 4 %, portée à la température de 41°, pour nettoyer le conduit auditif et la caisse du tympan, puis, après avoir asséché minutieusement ces parties à l'aide d'une sonde entourée d'ouate, il y insuffle de l'acide borique finement pulvérisé. — L. de la H.

La scarlatine chirurgicale consécutive à des brûlures, par M. C. Leiner.

L'auteur relate 3 cas qui méritent d'être signalés comme une preuve nouvelle en faveur de la réalité de la scarlatine chirurgicale.

Il s'agit de 3 enfants, âgés respectivement de quinze mois, de trois ans et de quatre ans et demi, qui, peu de temps après une brûlure, présentèrent tous les symptômes caractéristiques de la scarlatine (exanthème et desquamation typiques, angine, langue framboisée). Le diagnostic était d'autant plus certain que la mère d'un de ces petits malades finit par contracter, à son tour, la scarlatine par contagion.

Reste à savoir si l'infection scarlatineuse était, chez ces enfants, d'origine réellement chirurgicale ou s'il ne s'agissait, au contraire, que d'une scarlatine survenue indépendamment des brûlures, comme maladie intercurrente. Or, en se basant sur la durée très courte de l'incubation, sur l'absence de tout prodrome avant le traumatisme, sur le peu d'intensité de l'angine et sur ce fait que l'exanthème avait pris naissance et était surtout marqué autour des brûlures, M. Leiner estime qu'il a eu affaire, dans les trois cas en question, à la scarlatine chirurgicale vraie : il est, en effet, établi que la brièveté de la période d'incubation, la bénignité de l'angine et le point de départ de l'éruption sont les traits caractéristiques qui permettent de différencier la scarlatine traumatique d'avec la scarlatine médicale (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 36-37).

L'auteur n'a trouvé dans la littérature qu'une seule observation, due à M. Ingerslev, de scarlatine chirurgicale consécutive à une brûlure (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 404). Quoi qu'il en soit, ces quatre faits suffisent pour montrer qu'il existe un certain rapport entre les brûlures et l'infection scarlatineuse, soit que la brûlure crée une porte d'entrée à l'agent infectieux, soit qu'elle se borne à amoindrir la résistance de l'organisme à l'égard du virus scarlatineux. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 6.) — L. Ch.

Contracture du col utérin comme cause de dystocie, par M. S. Durlacher.

Le fait de contracture du col utérin observé par M. Durlacher nous paraît assez exceptionnel pour mériter d'être résumé.

Une sage-femme avait eu à trente et un ans un premier accouchement à terme; elle racontait qu'au bout de quarante-huit heures de travail le médecin avait dû, pour la délivrer au forceps, pratiquer quelques incisions sur le col. Deux années plus tard, l'auteur fut obligé de recourir chez elle à un accouchement prématuré pour des hémorrhagies profuses, et à cette occasion il put constater les phénomènes de contracture qui avaient sans doute déterminé l'intervention lors du premier accouchement : durant les douleurs, le col se resserrait en effet avec une telle force qu'il empêchait toute progression de la partie fœtale; dans l'intervalle des douleurs il se relâchait pourtant, si bien que M. Durlacher put en profiter pour le refouler derrière la tête du fœtus et extraire ensuite ce dernier.

Après seize mois cette femme se trouvait de nouveau enceinte, à terme et en travail. Pendant trente-six heures environ le travail n'avança qu'avec une extrême lenteur, en dépit de douleurs très violentes; à la longue le col finit par se dilater à la dimension d'une paume de main, mais sitôt qu'une douleur survenait il se contractait spasmodiquement, et sa rigidité se trouvait encore augmentée par un léger œdème de ses lèvres. Redoutant des complications, l'auteur, en profitant des intervalles des douleurs, appliqua un forceps et commença les tractions, mais en n'agissant que dans les périodes libres de contractions. Il put ainsi, au bout de vingt minutes, ramener un enfant vivant; l'extraction fut loin d'être aisée, car la présence de l'instrument avait réveillé et rapproché les contractions utérines.

Le bassin de la malade était légèrement, mais régulièrement rétréci : le diamètre sous-promonto-pubien mesurait 11 centim. 1/2. Quant au col, M. Durlacher ne put rien y découvrir d'anormal. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 décembre 1902.) — R. de B.

PUBLICATIONS POLONAISES

Grossesse menée à terme, malgré la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine, par M. S. Zaborowski.

L'introduction d'un corps étranger dans un utérus gravide a habituellement pour conséquence l'interruption de la grossesse. Les cas qui font exception à cette règle étant extrêmement rares, il nous paraît intéressant de signaler ici l'observation publiée par M. Zaborowski.

Une femme de vingt et un ans fut admise, au quatrième mois de la grossesse, dans le service de M. Sawicki, à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Varsovie, pour des douleurs abdominales. Ces douleurs avaient été provoquées par l'introduction dans le canal génital d'un porte-plume en bois, manœuvre à laquelle la malade s'était livrée dans le but de déterminer une fausse couche. Au dire de la patiente, le porte-plume lui avait échappé des doigts et n'avait pu être retiré, malgré tous les efforts qu'elle avait faits. A l'examen, il fut cependant impossible de reconnaître la présence d'un corps étranger ni dans l'utérus, ni dans la vessie, et, les douleurs ayant fini par se dissiper, la malade quitta le service de M. Sawicki.

Cinq mois après, elle y fut admise de nouveau, venant cette fois de la clinique obstétricale, où elle avait accouché, sans encombre, d'un enfant à terme et bien portant; pendant le travail, on avait noté, sur la matrice, une tumeur dure, immobile et douloureuse à la pression. L'examen, pratiqué dans le service chirurgical, permit de constater, à quatre travers de doigt à droite de l'ombilic et quelque peu au-dessous de celui-ci,

une tuméfaction avec rougeur et tension de la peau. On percevait, à ce niveau, une fluctuation très nette et la présence d'un corps petit et résistant. Le toucher vaginal dénotait l'infiltration du cul-de-sac droit et de celui de Douglas. On posa le diagnostic de corps étranger de la cavité abdominale, et M. Zaborowski pratiqua, sous la narcose, une incision de 4 centimètres de long, au point où la fluctuation était le plus accentuée. On vit alors s'écouler un peu de pus, et, ayant introduit un doigt dans la plaie, l'auteur tomba sur l'extrémité du corps étranger, qu'il put facilement extraire au moyen d'une pince tire-balles. Il s'agissait d'un porte-plume en bois, mesurant 15 centimètres de long et recouvert, sur un tiers de sa longueur, de matières fécales. M. Zaborowski institua un drainage du trajet fistuleux; au bout d'un mois environ la patiente était complètement guérie.

L'auteur est porté à croire que le porte-plume avait d'emblée pénétré dans la cavité utérine et qu'il s'était logé entre la paroi postérieure de l'organe et l'œuf. C'est seulement sous l'influence des contractions de la matrice que le corps étranger aurait perforé l'utérus, pénétrant d'abord dans la cavité abdominale et ensuite dans le rectum. (*Gaz. lekarska*, 20 décembre 1902.) — L. CH.

Paralysie périphérique du nerf hypoglosse droit, par M. A. PANSKI.

On sait que les paralysies de la langue sont le plus souvent d'origine centrale, celles qui sont dues à une lésion du nerf hypoglosse étant assez rares. L'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas chez une femme de vingt-neuf ans, qui fut admise à l'hôpital pour des douleurs intenses dans la gorge et dans l'oreille droite, avec impossibilité d'avaler les aliments et œdème de la moitié droite du cou. La maladie avait débuté environ quinze jours auparavant par un mal de gorge. Comme les phénomènes morbides allaient toujours en s'accentuant, on se décida à intervenir. La patiente ayant été anesthésiée au moyen du chloroforme, M. Goldman pratiqua une incision de 7 centimètres le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, en la prolongeant ensuite vers la ligne médiane et perpendiculairement à ce muscle sur une étendue de 3 centimètres. Cette incision donna issue à trois cuillerées de pus fétide. La cicatrisation de la plaie se fit sans encombre.

M. Panski revit cette femme un mois après l'opération. La voix était tout à fait nette, mais la parole restait encore embarrassée, surtout en ce qui concernait la prononciation des lettres labiales. La déglutition des aliments solides était assez pénible, des parcelles alimentaires s'accumulant dans la moitié droite de la cavité buccale, d'où la patiente était obligée de les retirer à l'aide des doigts. Lorsque la malade tirait la langue hors de la bouche, on constatait que la pointe était déviée du côté paralysé. Les contractions fibrillaires faisaient défaut, et l'exploration électrique mit en évidence une diminution d'excitabilité des muscles de la moitié droite de la langue et du nerf hypoglosse, sans qu'il y eût réaction de dégénérescence. Il n'existait aucun trouble du système nerveux, et les nerfs crâniens, en particulier, ne présentaient absolument rien d'anormal.

Le traitement électrique, appliqué sous forme de courants faradiques, amena la guérison complète au bout de deux mois et demi. (*Kronika lekarska*, 1er janvier 1903.) — L. CH.

De la résistance des hématies chez les phtisiques, par M. W. GOZDZICKI.

On se rappelle que, d'après les recherches de M. Baumholtz, la résistance des globules rouges serait diminuée dans la tuberculose pulmonaire, cette diminution étant, du reste, proportionnelle à la gravité de la maladie (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 319). Dernièrement, M. Gozdzicki, voulant étudier cette question, a examiné la résistance des hématies chez 50 femmes atteintes de tuberculose pulmonaire et hospitalisées dans le service de M. Chelmonski, à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Varsovie : chez 9 l'affection était à la période initiale, chez 23 elle était en plein développement, et chez 18 le processus pulmonaire se compliquait de lésions de l'intestin ou du larynx. Les crachats de toutes ces patientes renfermaient des bacilles de Koch.

Les examens du sang étaient répétés à trois semaines d'intervalle, sans qu'on eût à tenir compte de l'influence de médicaments, M. Chelmonski s'abstenant habituellement de tout traitement pharmaceutique de la tuberculose.

A peu de chose près, l'auteur est arrivé aux mêmes résultats que M. Baumholtz en ce qui concerne les différences qui existent entre les hématies des sujets bien portants et celles des phtisiques. Mais M. Gozdzicki est loin d'être aussi affirmatif que M. Baumholtz pour ce qui a trait à la valeur pronostique de la diminution de la résistance des globules rouges. L'auteur a, il est vrai, constaté que, concurremment avec l'amélioration de l'état des malades, le sang tend à redevenir normal, tandis que dans les cas d'aggravation progressive du processus morbide l'état du sang s'éloigne de plus en plus du type normal. Mais, tout en reconnaissant que la connaissance des variations de la résistance des hématies est susceptible de compléter utilement l'examen clinique des tuberculeux, M. Gozdzicki se refuse à attribuer à ces oscillations une valeur pronostique absolue. (*Gaz. lekarska*, 29 novembre 1902.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Deux cas d'entérorrhagie compliquant une angine diphtérique, par M. A. MONSÉ.

On sait que les cas graves d'angine diphtérique avec intoxication profonde de l'organisme s'accompagnent souvent d'hémorrhagies. Sans compter les écoulements sanguins qui se font au niveau des fausses membranes, les traités classiques signalent l'épistaxis de la période prodromique, les hémorrhagies spontanées des gencives, des lèvres, de la gorge, le purpura, les ecchymoses. Mais, parmi les complications possibles de l'angine diphtérique, on ne mentionne guère l'entérorrhagie. Cela étant, il nous paraît intéressant de relater brièvement les deux observations qui font l'objet du mémoire de M. Monsé.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un petit garçon de neuf ans, atteint d'une angine diphtérique maligne avec coryza fétide et engorgement ganglionnaire très marqué. Appelé auprès de l'enfant au neuvième jour de la maladie, l'auteur pratiqua, le lendemain, une injection de sérum antidiphtérique. Le même jour, le petit patient eut une épistaxis qu'il fut très difficile d'arrêter. Le lendemain, on fit une nouvelle injection de sérum antidiphtérique; au niveau de la première piqûre (du côté gauche du thorax), on nota une vaste ecchymose, en même temps qu'on voyait se déclarer une hémorrhagie intestinale. Malgré l'emploi de l'ergot de seigle et des applications de glace sur l'abdomen, les écoulements sanguins se répétèrent; bientôt survinrent des hématémèses, et l'enfant finit par succomber.

La seconde observation concerne M. Monsé lui-même, qui contracta la diphtérie auprès du petit malade dont nous venons de relater l'histoire. L'injection de sérum antidiphtérique (le même que dans le premier cas) fut pratiquée au cinquième jour de l'affection, alors que les fausses membranes s'étaient spontanément détachées depuis la veille. Le jour suivant, il se produisit une hémorrhagie intestinale abondante avec affaiblissement brusque du pouls et prostration générale. La convalescence fut très lente.

Dans ces deux cas, on n'avait, antérieurement à l'entérorrhagie, rien noté d'anormal du côté de l'intestin. D'autre part, l'auteur croit devoir faire remarquer que les écoulements sanguins ne débutèrent qu'à la suite des injections de sérum antidiphtérique. Il y a plus : dans le second cas, elles se déclarèrent après la disparition spontanée des pseudo-membranes, lorsque le processus paraissait déjà en voie de guérison. Est-ce à dire qu'on doive incriminer la sérothérapie dans la genèse des hémorrhagies en question? Sans vouloir l'affirmer, M. Monsé estime cependant que, les effets fâcheux du sérum antidiphtérique étant, somme toute, encore peu connus, cette hypothèse n'est pas insoutenable. Quoi qu'il en soit, il convient de retenir les deux faits dont il s'agit. (*Voienno-méd. journ.*, février 1903.) — L. CH.

Des récidives tardives du cancer, par M. V. HEINATZ.

Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur le laps de temps au bout duquel on peut déclarer qu'un individu opéré pour un cancer et indemne de toute récidive est réellement guéri d'une façon définitive. En Allemagne, on s'en tient généralement à l'opinion de von Volkmann, d'après laquelle une période de trois ans suffirait pour qu'on n'eût plus à craindre l'éventualité d'une récidive, tandis qu'en France on est généralement porté à admettre que le cancer peut se reproduire à n'importe quelle époque de la vie du patient.

Afin d'élucider cette question, M. Heinatz a dépouillé les observations de tous les cancéreux admis dans le premier service de chirurgie de l'Hôpital clinique militaire de Saint-Pétersbourg pendant la période de 1870 à 1900. Sur 709 malades de cette catégorie, 122 furent hospitalisés pour des récidives du cancer. Or, sur ce nombre, on comptait 56 individus (45.9 %) chez lesquels la récidive s'était déclarée moins d'un an après la première intervention chirurgicale, 46 (37.7 %) chez lesquels elle était survenue au bout d'un à trois ans, 18 (14.7 %) qui avaient vu le cancer récidiver après un laps de temps variant entre trois ans et demi et dix-neuf ans; enfin, pour 2 observations, on manque de renseignements exacts sur l'époque de la récidive.

Se basant sur ces faits, l'auteur estime que l'opinion de von Volkmann n'est pas entièrement fondée : s'il est vrai que la récidive devient de moins en moins probable au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'intervention, elle n'en est pas moins possible pendant toute la durée de la vie de l'opéré, les parcelles néoplasiques étant susceptibles de rester, durant de longues années, à l'état latent au sein des tissus, pour subir, à un moment donné et sous l'influence de circonstances favorables, une prolifération rapide. D'après les recherches de M. Heinatz, les récidives tardives du cancer s'observeraient surtout chez des sujets doués d'une forte constitution, n'ayant pas subi d'affections cachectisantes et exempts de syphilis.

Toutes les variétés de cancer peuvent également donner lieu à des récidives tardives qui, par leur pathogénie, leur nature et leur évolution, ne se distinguent en rien des récidives précoces.

On comprend, sans qu'il soit utile d'y insister, toute l'importance qui s'attache à la question dont il s'agit. En effet, dans la plupart des observations de guérison de cancer, publiées jusqu'à ce jour, on n'a guère tenu compte de ce fait que la récidive peut se montrer même vingt ans après l'intervention. (*Roussk. Vratch*, 26 octobre 1902.) — L. CH.



De l'anesthésie locale en vue de la paracentèse de la membrane du tympan, par M. A. IVANOV.

Toutes les interventions qui portent sur la membrane du tympan et sur l'oreille moyenne sont excessivement douloureuses, mais, comme elles ne nécessitent d'ordinaire que quelques secondes, on ne saurait évidemment songer à les effectuer sous la narcose générale. Quant à l'anesthésie locale, elle est difficile à obtenir par les moyens usuels. C'est ainsi que les solutions aqueuses de cocaïne, qui insensibilisent parfaitement les muqueuses, n'agissent guère sur la membrane du tympan, celle-ci étant recouverte, en dehors, par un épithélium qui fait suite à celui du conduit auditif externe. Afin de faciliter la pénétration de la cocaïne dans les tissus, on a proposé d'associer cet alcaloïde à d'autres substances, telles qu'un mélange de menthol et d'acide phénique pur liquéfié, ou une mixture composée, par parties égales, d'alcool dilué et d'huile d'aniline (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 158). Malheureusement, ces excipients sont loin d'être exempts d'inconvénients, l'acide phénique déterminant des accidents caustiques, suivis de suppurations profondes et prolongées, et le mélange d'alcool absolu et d'huile d'aniline laissant subsister, pendant longtemps, des phénomènes d'irritation de la membrane du tympan, ce qui retarde considérablement la guérison.

Or, d'après l'expérience de M. Ivanov, il serait facile d'obtenir, d'une façon certaine, l'anesthésie de la membrane du tympan, sans exposer le patient à des complications fâcheuses ; à cet effet, il suffirait d'associer la cocaïne à l'adrénaline. L'auteur se sert habi-

tuellement d'un mélange composé de 0 gr. 50 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne et de 1 gramme de solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰. Ce mélange ayant été porté à la température de 35° à 40°, on en imbibe un petit tampon d'ouate, que l'on applique sur la membrane du tympan : au bout d'une dizaine de minutes, l'analgésie serait complète. (*Prakt. Vratch*, 7 décembre 1902.) — L. CH.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

Traitement de l'empoisonnement par le phosphore, par M. V. Plavec.

Le présent mémoire est basé sur 145 cas d'intoxication aiguë par le phosphore, traités à la clinique de M. le professeur Eiselt, et sur 62 observations du même genre, recueillies dans le service de M. le professeur Maixner.

L'étude de ces faits et des constatations expérimentales amène l'auteur à recommander la pratique que voici : s'agit-il d'un empoisonnement récent, on commence par débarrasser l'estomac, en le lavant d'abord avec de l'eau tiède, jusqu'à ce que le liquide revienne tout à fait clair et inodore, puis avec 20 litres d'une solution de permanganate de potasse à 0.2 ‰ et, finalement, de nouveau avec de l'eau tiède. Le lavage de la cavité gastrique doit être pratiqué de façon à déplisser complètement la muqueuse stomacale; à cet effet, on versera dans l'estomac, chaque fois, de 1 à 2 litres de liquide. Dans les cas où la cavité gastrique contient encore des aliments, on aura soin de commencer par administrer, à titre de vomitif, du sulfate de cuivre. L'estomac une fois débarrassé, il convient de procéder à l'évacuation de l'intestin, et cela d'autant plus que le phosphore passe très rapidement de la cavité gastrique dans le tube intestinal et séjourne assez longtemps dans le gros intestin. Aussi ne doit-on pas se borner à prescrire des laxatifs (infusion de 10 à 15 grammes de follicules de séné dans 200 grammes d'eau), mais faire, à l'aide d'une longue canule, des lavages de l'intestin avec une solution de permanganate de potasse à 0.1 ‰. Enfin, on aura également recours à l'usage interne du permanganate de potasse en solution aqueuse à 0.1 %, administrée à la dose de deux cuillerées à bouche, répétée toutes les deux heures. Plus tard, on aura soin de faire prendre du bicarbonate de soude en quantité et de donner beaucoup d'aliments albuminoïdes.

Il va sans dire que dans les cas tant soit peu anciens (quatrième ou cinquième jour), il sera tout à fait inutile de procéder à des lavages de l'estomac, et qu'on pourra, en pareille occurrence, administrer d'emblée des lavements.

M. Plavec insiste particulièrement sur les progrès qui ont été réalisés dans la thérapeutique du phosphorisme aigu par l'emploi du permanganate de potasse : sur les 62 cas qui ont été observés, au cours de ces quatre dernières années, dans le service de M. Maixner, on n'a eu à enregistrer que 15 décès, c'est-à-dire une mortalité de 24 %, tandis que, sur les 65 empoisonnements traités dans le même service pendant les huit années précédentes, on a compté 30 décès (mortalité de 46 %). A la clinique de M. Eiselt, on a observé, pendant la période de 1897 à 1902, 145 cas d'intoxication aiguë par le phosphore, dont 31 avec issue fatale, ce qui représente à peu près la même mortalité (21 %) que celle qui a été notée, au cours des dernières années, dans le service de M. Maixner. (*Casopis lékaru ceskych*, 3, 10, 17 et 24 janvier 1903.) — L. CH.

Sur le réflexe pilomoteur, par M. L. Haskovec.

Au cours de l'examen de l'excitabilité mécanique des muscles, dans un cas de névrose traumatique, M. Haskovec a été à même de constater que chaque coup de marteau à percussion, frappé même légèrement, sur le thorax et sur les épaules, déterminait rapidement un réflexe pilomoteur très accentué et strictement limité au point excité. Depuis lors, l'auteur a recherché le même phénomène dans d'autres faits analogues, ainsi que dans des affections nerveuses autres que la névrose traumatique.

A en juger d'après ces observations, recueillies à la clinique de M. le professeur E. Maixner, une légère excitation mécanique de la peau provoquerait, chez un certain nombre de malades, notamment chez les neurasthéniques et chez les sujets atteints de névrose traumatique, un réflexe pilomoteur beaucoup plus marqué qu'il ne l'est ordinairement. Ce réflexe est en général accompagné d'augmentation de l'excitabilité vasomotrice des téguments ainsi que de l'excitabilité mécanique des muscles et d'exagération des réflexes tendineux. Toutefois, cette coïncidence n'est pas constante : il est des cas où le réflexe pilomoteur est insignifiant ou fait même complètement défaut, bien que les autres symptômes susmentionnés soient très nets; d'autre part, on note aussi parfois l'existence d'un réflexe pilomoteur très accentué en l'absence de toute exagération des réflexes tendineux et de l'excitabilité mécanique des muscles.

Le réflexe dont il s'agit s'observe couramment dans les neurasthénies graves et, en particulier, dans les cas où il existe des troubles d'innervation dans le domaine du sympathique (névroses cardiaques, anomalies gastro-intestinales ou vasomotrices).

En ce qui concerne les affections organiques du système nerveux central, M. Haskovec n'a jusqu'à présent eu l'occasion de rechercher le réflexe pilomoteur que dans deux cas de paralysie générale et dans un fait de sclérose latérale amyotrophique : le résultat fut toujours négatif. Il serait intéressant de reprendre l'étude de ce point sur un plus grand nombre de malades, et notamment de rechercher le réflexe en question dans les anesthésies cutanées, qu'elles soient d'origine périphérique ou de nature hystérique. Il importerait également de se rendre compte s'il s'agit ici d'un réflexe vrai ou d'une simple augmentation de l'excitabilité mécanique des muscles peauciers. Quoi qu'il en soit, et sans vouloir d'ores et déjà préjuger de la solution de cette question, M. Haskovec serait porté à croire que le phénomène en question ne dépend pas des variations individuelles de la sensibilité cutanée et peut, partant, présenter une certaine valeur en séméiologie nerveuse. (*Sbornik klinicky*, IV, 2.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le traitement de la fissure anale par l'excision large suivie d'abaissement de la muqueuse.

Tous les praticiens savent la fréquence de la fissure à l'anus, et la ténacité des accidents nerveux qu'elle entretient. Que de femmes, en particulier, sont traitées comme nerveuses et hystériques, pendant longtemps et sans le moindre bénéfice, jusqu'au jour où un examen soigneux de l'anus permet de découvrir, au fond d'un pli radié, une petite ulcération douloureuse, accompagnée d'une violente contracture sphinctérienne et le plus souvent de quelques nodules hémorrhoïdaires ! Or, la cure, la cure définitive, est loin d'être toujours aisée en pareil cas, et la dilatation anale elle-même, le traitement héroïque, ne compte pas que des succès.

M. le docteur V. Czerny, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Heidelberg, propose l'excision large de la fissure, au bistouri, suivie de l'abaissement de la muqueuse sus-jacente, qu'on suture à la peau de la marge ; et, dans « une demi-douzaine » de cas, il a utilisé, avec succès, le procédé que voici : sous l'anesthésie générale, et la fissure étant bien exposée avec une valve, on la circonscrit par une incision en forme de lancette ou de triangle dont la base répond à l'orifice anal, et l'on excise, avec elle, toute sa base indurée, jusqu'à mettre à nu les fibres du sphincter externe et même à les entamer quelque peu. Ceci fait, on réunit au catgut : un premier point traverse la muqueuse au sommet du triangle, d'une part, la peau anale sur la base, en son milieu, d'autre part; en serrant ce premier fil, on fait glisser de haut en bas la muqueuse, qui descend en rideau, comme dans l'opération de Whitehead, et tapisse toute l'ancienne zone fissuraire ; il ne reste plus qu'à suturer par quelques points, à droite et à gauche, les deux lambeaux latéraux.

Par ce mode de réunion, on produit, en outre, un certain élargissement de l'orifice anal, qui ne peut que servir, en l'occurrence. Bien entendu, s'il existe des hémorrhoïdes, on en pratique l'ablation simultanée; de ce fait, l'excision de la muqueuse anale peut devenir plus étendue, tout en restant soumise à la même technique.

Les applications d'huile d'aniline iodoformée contre l'otite moyenne purulente.

Il y a quelques années, M. le docteur A. Gray, otologiste du Bellahouston Dispensary de Glasgow, a proposé de se servir, pour obtenir l'anesthésie de la membrane du tympan, de cocaïne dissoute dans un mélange d'alcool et d'huile d'aniline (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 158). Le pouvoir considérable de diffusion de ce mélange a engagé notre confrère à pousser plus loin l'étude des propriétés de l'huile d'aniline. Il a pu de la sorte se rendre compte que cette substance dissout un certain nombre de médicaments insolubles dans l'eau et dans l'alcool, notamment l'iodoforme. D'autre part, M. Gray a été à même de se convaincre que la solution saturée d'iodoforme dans de l'huile d'aniline est susceptible de rendre de bons services dans les cas d'otite moyenne purulente. Notre confrère procède de la façon que voici : après avoir lavé et soigneusement asséché l'oreille, il y introduit et applique sur la partie malade un petit tampon de coton imbibé de quatre ou cinq gouttes d'huile d'aniline saturée d'iodoforme; le tampon est laissé en place pendant cinq minutes, puis on le retire et on éponge, au besoin, les parois du conduit auditif externe, sans toucher à la membrane du tympan.

En raison des propriétés toxiques et du grand pouvoir de pénétration de l'huile d'aniline, il convient de ne pas employer plus de cinq gouttes du topique, les quantités supérieures à cette dose pouvant amener de la cyanose, surtout chez les sujets anémiques. D'autre part, comme les téguments réagissent parfois très vivement à l'action de l'huile d'aniline, les applications fréquentes de cette substance pourraient donner lieu à une irritation eczémateuse du conduit auditif. Aussi le praticien doit-il procéder en personne à ces applications et ne les faire que deux fois par semaine, voire même, chez les individus particulièrement sensibles, une fois seulement tous les huit jours. Dans l'intervalle, on peut avoir recours à des instillations d'alcool rectifié.

La solution dont il s'agit est d'une couleur brunâtre et peut se conserver, dans des flacons bouchés à l'émeri, pendant un ou deux mois ; au bout de ce laps de temps, elle prend une coloration cramoisie et ne convient plus à l'usage thérapeutique.

Les applications d'huile d'aniline saturée d'iodoforme seraient particulièrement indiquées dans les cas rebelles aux remèdes usuels, avec sécrétions fétides et où il y a lieu de soupçonner la tuberculose.

Traitement de la variole par l'usage interne de l'acide phénique associé à la quinine.

On a récemment conseillé de traiter la variole par des applications de solutions concentrées d'acide phénique, voire même par des badigeonnages avec de l'acide phénique pur (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 232 et 1903, p. 68). Or, d'après l'expérience d'un médecin anglais, M. le docteur L. W. Seymour (de Hyderabad), l'usage interne de l'acide phénique associé au sulfate de quinine constituerait un excellent moyen pour faire avorter cette affection sans qu'on eût besoin de recourir à des applications locales quelconques. Notre confrère prescrit habituellement une mixture composée comme il suit :

Acide phénique pur liquide	III gouttes.
Sulfate de quinine	0 gr. 20 centigr.
Acide sulfurique dilué	V gouttes.
Glycérine	X —
Eau	30 grammes.

Cette dose doit être répétée toutes les quatre heures.

Le traitement en question est-il institué dès la période des papules, on verrait celles-ci disparaître rapidement sans laisser la moindre trace; dans les cas où les éléments éruptifs ont déjà atteint le stade de vésicules, la médication aurait pour effet d'en amener la dessiccation sans qu'ils aboutissent à la suppuration; enfin, elle exercerait également une influence favorable sur les pustules, en arrêtant le processus suppuratif. Utilisé à temps, le remède dont il s'agit empêcherait la formation de cicatrices déprimées.

Ajoutons que le même moyen, associé à des applications d'huile phéniquée à 1/30 sur les ganglions lymphatiques, a donné, entre les mains de M. Seymour, 75 % de guérisons dans la peste.

TRAVAUX ORIGINAUX

La mortalité comparée des armées française et allemande de 1888 à 1900.

I

L'émotion qu'ont suscitée en France la question posée il y a quelques mois par un sénateur au ministre de la guerre et les explications quelque peu contradictoires fournies par ce dernier, n'était pas entièrement justifiée, ainsi que le fait a été établi aussitôt dans ce journal même. Néanmoins, il fut dès lors bien démontré qu'au point de vue sanitaire l'armée française se trouvait dans une situation défavorable, notamment par rapport à ce qui se passe dans la grande puissance militaire voisine, l'Allemagne, et cette impression a été confirmée par les débats qui ont eu lieu tout récemment devant le Sénat, à l'occasion de la discussion de l'interpellation sur l'état sanitaire de l'armée. En somme, la conclusion à laquelle on peut légitimement s'arrêter, c'est que la mortalité de l'armée française, si elle n'est pas trois ou quatre fois plus forte que celle de l'armée allemande, ainsi qu'on l'avait avancé sans preuves à la tribune du Sénat, a du moins été, d'après des calculs précis portant sur la période de 1874 à 1901, environ deux fois et demie plus élevée que celle de l'armée allemande (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 399).

Il s'en faut cependant que la question puisse être considérée comme entièrement résolue. Si la conclusion précédente est exacte dans son ensemble, il y a lieu, en effet, de rechercher quelles sont les causes de cette infériorité de l'armée française. Mais pour cela il importe avant tout de ne comparer entre elles que des données rigoureusement comparables, condition à laquelle ne se sont peut-être pas toujours conformés les auteurs qui ont traité ce sujet.

Pour échapper à ce reproche, nous avons mis en parallèle dans le présent travail, portant sur la période de douze ans qui s'étend de l'exercice 1888-89 à l'exercice 1899-1900, le nombre des décès de l'armée française *métropolitaine, déduction faite des officiers* (car les statistiques allemandes ne comprennent pas les officiers), et le nombre des décès de l'armée allemande, en éliminant les corps d'armée bavarois, qui font l'objet d'une statistique spéciale. Nous avons, en outre, comparé entre eux les « effectifs présents » (*Iststärke*) dans les deux armées.

En tenant compte de ces restrictions nécessaires, nous voyons que, pour la période considérée, il y a eu dans l'armée française 29,053 décès, soit une moyenne de 2,421 par an; l'effectif présent moyen ayant été de 411,484 hommes, *la mortalité moyenne a été de 5.9 ‰*.

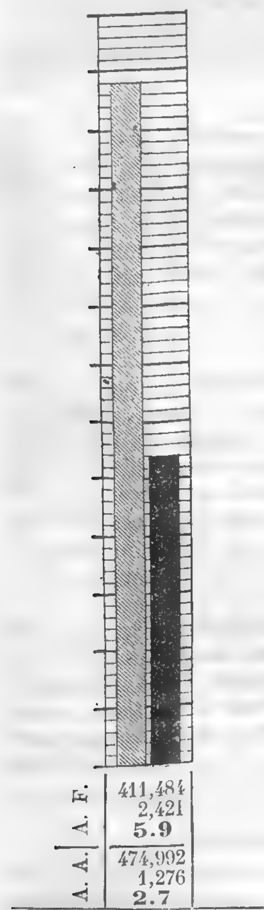


Fig. 1. — Mortalité moyenne des deux armées, française et allemande, dans la période 1888-89 à 1899-1900.

Dans cette figure et dans toutes les suivantes, l'accolade supérieure (*A. F.*) correspond à l'armée française, l'accolade inférieure (*A. A.*) à l'armée allemande; pour chaque accolade, la première ligne indique l'effectif présent, la seconde le total des décès, la troisième la proportion des décès pour 1,000 hommes d'effectif.

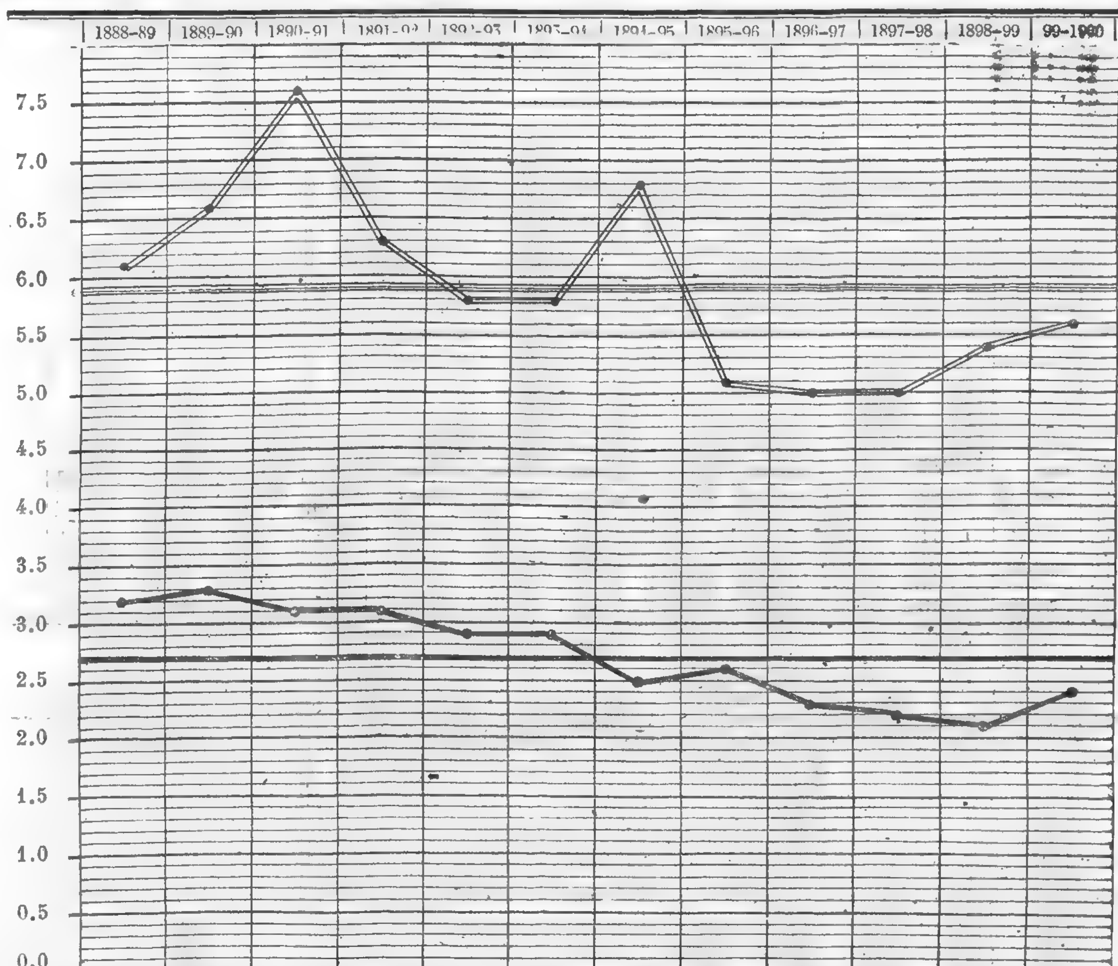
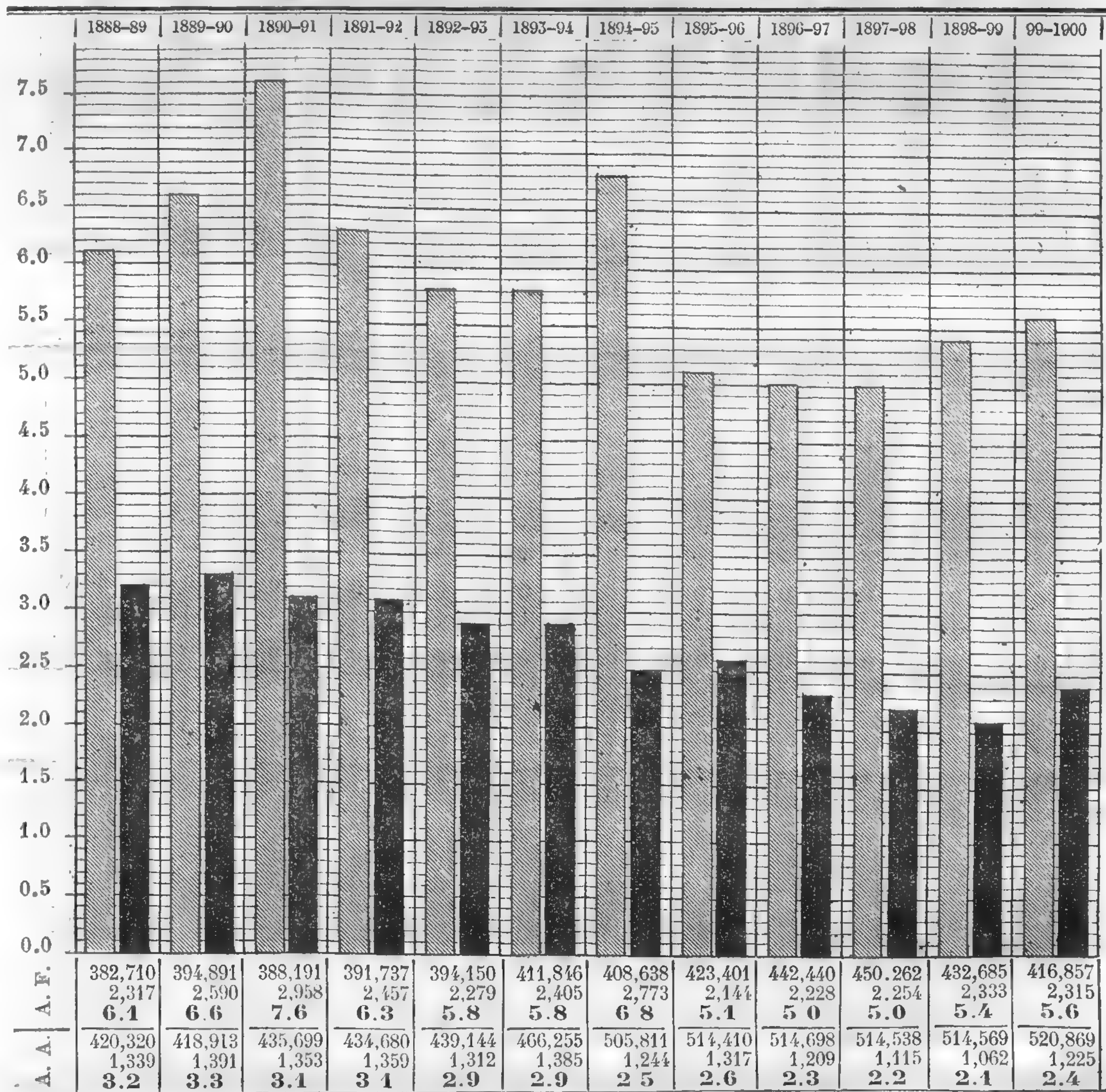


Fig. 2. — Mortalité totale. (Les chiffres qui ont servi à établir ces courbes sont les mêmes que pour le graphique suivant.)

Dans l'armée allemande, le total des décès s'est élevé à 15,311, ou 1,276 de moyenne annuelle; rapporté à un effectif présent moyen de 474,992 hommes, *ce chiffre donne une mortalité moyenne de 2.7 ‰*.

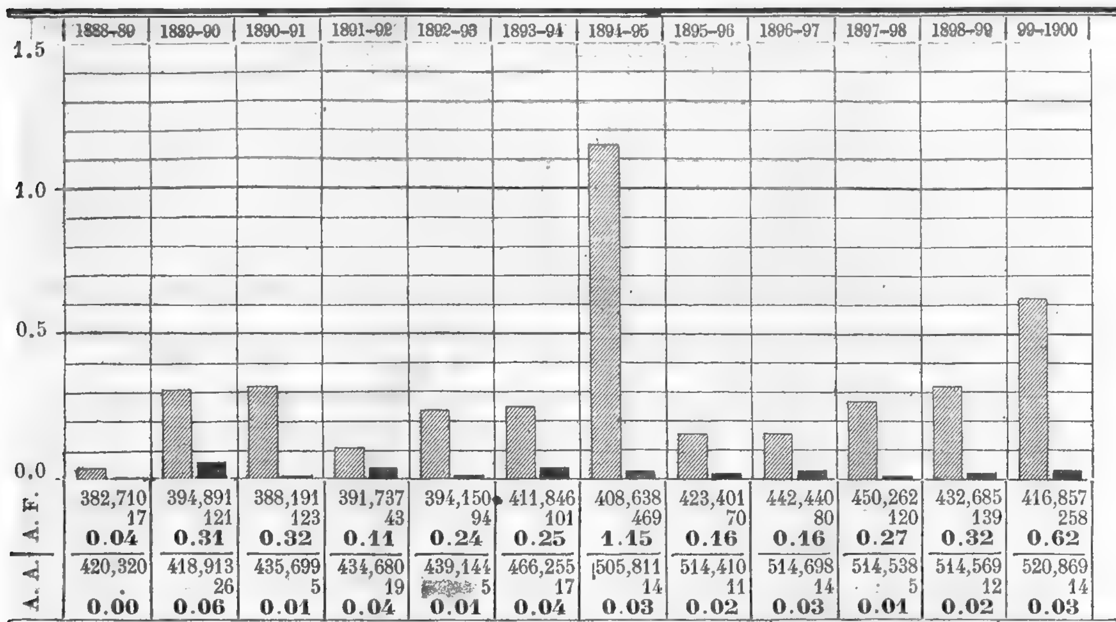
Ainsi donc, de 1888-89 à 1899-1900, la mortalité de l'armée française métropolitaine, officiers non compris, a été *un peu plus du double* de la mortalité de l'armée allemande (*fig. 1*); plus exactement, la première a été à la seconde comme 2.18 est à 1.

Les courbes qui constituent la *figure 2* tra-



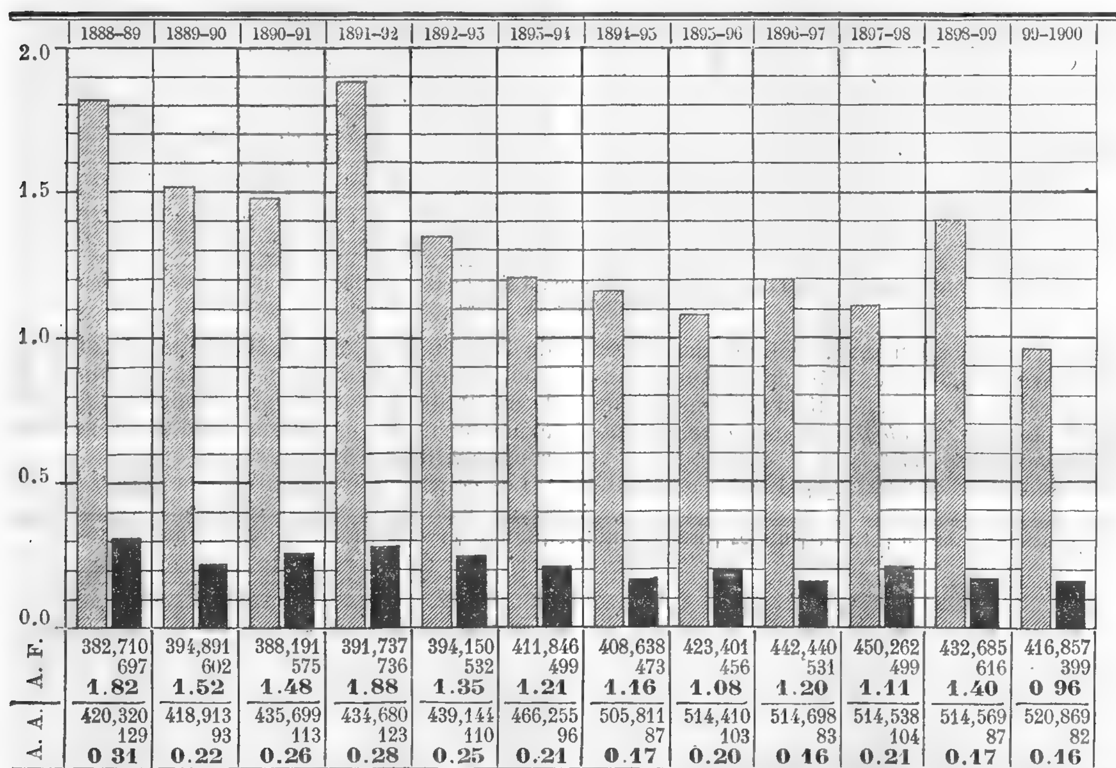
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450.262	432,685	416,857
	2,317	2,590	2,958	2,457	2,279	2,405	2,773	2,144	2,228	2.254	2,333	2,315
	6.1	**6.6**	**7.6**	**6.3**	**5.8**	**5.8**	**6 8**	**5.1**	**5 0**	**5.0**	**5.4**	**5.6**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	1,339	1,391	1,353	1,359	1,312	1,385	1,244	1,317	1,209	1,115	1,062	1,225
	3.2	**3.3**	**3.1**	**3 1**	**2.9**	**2.9**	**2 5**	**2.6**	**2.3**	**2.2**	**2.1**	**2.4**

Fig. 3. — Mortalité totale.



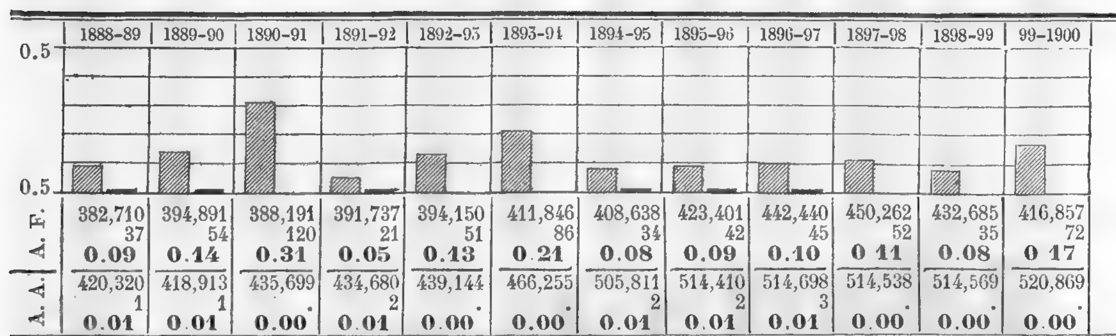
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	17	121	123	43	94	101	469	70	80	120	139	258
	0.04	**0.31**	**0.32**	**0.11**	**0.24**	**0.25**	**1.15**	**0.16**	**0.16**	**0.27**	**0.32**	**0.62**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	•	26	5	19	5	17	14	11	14	5	12	14
	0.00	**0.06**	**0.01**	**0.04**	**0.01**	**0.04**	**0.03**	**0.02**	**0.03**	**0.01**	**0.02**	**0.03**

Fig. 4. — Mortalité par grippe.



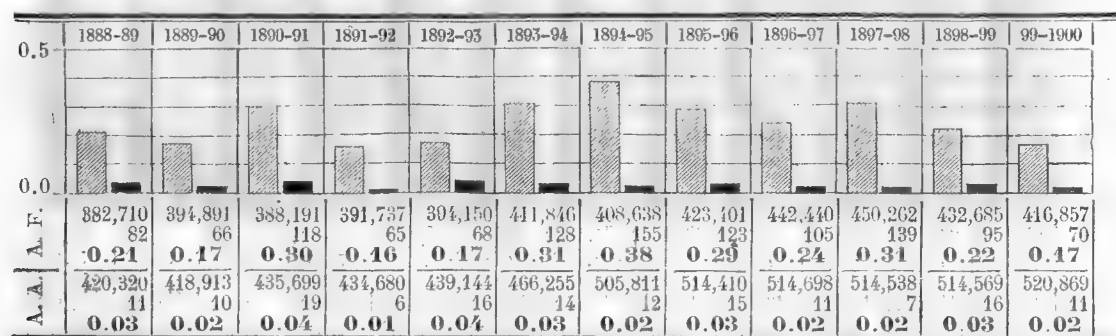
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	697	602	575	736	532	499	473	456	531	499	616	399
	1.82	**1.52**	**1.48**	**1.88**	**1.35**	**1.21**	**1.16**	**1.08**	**1.20**	**1.11**	**1.40**	**0 96**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	129	93	113	123	110	96	87	103	83	104	87	82
	0 31	**0.22**	**0.26**	**0.28**	**0.25**	**0.21**	**0.17**	**0.20**	**0 16**	**0.21**	**0.17**	**0.16**

Fig. 5. — Mortalité par fièvre typhoïde.



	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	37	54	120	21	51	86	34	42	45	52	35	72
	0.09	**0.14**	**0.31**	**0.05**	**0.13**	**0.21**	**0.08**	**0.09**	**0.10**	**0 11**	**0.08**	**0 17**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	1	1		2			2	2	3			
	0.01	**0.01**	**0.00**	**0.01**	**0.00**	**0.00**	**0.01**	**0.01**	**0.01**	**0.00**	**0.00**	**0.00**

Fig. 6. — Mortalité par rougeole.



	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	882,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	82	66	118	65	68	128	155	123	105	139	95	70
	0.21	**0.17**	**0.30**	**0.16**	**0.17**	**0.31**	**0.38**	**0.29**	**0.24**	**0.31**	**0.22**	**0.17**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	11	10	19	6	16	14	12	15	11	7	16	11
	0.03	**0.02**	**0.04**	**0.01**	**0.04**	**0.03**	**0.02**	**0.03**	**0.02**	**0.02**	**0.03**	**0.02**

Fig. 7. — Mortalité par scarlatine.

duisent les variations annuelles de la mortalité dans les deux armées. On y voit que le maximum des décès dans l'armée française — pour la période considérée — a été atteint en 1890-91 (7.6 ‰); quant à l'armée allemande, il correspond à l'année 1889-90 (3.3 ‰); mais tandis que pour l'armée allemande la courbe est à partir de ce point à peu près régulièrement descendante, pour l'armée française, au contraire, elle s'élève en 1894-95 bien au-dessus de la moyenne (à 6.8 ‰); dans les deux armées, enfin, l'exercice 1899-1900 marque une aggravation notable, aggravation qui pour l'armée française était, à la vérité, déjà commencée dans l'exercice précédent.

Le graphique de la *figure 3* représente ces mêmes variations annuelles d'une manière peut-être plus apparente; année pour année, la mortalité de l'armée française y est sensiblement le double de celle de l'armée allemande.

II

Il convient de serrer maintenant le problème de plus près; pour cela nous allons jeter un coup d'œil sur les affections les plus communes, considérées comme causes de pertes pour les deux armées.

C'est généralement, en effet, à l'excédent des décès par tuberculose et par fièvre typhoïde que l'on attribue l'infériorité de l'armée française par rapport à l'armée allemande au point de vue sanitaire. Assurément, ce sont là deux facteurs fort importants; il ne faudrait pas croire cependant qu'ils intervinssent seuls à cet égard, et nous démontrerons aisément, chemin faisant, que nombre d'autres maladies, trop souvent laissées dans l'ombre, contribuent à créer la fâcheuse situation dont se préoccupe l'opinion publique en France.

Voici par exemple la grippe. Un simple coup d'œil sur le graphique ci-contre (*fig. 4*) suffit à prouver que la proportion des décès par influenza, dans l'armée française, a été en chiffres ronds, durant les douze années que nous étudions, de trois fois (1891-92) à *près de quarante fois* (1894-95) plus élevée que dans l'armée allemande. C'est vraisemblablement à la plus grande fréquence des complications pulmonaires — elle-même en rapport avec le nombre élevé des décès par tuberculose pulmonaire — qu'est dû ce fait.

Pour la fièvre typhoïde (*fig. 5*), on voit que la mortalité, relativement constante dans l'armée allemande, où elle oscille de 0.31 ‰ à 0.16 ‰, avec une tendance bien nette à décroître assez régulièrement, est beaucoup plus variable et surtout beaucoup plus considérable dans l'armée française, où son maximum a été de 1.88 ‰ en 1891-92 et son minimum de 0.96 ‰ en 1899-1900.

Mêmes remarques pour la rougeole (*fig. 6*) et la scarlatine (*fig. 7*); pour la première de ces fièvres éruptives, la mortalité a été, six années sur douze, de 0 dans l'armée allemande, tandis qu'elle a été de 0.05 à 0.31 ‰ dans l'armée française; pour la seconde, mortalité très faible (de 0.01 à 0.04 ‰) en Allemagne, beaucoup plus élevée en France (de 0.16 à 0.38 ‰).

En ce qui concerne la diphtérie (*fig. 8*), on pourrait faire les mêmes observations, tout au moins pour les premières années de la période envisagée; dès 1894-95, époque de la découverte de la sérothérapie, la proportion des décès s'abaisse dans les deux armées; toutefois, elle reste sensiblement plus faible dans l'armée allemande.

Voici maintenant le groupe des affections tuberculeuses. La tuberculose pulmonaire (*fig. 9*) a fait mourir en France bien près de 1 ‰ de l'effectif présent en 1890-91, et la proportion la plus faible — celle de 1899-1900 — atteint encore 0.52 ‰; par contre, pour l'armée allemande, la mortalité n'a jamais dépassé 0.48 ‰, soit un chiffre inférieur au plus bas qui ait été noté en France, et elle est descendue à 0.16 ‰ en 1898-99.

Pour la tuberculose des organes autres que le

poumon (*fig. 10*), la différence est encore plus sensible; la proportion des décès a varié dans l'armée française entre 0.32 ‰ et 0.56 ‰, tandis que pour l'armée allemande elle n'atteint, dans l'année la plus défavorable, que 0.15 ‰. Mais ici un fait assez curieux est à signaler : dans l'armée française, la mortalité pour les affections tuberculeuses de ce groupe est à peu près constante; abstraction faite des deux premières années de la période envisagée, où l'on note un chiffre assez faible, peut-être par suite de l'insuffisance des moyens de diagnostic avant 1890, elle est comprise entre 0.37 et 0.56 ‰; en Allemagne, au contraire, elle suit une progression presque régulièrement croissante, qui la fait passer de 0.06 ‰ en 1891-92 à 0.15 ‰ en 1899-1900.

Somme toute, l'ensemble des localisations tuberculeuses, pulmonaires ou autres, témoigne d'une façon extrêmement évidente de la supériorité sanitaire de l'armée allemande (*fig. 11*) : alors qu'en France la mortalité tuberculeuse totale n'a été que deux fois (en 1897-98 et en 1898-99) inférieure — et à peine — à 1 ‰, en Allemagne elle n'a été que deux fois (dans les deux premières des douze années ici en cause) supérieure à 0.5 ‰.

A la dysenterie (*fig. 12*) succombent également beaucoup moins de soldats en Allemagne qu'en France : le chiffre *absolu* des décès, de 1888-89 à 1899-1900, a oscillé pour l'armée allemande de 0 à 11 (0.02 ‰), tandis qu'il n'a jamais été inférieur, dans l'armée française, à 17 (0.05 ‰), voire même qu'il s'est élevé à 68 (0.17 ‰) en 1891-92.

On pourrait s'attendre à ce qu'en France, pays dont le climat est d'une manière générale plus clément que celui de l'Allemagne, la pneumonie ne causât dans l'armée qu'un nombre peu considérable de décès. Il n'en est rien cependant, ainsi que le montre le graphique de la *figure 13*, et la mortalité de l'armée française par pneumonie est dans son ensemble très supérieure à celle de l'armée allemande.

Après ce que nous avons vu pour la tuberculose, on ne s'étonnera pas que les chiffres relatifs à la pleurésie (*fig. 14*) soient également peu favorables à la France; à signaler cependant qu'en 1889-90 la mortalité par pleurésie a été sensiblement plus élevée dans l'armée allemande que dans l'armée française (0,45 ‰ contre 0.33 ‰).

La méningite (*fig. 15*) occasionne au contraire d'une façon presque constante plus de décès en Allemagne qu'en France, ce qui tient sans doute à l'endémicité de la méningite cérébro-spinale dans certaines parties du premier de ces pays.

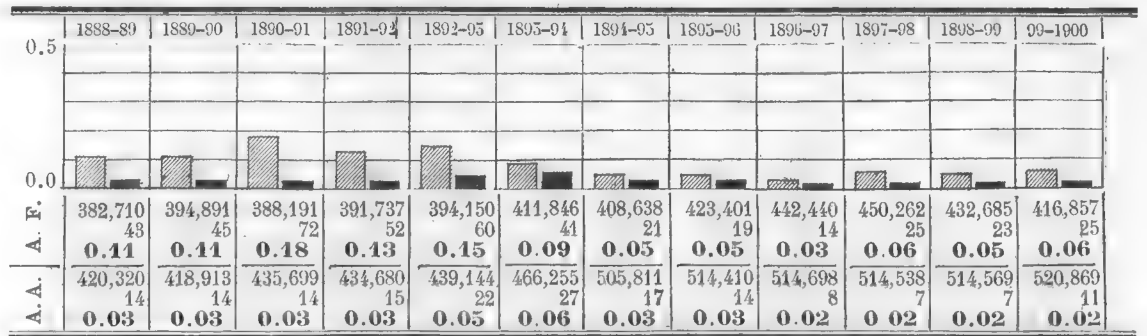
C'est aussi l'armée française qui est la moins éprouvée des deux par la péritonite, si l'on en juge d'après le graphique de la *figure 16;* les différences sont d'ailleurs assez faibles.

Enfin, pour ce qui est des décès par suicide et des morts accidentelles, ils sont incontestablement plus nombreux dans l'armée allemande. Pour les suicides, en particulier (*fig. 17*), le chiffre le plus élevé pour la France (0.31 ‰ en 1891-92) est encore inférieur au chiffre le plus faible pour l'Allemagne (0.33 ‰ en 1898-99); la proportion la plus basse dans le premier pays a été de 0.19 ‰ en 1899-1900, la plus élevée dans le second de 0.64 ‰ en 1889-90.

En ce qui concerne les accidents (*fig. 18*), la différence à l'avantage de la France est moins considérable, quoique réelle; toutefois, en 1894-1895 et en 1896-97, la mortalité a été de ce chef un peu plus élevée dans l'armée française que dans l'armée allemande.

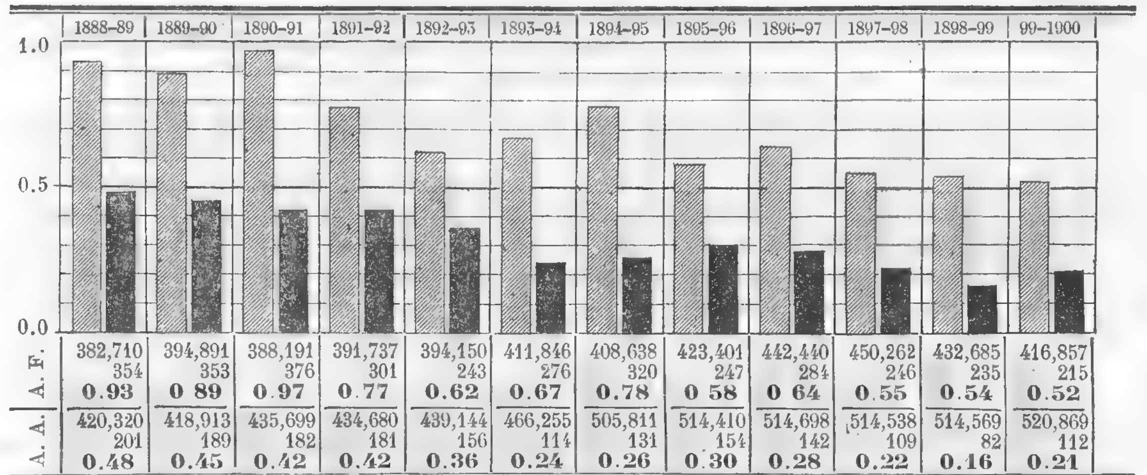
III

Après avoir ainsi isolément étudié la mortalité par les causes de mort les plus communes, année par année pour ainsi dire, il est indispensable de jeter un coup d'œil général sur la situation sanitaire des deux armées entre 1888-1889 et 1899-1900, en comparant les proportions moyennes des décès par chacune de ces causes pour l'ensemble des douze années considérées.



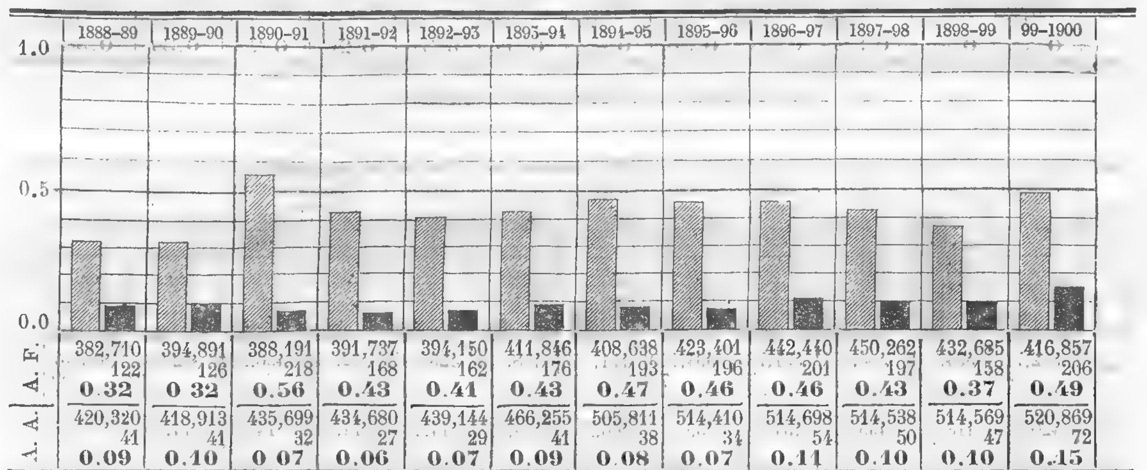
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	43	45	72	52	60	41	21	19	14	25	23	25
	0.11	**0.11**	**0.18**	**0.13**	**0.15**	**0.09**	**0.05**	**0.05**	**0.03**	**0.06**	**0.05**	**0.06**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	14	14	14	15	22	27	17	14	8	7	7	11
	0.03	**0.03**	**0.03**	**0.03**	**0.05**	**0.06**	**0.03**	**0.03**	**0.02**	**0 02**	**0.02**	**0.02**

Fig. 8. — Mortalité par diphtérie.



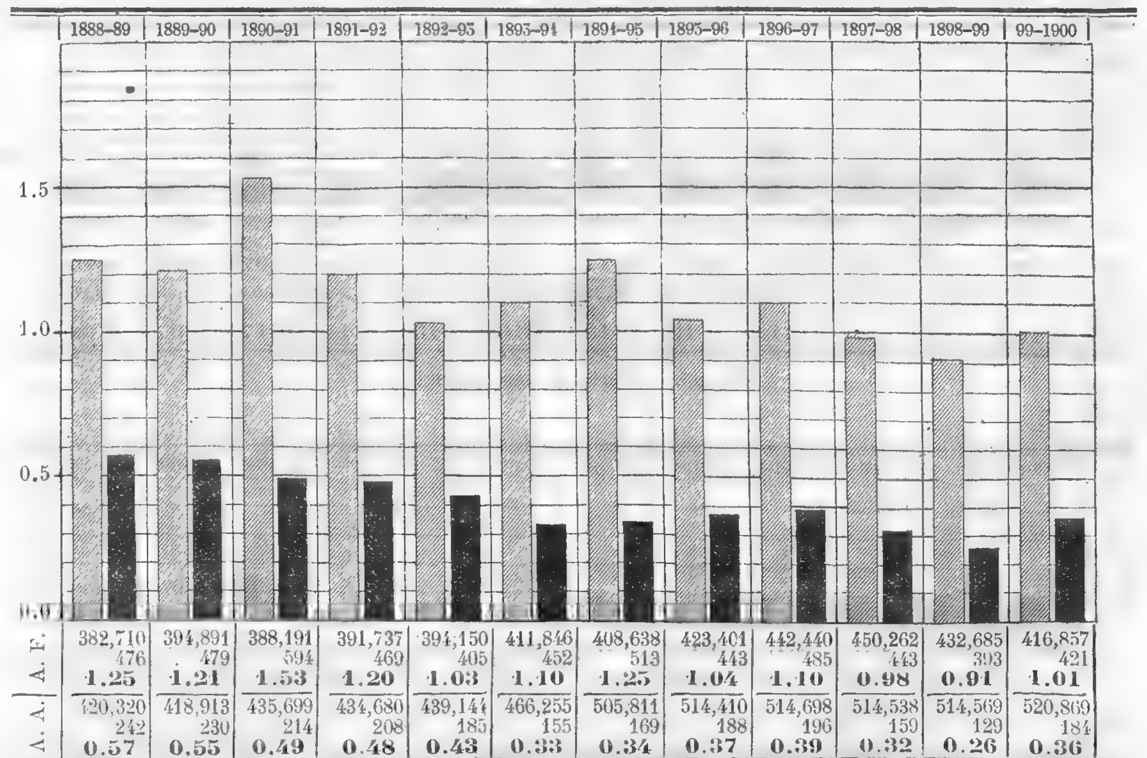
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	354	353	376	301	243	276	320	247	284	246	235	215
	0.93	**0 89**	**0.97**	**0.77**	**0.62**	**0.67**	**0.78**	**0 58**	**0 64**	**0.55**	**0.54**	**0.52**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	201	189	182	181	156	114	131	154	142	109	82	112
	0.48	**0.45**	**0.42**	**0.42**	**0.36**	**0.24**	**0.26**	**0.30**	**0.28**	**0.22**	**0.16**	**0.21**

Fig. 9. — Mortalité par tuberculose pulmonaire.



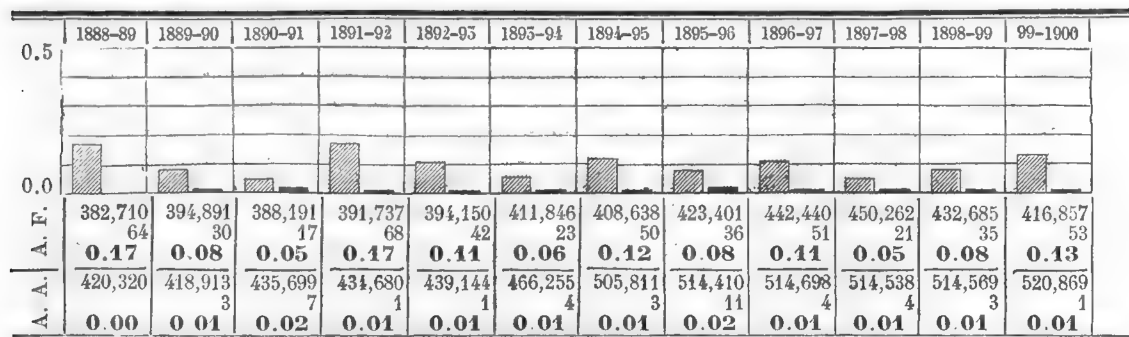
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	122	126	218	168	162	176	193	196	201	197	158	206
	0.32	**0 32**	**0.56**	**0.43**	**0.41**	**0.43**	**0.47**	**0.46**	**0.46**	**0.43**	**0.37**	**0.49**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	41	41	32	27	29	41	38	34	54	50	47	72
	0.09	**0.10**	**0 07**	**0.06**	**0.07**	**0.09**	**0.08**	**0.07**	**0.11**	**0.10**	**0.10**	**0.15**

Fig. 10. — Mortalité par tuberculose des organes autres que les poumons.



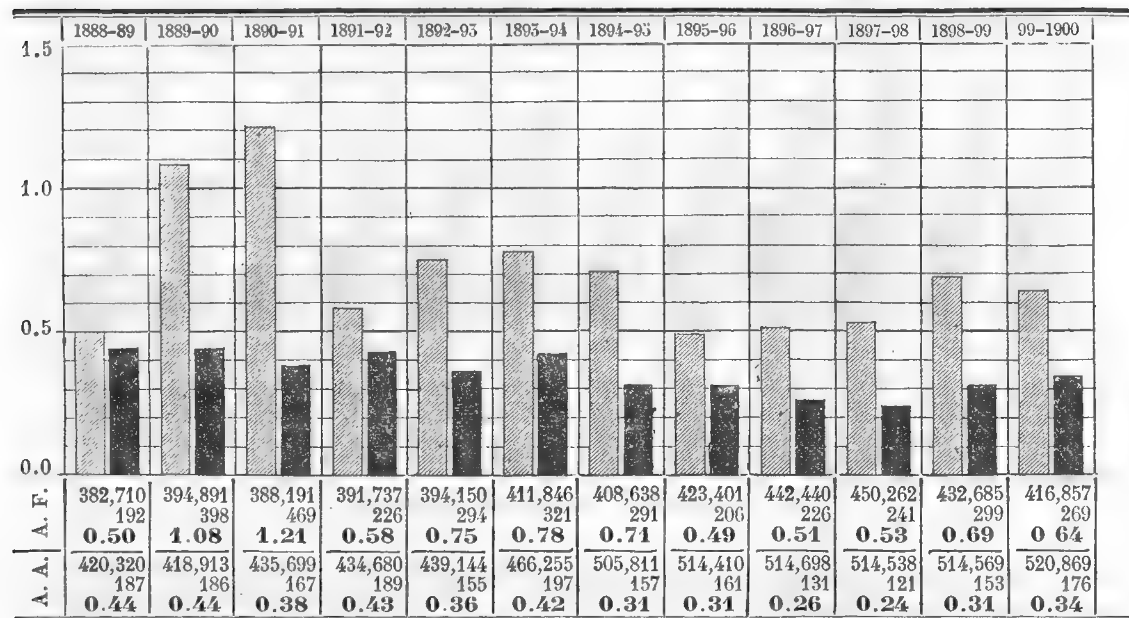
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	476	479	594	469	405	452	513	443	485	443	393	421
	1.25	**1.21**	**1.53**	**1.20**	**1.03**	**1.10**	**1.25**	**1.04**	**1.10**	**0.98**	**0.91**	**1.01**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	242	230	214	208	185	155	169	188	196	159	129	184
	0.57	**0.55**	**0.49**	**0.48**	**0.43**	**0.33**	**0.34**	**0.37**	**0.39**	**0.32**	**0.26**	**0.36**

Fig. 11. — Mortalité totale par tuberculose.



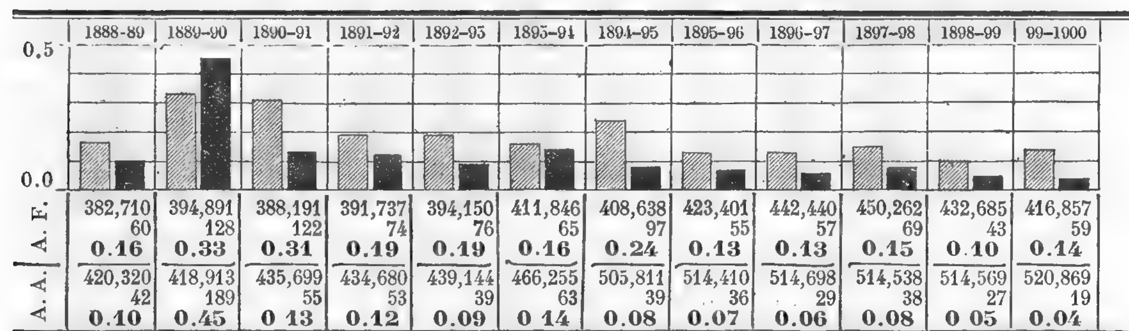
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	64	30	17	68	42	23	50	36	51	21	35	53
	0.17	**0.08**	**0.05**	**0.17**	**0.11**	**0.06**	**0.12**	**0.08**	**0.11**	**0.05**	**0.08**	**0.13**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
		3	7	1	1	4	3	11	4	4	3	1
	0.00	**0 01**	**0.02**	**0.01**	**0.01**	**0.01**	**0.01**	**0.02**	**0.01**	**0.01**	**0.01**	**0.01**

Fig. 12. — Mortalité par dysenterie.



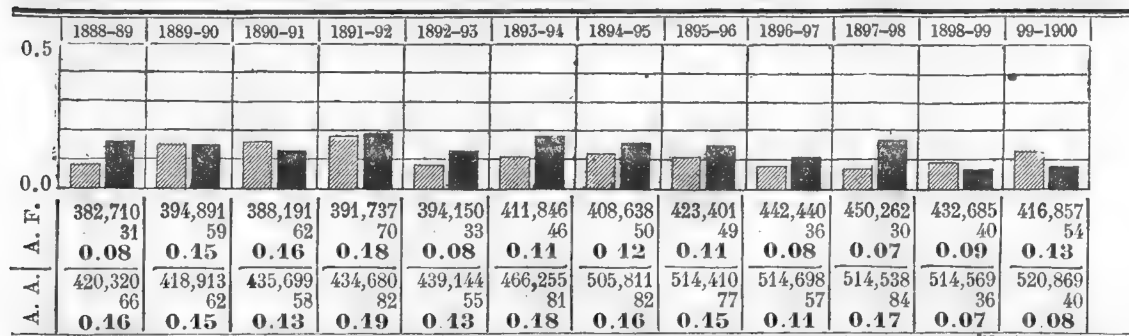
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	192	398	469	226	294	321	291	206	226	241	299	269
	0.50	**1.08**	**1.21**	**0.58**	**0.75**	**0.78**	**0.71**	**0.49**	**0.51**	**0.53**	**0.69**	**0 64**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	187	186	167	189	155	197	157	161	131	121	153	176
	0.44	**0.44**	**0.38**	**0.43**	**0.36**	**0.42**	**0.31**	**0.31**	**0.26**	**0.24**	**0.31**	**0.34**

Fig. 13. — Mortalité par pneumonie.



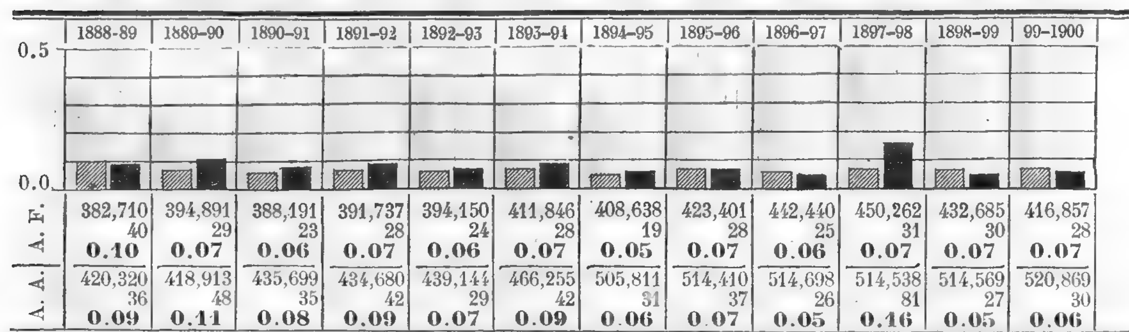
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	60	128	122	74	76	65	97	55	57	69	43	59
	0.16	**0.33**	**0.31**	**0.19**	**0.19**	**0.16**	**0.24**	**0.13**	**0.13**	**0.15**	**0.10**	**0.14**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	42	189	55	53	39	63	39	36	29	38	27	19
	0.10	**0.45**	**0 13**	**0.12**	**0.09**	**0 14**	**0.08**	**0.07**	**0.06**	**0.08**	**0 05**	**0.04**

Fig. 14. — Mortalité par pleurésie.



	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	31	59	62	70	33	46	50	49	36	30	40	54
	0.08	**0.15**	**0.16**	**0.18**	**0.08**	**0.11**	**0 12**	**0.11**	**0.08**	**0.07**	**0.09**	**0.13**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	66	62	58	82	55	81	82	77	57	84	36	40
	0.16	**0.15**	**0.13**	**0.19**	**0 13**	**0.18**	**0.16**	**0.15**	**0.11**	**0.17**	**0.07**	**0 08**

Fig. 15. — Mortalité par méningite.



	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710	394,891	388,191	391,737	394,150	411,846	408,638	423,401	442,440	450,262	432,685	416,857
	40	29	23	28	24	28	19	28	25	31	30	28
	0.10	**0.07**	**0.06**	**0.07**	**0.06**	**0.07**	**0.05**	**0.07**	**0.06**	**0.07**	**0.07**	**0.07**
A. A.	420,320	418,913	435,699	434,680	439,144	466,255	505,811	514,410	514,698	514,538	514,569	520,869
	36	48	35	42	29	42	31	37	26	81	27	30
	0.09	**0.11**	**0.08**	**0.09**	**0.07**	**0.09**	**0.06**	**0.07**	**0.05**	**0.16**	**0.05**	**0.06**

Fig. 16. — Mortalité par péritonite.

C'est ce que permet le graphique de la *figure 19*.

Il montre d'une façon frappante que, si la mortalité totale de l'armée française a été en moyenne, durant la période qui nous occupe, un peu plus de deux fois supérieure à celle de l'armée allemande (Voir *fig. 1*, *2* et *3*), la mortalité par grippe a été onze fois supérieure (0.33 contre 0.03 ‰), par fièvre typhoïde six fois et demie (1.34 contre 0.21 ‰), par rougeole treize fois (0.13 contre 0.01 ‰), par scarlatine huit fois (0.25 contre 0.03 ‰), par diphtérie trois fois (0.09 contre 0.03 ‰), par dysenterie dix fois (0.10 contre 0.01 ‰), par tuberculose pulmonaire plus de deux fois (0.69 contre 0.31 ‰), par tuberculose des autres organes cinq fois (0.44 contre 0.09 ‰), par l'ensemble des affections tuberculeuses près de trois fois (1.13 contre 0.40 ‰), par pneumonie deux fois (0.69 contre 0.35 ‰), par pleurésie une fois et demie (0.18 contre 0.11 ‰) plus grande dans l'armée française que dans l'armée allemande. Par contre, la proportion des décès par méningite a été d'un tiers plus élevée en Allemagne (0.14 contre 0.11 ‰), et il en est de même des décès par péritonite (0.08 contre 0.06 ‰); celle des morts volontaires y est presque double (0.47 contre 0.27 ‰) et celle des morts par accident est d'un quart plus considérable (0.34 contre 0.27 ‰).

IV

Quelles conclusions tirer de cette étude statistique, et comment expliquer l'infériorité générale de l'armée française par rapport à l'armée allemande, au point de vue sanitaire?

A cet égard, il ne sera peut-être pas inutile de signaler quelles sont, en Allemagne, les précautions prises contre la fièvre typhoïde et la tuberculose, celles-ci demeurant, somme toute, les deux facteurs principaux de la mortalité militaire.

Pour ce qui est de la dothiénentérie, c'est surtout à contrôler la pureté de l'eau que l'on s'est attaché en Allemagne; chaque puits d'une caserne quelconque fait l'objet d'une fiche sur laquelle le médecin inscrit quatre fois par an les résultats de l'analyse de l'eau. Sitôt qu'il y a quelque chose de suspect, l'eau est analysée dans le laboratoire chimique du corps d'armée, placé sous les ordres du directeur du service de santé du corps d'armée (*Corps-Generalarzt*), qui peut, s'il le juge nécessaire, envoyer sur place un bactériologiste pour procéder à toutes recherches utiles. Le résultat de ces mesures, c'est que la fièvre typhoïde est devenue très rare dans l'armée allemande, et que les quelques cas qu'on observe sont pour la plupart dus à des contagions pendant les manœuvres.

A titre d'exemple, voici quelques chiffres empruntés au dernier rapport publié, concernant les cas de dothiénentérie survenus pendant l'année 1899-1900 :

Dans le XIIIe corps d'armée (Wurtemberg), sur 21,581 hommes d'effectif moyen présent, il y a eu 4 cas de fièvre typhoïde;

Dans le XIe corps, sur 19,594 hommes, il y en a eu 6 cas;

Dans le IIIe corps, sur 23,132 hommes, il y en a eu 9 cas;

Dans le IXe corps, sur 24,689 hommes, il y en a eu 9 cas également;

Dans le XVIIIe corps, sur 25,905 hommes, il y en a eu 10 cas.

Cette même année 1899-1900, on n'a observé une épidémie de dothiénentérie que dans le VIIIe corps d'armée; or, cette épidémie tirait son origine d'un camp d'exercice.

Il faut ajouter que le corps de santé allemand a ses « coudées franches » à l'égard des services administratifs, ce qui facilite énormément l'exécution des mesures hygiéniques; celles-ci, du reste, visent non seulement la qualité des eaux potables, mais aussi la surveillance incessante et la désinfection régulière des canalisations des casernes.

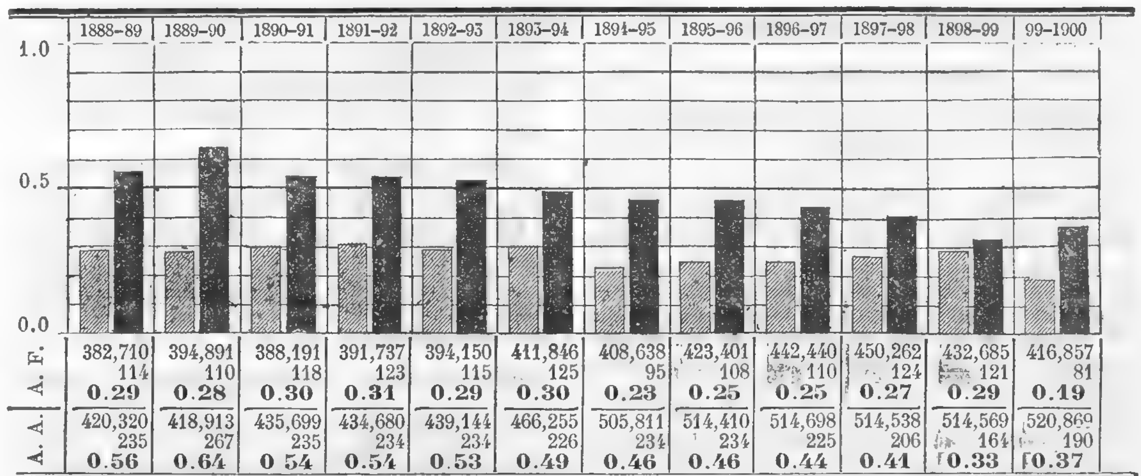
En ce qui concerne la tuberculose, si la mor-

talité par cette affection diminue de plus en plus dans l'armée allemande, cela tient à plusieurs causes. D'abord, à ce que l'examen des conscrits devant le conseil de revision se fait à fond : depuis quelques années, il est défendu de présenter au médecin militaire adjoint à ce conseil plus de 150 hommes à examiner par jour. En outre, la recrue subit à son arrivée une visite d'incorporation des plus minutieuses, et si les parents du jeune soldat, ou l'un des deux, ont succombé à une affection suspecte, fait qui est vérifié par les autorités locales, la recrue est soumise à une observation prolongée, jusqu'à ce qu'on puisse se prononcer en toute certitude sur son aptitude physique. Il faut se rappeler aussi que le médecin militaire allemand dispose de la réforme temporaire beaucoup plus facilement que son confrère français : on incorpore en Allemagne, depuis que le service de deux ans est en vigueur, un certain nombre d'hommes en supplément, de sorte qu'il est possible de réformer tout individu de constitution peu vigoureuse sans toucher à l'état de l'effectif.

Enfin il serait irrationnel de ne pas mentionner les trois grandes lois sociales (assurance contre la maladie, loi sur les accidents du travail, assurance contre l'invalidité), dont l'application, il est vrai, coûte à l'empire allemand plus d'un million de mark par jour (1,250,000 fr.), mais dont les effets bienfaisants commencent à se faire sentir sur la population civile et, par contrecoup, sur l'élément militaire.

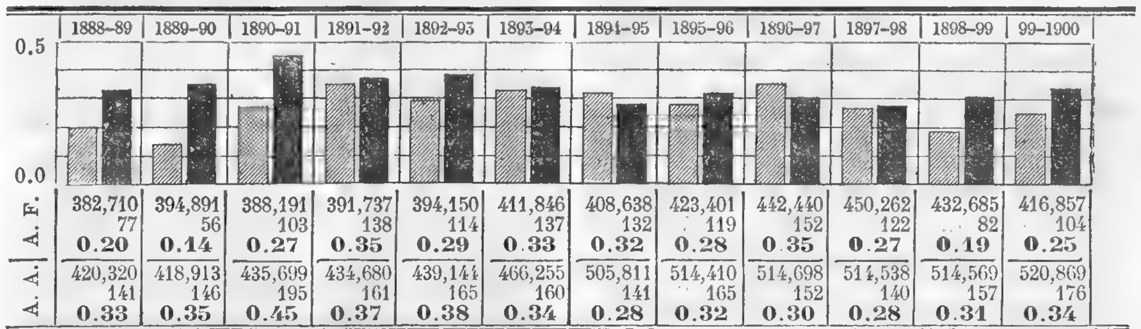
C'est à l'ensemble de ces mesures que l'armée allemande doit sa supériorité au point de vue hygiénique. Si l'on songe que l'Allemagne possède le service militaire obligatoire depuis 1814, alors qu'en France il n'a été institué que depuis une trentaine d'années, on n'aura toutefois pas lieu d'être étonné que l'organisation sanitaire de l'armée française soit moins parfaite que celle de l'armée allemande. En tous cas, des chiffres que nous avons rassemblés dans ce travail, il ressort bien qu'il n'existe aucune cause intrinsèque, inhérente pour ainsi dire à la constitution même de l'armée française, qui soit de nature à en accroître la mortalité. Dès lors, nul doute que, par l'application de mesures hygiéniques et prophylactiques appropriées, on n'arrive à ramener la mortalité de la troupe, en France, au niveau satisfaisant où elle se trouve en Allemagne.

Dr A. VILLARET.



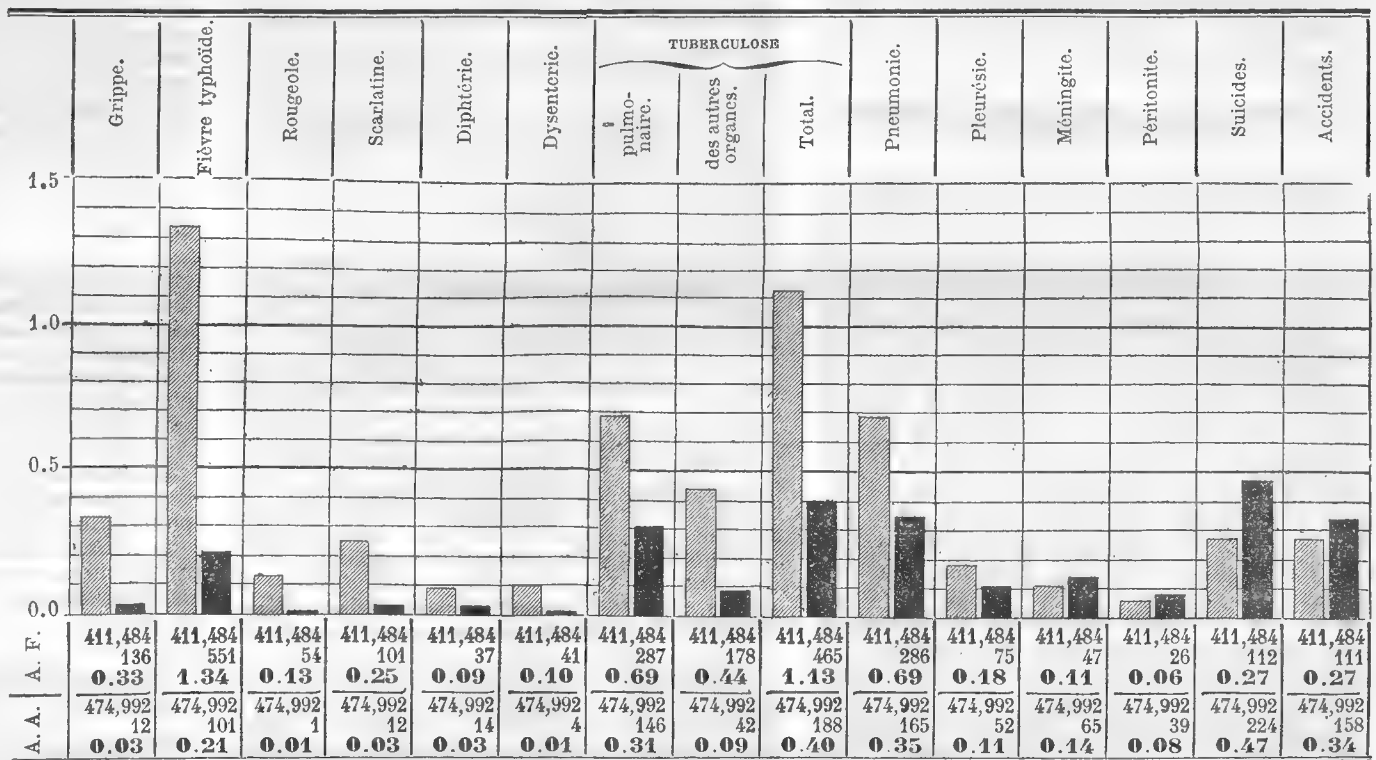
	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710 114 0.29	394,891 110 0.28	388,191 118 0.30	391,737 123 0.31	394,150 115 0.29	411,846 125 0.30	408,638 95 0.23	423,401 108 0.25	442,440 110 0.25	450,262 124 0.27	432,685 121 0.29	416,857 81 0.19
A. A.	420,320 235 0.56	418,913 267 0.64	435,699 235 0.54	434,680 234 0.54	439,144 234 0.53	466,255 226 0.49	505,811 234 0.46	514,410 234 0.46	514,698 225 0.44	514,538 206 0.41	514,569 164 0.33	520,869 190 0.37

Fig. 17. — Mortalité par suicides.



	1888-89	1889-90	1890-91	1891-92	1892-93	1893-94	1894-95	1895-96	1896-97	1897-98	1898-99	99-1900
A. F.	382,710 77 0.20	394,891 56 0.14	388,191 103 0.27	391,737 138 0.35	394,150 114 0.29	411,846 137 0.33	408,638 132 0.32	423,401 119 0.28	442,440 152 0.35	450,262 122 0.27	432,685 82 0.19	416,857 104 0.25
A. A.	420,320 141 0.33	418,913 146 0.35	435,699 195 0.45	434,680 161 0.37	439,144 165 0.38	466,255 160 0.34	505,811 141 0.28	514,410 165 0.32	514,698 152 0.30	514,538 140 0.28	514,569 157 0.31	520,869 176 0.34

Fig. 18. — Mortalité par accidents.



	Grippe.	Fièvre typhoïde.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie.	Dysenterie.	Tuberculose pulmonaire.	Tuberculose des autres organes.	Tuberculose Total.	Pneumonie.	Pleurésie.	Méningite.	Péritonite.	Suicides.	Accidents.
A. F.	411,484 136 0.33	411,484 551 1.34	411,484 54 0.13	411,484 101 0.25	411,484 37 0.09	411,484 41 0.10	411,484 287 0.69	411,484 178 0.44	411,484 465 1.13	411,484 286 0.69	411,484 75 0.18	411,484 47 0.11	411,484 26 0.06	411,484 112 0.27	411,484 111 0.27
A. A.	474,992 12 0.03	474,992 101 0.21	474,992 1 0.01	474,992 12 0.03	474,992 14 0.03	474,992 4 0.01	474,992 146 0.31	474,992 42 0.09	474,992 188 0.40	474,992 165 0.35	474,992 52 0.11	474,992 65 0.14	474,992 39 0.08	474,992 224 0.47	474,992 158 0.34

Fig. 19. — Mortalité moyenne pour chacune des affections considérées, de 1888-89 à 1899-1900.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 avril 1903.

Réaction iodophile des leucocytes dans les suppurations aseptiques par injection sous-cutanée d'essence de térébenthine.

MM. J. Sabrazès et **L. Muratet.** — La présence de leucocytes iodophiles dans le sang s'observant surtout au cours de diverses septicopyohémies (staphylococciques, streptococciques, pneumococciques, colibacillaires), on pourrait considérer l'iodophilie comme la signature d'une influence exercée par certaines toxines microbiennes sur les globules blancs. Or, une telle interprétation serait trop exclusive. En effet, si l'on injecte aseptiquement, chez un chien ou un cobaye — animaux dont le sang ne renferme pas, à l'état normal, de globules iodophiles — un peu d'essence de térébenthine sous la peau du dos, on voit apparaître, au bout de quelques heures déjà, la réaction iodophile dans le sang; le lendemain et les jours suivants cette réaction est très accusée, quoique le pus du volumineux abcès développé au point d'injection soit stérile; tout comme le sang circulant, ce pus contient de nombreux leucocytes iodophiles.

Ainsi donc, si, en pratique, l'iodophilie est le plus souvent révélatrice d'une toxi-infection, il n'en reste pas moins qu'elle n'implique pas forcément une toxinémie d'origine microbienne, puisque les suppurations aseptiques déterminées par l'essence de térébenthine suffisent à la provoquer.

Existence d'un filament axile dans la fibrille conjonctive adulte.

M. P.-A. Zachariadès adresse une note tendant à démontrer que, loin d'être homogène, la fibrille conjonctive adulte se composerait de trois parties : un filament axile, de nature protoplasmique, colorable par le bleu de méthylène après action d'une solution acide; une substance qui l'entoure et gonfle démesurément sous l'influence des solutions acides; enfin une membrane externe également protoplasmique, qui empêche par places le gonflement de la substance précédente et traduit son existence par des étranglements annulaires ou parfois spiralés à la surface de la fibre.

Ces faits — comme ceux que M. Zachariadès a signalés il y a plus de cinq ans (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 67) — confirment la théorie de Schwann, admettant que la fibre conjonctive provient directement de la cellule conjonctive.

M. A. Laveran fait une communication sur un nouveau spirille, le *Spirillum Theileri*, rencontré dans le sang de bovidés de l'Afrique australe. On ne connaissait jusqu'ici que deux spirilles pathogènes : l'un, celui d'Obermeier, est l'agent de la fièvre récurrente; l'autre produit la spirillose des oies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1903.

Inconvénients des injections prothétiques de paraffine.

M. Lejars. — Je désire vous communiquer un cas négatif au sujet de la méthode des injections prothétiques de paraffine. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans qui avait subi ce traitement pour corriger une légère déformation du nez, et qui, trois mois plus tard, se présentait à M. Launois avec une tuméfaction notable du nez, des paupières supérieures et de la paupière inférieure du côté gauche, accidents manifestement dus à une infiltration par la paraffine. J'ai pratiqué une incision sur chacune des paupières supérieures, et j'ai pu ainsi extraire un certain nombre de petits blocs de paraffine; malheureusement la tuméfaction s'est reproduite et nous sommes convaincus qu'elle est causée par la migration de nouveaux fragments de paraffine. Il est certain que ce mauvais résultat doit être imputé non à la méthode, mais à la façon défectueuse dont on l'a appliquée.

M. Sébileau. — Pour éviter les accidents consécutifs aux injections de paraffine, il faut d'abord employer une bonne paraffine, et ensuite choisir soigneusement le lieu de l'injection. Indépendamment de la présence de la paraffine dans les tissus tuméfiés, chez la malade observée par M. Lejars, je me demande s'il n'y a pas lieu de faire intervenir la réaction inflammatoire provoquée par la paraffine et donnant lieu à un processus fibreux.

M. Tuffier. — J'ai observé un cas où des injections de paraffine dans le sein ont déterminé des accidents inflammatoires qui, sans le commémoratif, m'auraient fait penser à des gommes syphilitiques.

De la gastrostomie préalable dans le traitement des ulcérations pharyngées.

M. Schwartz. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Marion, relative à un cas de gastrostomie pratiquée dans le but de mettre au repos le voile du palais atteint de tuberculose ulcéreuse à marche envahissante. Grâce à cette opération, quelques cautérisations ont suffi pour obtenir la guérison complète de l'ulcération.

Malgré la constatation de bacilles de Koch au niveau de la lésion, je crois que le diagnostic est très discutable et je me demande s'il ne s'agissait pas simplement d'une manifestation syphilitique.

D'ailleurs, avant de recourir à la gastrostomie, on aurait dû, me semble-t-il, essayer l'emploi de la sonde œsophagienne à demeure, qui donne d'excellents résultats dans les cas de ce genre. C'est seulement après l'échec de cette tentative que j'aurais proposé la gastrostomie.

M. Sébileau. — La rapidité de la guérison de l'ulcération nous autorise à douter de la nature tuberculeuse de l'affection, et je suis convaincu pour ma part que la lésion était syphilitique.

Quant au traitement, la méthode de l'alimentation par la sonde œsophagienne à demeure me paraît aussi plus simple que la gastrostomie.

Cystorrhaphie pour cystocèle vaginale.

M. Gérard-Marchant. — Chez une femme que j'avais hystérectomisée pour un prolapsus utérin consécutif à l'ablation d'un épithélioma de la vulve et du vagin, j'ai dû intervenir de nouveau pour un prolapsus de la paroi vaginale antérieure, tellement accusé que la vessie était pour ainsi dire extériorisée. Afin de réduire ce prolapsus, il m'a fallu, après avoir pratiqué de chaque côté un avivement latéral sur la vessie d'une part, et sur la paroi vaginale d'autre part, suturer l'une à l'autre les surfaces avivées; cette cystorrhaphie latérale m'a donné un résultat immédiat excellent, mais il reste à savoir quel sera le résultat définitif au point de vue de la cure du prolapsus.

Dans un autre cas, j'ai eu à opérer une cystocèle chez une femme qui avait été également hystérectomisée et avait subi sans succès une périnéorrhaphie; j'ai fait chez cette malade une cystorrhaphie postérieure, en fixant la vessie, après avivement, à la paroi vaginale postérieure, et j'ai pratiqué ensuite la périnéorrhaphie.

M. Schwartz. — C'est en somme le cloisonnement antéro-postérieur de Le Fort que M. Gérard-Marchant a réalisé chez sa deuxième malade.

Quant aux résultats définitifs, je doute fort qu'ils soient satisfaisants et je crains bien que le prolapsus ne se reproduise dans les deux cas.

M. Reynier. — M. Gérard-Marchant n'a fait que réduire partiellement la cystocèle, mais il n'a pas supprimé le prolapsus et je n'ai guère confiance, moi non plus, dans la valeur du résultat éloigné.

Suture circulaire des artères radiale et cubitale.

M. Delanglade (de Marseille) envoie l'observation d'un homme de vingt et un ans qui, dans une chute, se coupa à la partie supérieure de l'avant-bras avec une faux; la plaie siégeait à un ou deux travers de doigt au-dessous du pli du coude; toutes les parties molles de la région antérieure étaient sectionnées jusqu'aux os. Le nerf cubital n'avait pas été atteint; par contre, le nerf médian et les branches sensitives du radial, du musculo-cutané, du brachial cutané interne, etc., avaient été coupés, ainsi que tous les vaisseaux et muscles de la région.

M. Delanglade commença par suturer la radiale et la cubitale, qui étaient sectionnées à un travers de doigt au-dessous de la bifurcation de l'humérale. Il fit une suture circulaire au moyen de six points à la soie fine, non perforants, pour chaque artère. Aussitôt la suture achevée, on supprima la bande qui comprimait la racine du membre; la plaie artérielle resta étanche et la circulation se rétablit immédiatement dans tout le membre, qui reprit sa teinte rosée normale, sans que toutefois les pulsations fussent perceptibles dans le bout inférieur des vaisseaux. On réunit ensuite les nerfs, les muscles, etc.

Les suites opératoires furent marquées par l'apparition d'une plaque de sphacèle cutané au niveau de la partie antérieure et supérieure de l'avant-bras; la guérison se fit néanmoins sans encombre. L'intervention date actuellement de près de sept mois; il n'y a ni œdème ni coloration anormale de la peau, mais on ne sent pas de battements à la radiale dans la gouttière du pouls. La sensibilité n'est pas revenue, et la motilité du membre est assez limitée.

M. Delanglade fait remarquer que, dans ce cas, le résultat de la suture a été bon au point de vue de l'étanchéité de la plaie vasculaire; en ce qui concerne la perméabilité de l'artère, il estime que, si elle n'est pas complète, ainsi qu'en témoigne l'absence de pouls radial, elle a du moins été partiellement rétablie, puisque, aussitôt après que la suture eût été effectuée, le membre reprit sa coloration normale.

Amputation interscapulo-thoracique pour sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Berger. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Brin (d'Angers). Il s'agit d'un cas d'amputation interscapulo-thoracique pour un sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. Notre confrère a suivi dans ses grandes lignes la technique réglée par M. Farabeuf et par moi. L'opération, pratiquée il y a deux mois, a été suivie de guérison rapide.

Cette observation confirme ce que j'ai dit au sujet de la bénignité de l'amputation interscapulo-thoracique dans le cas de tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus. Il n'en est pas de même pour les néoplasmes de l'omoplate, qui nécessitent des sacrifices musculaires beaucoup plus considérables, et laissent une plaie extrêmement vaste au niveau de laquelle la plus minime infection peut donner lieu à des accidents septiques d'une gravité extrême; c'est ainsi qu'un de mes opérés a succombé consécutivement à une amputation interscapulo-thoracique pratiquée pour un néoplasme de l'omoplate.

M. Rochard. — Je vous ai montré, il y a quelques années, un malade chez lequel j'avais fait une amputation interscapulo-thoracique pour un ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. J'ai eu des nouvelles de mon opéré deux ans après mon intervention; il n'avait pas de récidive à cette époque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril 1903.

Cirrhose, alcoolisme et tuberculose.

M. Triboulet communique les observations de 5 malades qui étaient affectés de cirrhose avec gros foie et ascite : 3 étaient à la fois alcooliques et tuberculeux, un était seulement tuberculeux et le cinquième était un buveur de vin.

S'appuyant sur ces faits et sur une statistique de M. Kelynack qui, sur 121 sujets atteints de cirrhose dite alcoolique, a constaté que les deux tiers étaient tuberculeux, l'orateur estime que, si la tuberculose n'est pas capable à elle seule de réaliser la cirrhose, cette affection intervient cependant dans un très grand nombre de cas comme un intermédiaire nécessaire : l'alcool se bornerait à préparer le développement de la cirrhose, mais celle-ci ne se réaliserait, au moins chez certains malades, qu'à la faveur d'une tuberculose qui se localiserait surtout sur les séreuses. La fréquence des cirrhoses dans les centres urbains, leur rareté relative dans les campagnes où le bacille tuberculeux fait défaut, semblent confirmer cette manière de voir.

M. Siredey dit que, s'il est exact de considérer la tuberculose comme un des principaux facteurs étiologiques de la cirrhose, il faut également accorder un rôle important à l'arthritisme. Presque tous les cirrhotiques qui ne sont pas tuberculeux sont, d'après l'orateur, des arthritiques. Il en est ainsi, notamment, des Bourguignons qui deviennent fréquemment cirrhotiques et qui sont en même temps des arthritiques. Si le principal rôle revient à l'alcool dans le développement de la cirrhose, il faut donc admettre que l'action de ce poison est favorisée tantôt par une tuberculose préexistante et tantôt par l'arthritisme.

M. Merklen reconnaît que les cirrhoses à gros foie coexistent assez souvent avec des épanchements simultanés du péritoine et des plèvres, qu'il est difficile de ne pas mettre sur le compte d'une infection générale, particulièrement de la tuberculose; cette année même l'orateur a pu observer 3 cas d'une telle association. Mais il fait remarquer que la cirrhose hépatomégalique se transforme rarement en cirrhose atrophique de Laënnec. Malgré leurs analogies, il semble que ces deux types cliniques n'aient pas la même évolution, peut-être pas la même étiologie. En tout cas, on ne peut guère nier le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la cirrhose atrophique de Laënnec.

M. Siredey relate l'observation d'un cirrhotique chez lequel le foie, d'abord très hypertrophié, a diminué notablement de volume sans que les autres accidents aient rétrocédé; il estime donc qu'une cirrhose hypertrophique peut se transformer à la longue en cirrhose atrophique.

La ponction lombaire contre les affections auriculaires.

M. Babinski fait une communication dans laquelle il déclare avoir retiré de très bons effets de la ponction lombaire dans 8 cas de lésions labyrinthiques avec vertige de Ménière, ou de lésions mixtes, telles que suppuration de l'oreille moyenne avec troubles labyrinthiques, etc., etc. Chez ces malades, ce sont les bruits subjectifs (bourdonnements, sifflements) qui ont été surtout améliorés par la ponction rachidienne; quelques-uns avaient des troubles mentaux paraissant consécutifs à la lésion auriculaire, et qui ont complètement disparu à la suite de cette petite opération. Ces résultats heureux semblent sinon définitifs, du moins persistants : c'est ainsi que chez un de ces patients, ils duraient encore au bout de trois mois et demi.

Il va sans dire que l'on ne saurait attendre de bons effets de la ponction lombaire que si le labyrinthe n'est pas détruit. Toutefois, étant donné qu'il est généralement impossible d'apprécier exactement l'état du labyrinthe, et que, d'autre part, la paracentèse du canal rachidien ne présente aucun inconvénient sérieux, l'orateur est d'avis qu'il est indiqué de tenter la ponction dans toutes les affections auriculaires chroniques.

Hydarthrose chronique des petites jointures.

M. Galliard montre une femme de quarante et un ans qui est atteinte d'hydarthrose chronique des petites jointures des doigts, avec intégrité de celles des orteils, affection dont l'orateur a déjà eu l'occasion de présenter 2 cas (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 247 et 1900, p. 92). Les articulations où prédomine l'affection sont les articulations médiophalangiennes et métacarpo-phalangiennes. Il s'agit là, d'après M. Galliard, d'une forme de rhumatisme chronique pouvant exister seule ou coïncider avec d'autres manifestations rhumatismales au niveau des grandes jointures; ce qui la caractérise, c'est la localisation exclusive du processus rhumatismal sur les synoviales articulaires, sans participation des os ni des tendons qui concourent à la formation des jointures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 avril 1903.

Sur les mouvements d'inclination et de rotation de la tête dans le vertige voltaïque.

M. Babinski. — Dans mes études sur le vertige voltaïque, je me suis principalement occupé jusqu'à présent du mouvement d'inclination de la tête et du tronc, qui résulte de l'excitation électrique de l'oreille (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 37, et 1903, p. 88). Je reviens aujourd'hui sur ce sujet, car j'ai observé quelques faits nouveaux qui me paraissent dignes d'être mentionnés.

Je dois d'abord faire remarquer que chez l'homme la région qui me semble le plus excitable est celle qui se trouve au-devant du tragus, à sa partie supérieure; c'est là « le point d'élection ». En appliquant les deux électrodes, une de chaque côté, sur ce point, on obtient généralement à l'état normal une inclination de la tête avec un courant de très faible intensité. En outre on constate parfois un mouvement de rotation, que j'avais négligé jusqu'à présent, n'en ayant pas la clef, et sur lequel je désire appeler maintenant l'attention, car je crois en avoir déterminé les conditions.

Pour le faire apparaître, il suffit d'abaisser verticalement l'électrode négative (l'électrode positive restant au point d'élection), et de la placer à la partie inférieure du tragus, au-devant du lobule de l'oreille. On voit alors la tête exécuter une rotation du côté opposé au pôle négatif, qui commence au moment de la fermeture du courant, mais qui, contrairement à ce qui a lieu quand on excite un muscle avec le courant électrique, continue après la fermeture et s'opère lentement, en donnant à l'observateur l'impression d'un mouvement volontaire.

Le pôle négatif semble jouer dans le mouvement de rotation le rôle essentiel, car, à l'état normal, si la situation des pôles est inversée, le négatif se trouvant d'un côté au point d'élection et le positif de l'autre côté au-devant du lobule, il ne se produit pas de rotation et la tête exécute un mouvement d'inclination.

Pourtant, le rôle du pôle positif ne semble pas passif et il n'est pas indifférent de le placer en tel ou tel point pour obtenir la rotation; si, par exemple, les deux pôles sont appliqués un de chaque côté au-devant du lobule, la rotation est faible ou nulle et c'est l'inclination qui domine.

Action néphrotoxique des injections de sérum normal.

MM. Linossier et **Lemoine.** — L'injection intrapéritonéale au lapin d'un quart de centimètre cube de sérum de génisse suffit à provoquer, chez cet animal, des lésions rénales profondes et une albuminurie persistante. Le sérum de cheval, le sérum humain ont la même action. Le chauffage à 55° atténue ou supprime cette néphrotoxicité du sérum.

Il faut tenir compte de ces faits dans l'étude des sérums néphrotoxiques, préparés par injection intrapéritonéale de pulpe de rein. Les effets de ces sérums peuvent, en effet, être dus, au moins en partie, à la néphrotoxicité propre du sérum de l'animal utilisé pour l'expérience.

Il importe aussi d'en tenir compte dans la pratique de la sérothérapie, car les doses de sérum injectées quotidiennement sont, toutes proportions gardées, égales ou supérieures à celles qui ont provoqué des lésions rénales graves chez nos animaux. On pourrait supprimer la néphrotoxicité du sérum par un chauffage préalable à 55°, dans le cas du moins où cette température n'en détruirait pas l'activité.

Action de l'iodure de potassium et de l'iode sur le poumon.

MM. Labbé et **Lortat-Jacob.** — Il résulte de nos expériences sur des cobayes, des lapins et des chiens, que l'iodure de potassium détermine une congestion intense des poumons avec apparition, dans leur parenchyme, d'une très grande quantité de leucocytes éosinophiles.

Cette congestion pulmonaire est beaucoup moins marquée dans les intoxications par l'iode et, de plus, l'éosinophilie fait toujours défaut. Il semble donc indiqué, dans les cas où l'on voudra soumettre un tuberculeux à la médication iodée, de remplacer l'iodure de potassium par l'iode, moins congestionnant.

On peut en outre se demander, en rapprochant l'éosinophilie déterminée par l'iodure de l'éosinophilie spontanée qui apparaît dans les crachats des asthmatiques, si ce n'est pas en favorisant la production de cette éosinophilie défensive que l'iodure de potassium agit chez ces malades.

Modifications sanguines dans la diphtérie.

MM. Paris et **Salomon.** — En étudiant les modifications du sang au cours de la diphtérie, nous avons constaté que la leucocytose constante du début n'a aucune valeur pronostique; mais sa persistance à une période tardive nous a toujours paru être en rapport avec une complication (bronchopneumonie, adénopathie, etc.). Une leucocytose avec mononucléose très accentuée devra à ce stade faire suspecter la tuberculose.

Le nombre des globules rouges ne varie pas au cours de la diphtérie; mais on observe dès le début une notable diminution de la valeur globulaire, diminution qui persiste durant la convalescence. La résistance globulaire minima, augmentée au début de la maladie, reste élevée au cours de la convalescence; la résistance maxima, légèrement abaissée tout d'abord, tend à se relever pendant la convalescence.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 25 avril 1903.

Traitement chirurgical du décollement de la rétine.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Leopold Müller** a exposé un nouveau procédé de traitement du décollement de la rétine, qu'il a déjà employé avec succès chez 7 malades. Un de ces cas concerne un jeune homme qui était atteint d'une myopie de 9 dioptries à droite et de 4 dioptries à gauche, et chez lequel survint brusquement un décollement de la rétine du côté droit, qu'on traita sans résultat par les moyens habituels pendant une année. C'est alors que l'orateur eut recours à l'opération suivante: après résection du bord temporal de l'orbite selon le procédé de Krönlein, le globe oculaire fut mis à nu et le muscle droit externe de l'œil fut sectionné. Ensuite on réséqua un lambeau ovalaire de la sclérotique, large de 1 centimètre et long de 2 centimètres, en ayant soin de ne pas toucher à la choroïde. Après écoulement du liquide accumulé au-dessous de la rétine, l'incision de la sclérotique fut suturée de telle façon que le volume du globe oculaire correspondît à celui du corps vitré. Actuellement, la rétine est appliquée exactement sur le fond de l'œil et le malade peut compter les doigts à une distance de 3 centimètres; il existe toutefois un petit scotome central pour les couleurs, dû à la lésion de la rétine au niveau de la tache jaune; cette lésion est elle-même la conséquence de la longue durée du décollement rétinien. L'œil opéré présente une hypermétropie de 3 dioptries au lieu d'une myopie de 9 dioptries, soit une différence de 12 dioptries. Ce fait prouve qu'on pourrait également appliquer cette opération aux cas de myopie très prononcée.

Le sang dans l'hémoglobinurie paroxystique.

M. R. Kretz a communiqué le résultat de ses recherches sur le sang de plusieurs malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique. Il a constaté que, dans l'intervalle des accès, la dissolution des érythrocytes par le sérum s'effectuait comme chez les individus sains. Mais les hématies de ces malades sont plus facilement détruites par le sérum frais de sang humain que celles de l'homme normal. Cette dissolution est encore plus rapide dans le sérum provenant du membre refroidi d'un homme sain. Il est donc probable que le sang des individus atteints d'hémoglobinurie se distingue par sa teneur en ambocepteurs hémolytiques, et que l'accès lui-même est provoqué par l'apparition dans le sang, sous l'influence du froid, d'une plus grande quantité de substances complémentaires. La dissolution d'un nombre considérable de globules rouges donne alors lieu à de l'hémoglobinémie, et consécutivement à de l'hémoglobinurie.

M. J. Donath dit avoir fait des expériences analogues avec le sang de 5 malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique et être arrivé à des conclusions identiques à celles de M. Kretz; si on anémie ou si on refroidit un des membres d'un hémoglobinurique, on constate que les globules rouges du sang contenu dans ce membre sont complètement dissous; il y a donc formation d'une substance hémolytique dans la partie du corps que l'on anémie ou que l'on refroidit.

Dr SCHNIRER.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Denver, le 5 avril 1903.

L'anesthésie chirurgicale par l'injection intratronculaire de cocaïne.

L'anesthésie locale par la cocaïne, bien connue en Amérique, y est cependant assez peu employée. Du moins ai-je fort rarement eu l'occasion de voir pratiquer l'injection intradermique ou sous-cutanée, et, d'après ce que j'en ai entendu dire, je suis enclin à penser que cette méthode ne jouit pas d'une grande faveur aux Etats-Unis. Quant à la rachicocaïnisation, je ne l'ai encore vu exécuter nulle part; j'ajouterai même que j'ai pu constater auprès des chirurgiens américains une résistance déterminée contre l'introduction de ce mode d'anesthésie dans la pratique générale. Je dois dire toutefois que, d'après ce que l'on m'a rapporté, la rachicocaïnisation serait utilisée couramment à San Francisco par M. le professeur Huntington. N'ayant pas encore poussé mon voyage jusqu'en Californie, je n'ai pas été à même de vérifier le fait.

Il est un autre mode d'anesthésie par la cocaïne sur lequel je veux insister aujourd'hui, et dont l'usage, encore peu connu, tend cependant à se répandre quelque peu par ici. Il s'agit des injections intra-tronculaires, que j'ai vu pratiquer notamment à Cleveland par M. le docteur G. W. Crile, et qui consiste à injecter dans l'épaisseur des troncs nerveux une solution faible et stérilisée de cocaïne. Celle-ci « bloque » l'influx nerveux et l'empêche désormais de se propager au delà du point où la cocaïne a été injectée. Il en résulte une véritable *section physiologique* du nerf, phénomène expérimental dont M. Crile fait en clinique une application fréquente. Alors, en effet, que l'anesthésie générale ne supprime que la douleur et la motricité volontaire, l'injection intra-tronculaire de cocaïne annihile également la réflectivité nerveuse. Il suffit, pour obtenir ce résultat, de « bloquer » le nerf à la cocaïne et l'on peut ensuite manipuler son segment périphérique sans qu'en aucune façon cette intervention retentisse sur la totalité de la sphère nerveuse. Il est ainsi possible de prévenir, au cours d'une opération intéressant des troncs nerveux importants, les réflexes respiratoires et cardio-vasculaires dont l'ensemble est communément désigné sous le nom de shock chirurgical.

L'injection est pratiquée à l'aide d'une seringue de Pravaz chargée d'une solution au centième de cocaïne. Si l'on veut obtenir un effet

immédiat sur un gros tronc, il faut faire plusieurs piqûres voisines l'une de l'autre dans l'épaisseur du nerf. En général, une pareille précaution n'est pas nécessaire, la cocaïne diffusant très rapidement dans la substance nerveuse. Le plus souvent même, il suffit de faire pénétrer la cocaïne sous la gaine conjonctive du tronc. Le temps nécessaire, dans ces conditions, à l'interruption complète de la transmission nerveuse n'est pas sensiblement allongé, et d'autre part on a ainsi la certitude de ne pas détruire de cylindraxe. Il est juste d'ajouter, d'ailleurs, que le plus ordinairement cette intégrité de la fibre nerveuse importe peu, la cocaïnisation intra-tronculaire n'étant qu'un temps préliminaire de la section du tronc nerveux. Quand celle-ci n'a pas lieu, le nerf reste « bloqué » pour un temps variable, puis la fonction se rétablit et l'influx nerveux circule à nouveau librement, sans qu'à aucun moment il y ait dégénérescence ou inflammation du nerf.

Pour M. Crile, la cocaïnisation intra-tronculaire aurait comme avantage principal d'atténuer la gravité du shock opératoire. Ce chirurgien, notamment dans les interventions sur les membres, emploie la méthode en question depuis plusieurs années déjà (1), et il y a recours presque systématiquement en l'associant à une anesthésie générale légère. Quand, pour une raison quelconque, l'anesthésie générale est contre-indiquée, il n'hésite pas à opérer avec l'aide seule de la cocaïnisation intra-tronculaire.

M. Crile possède actuellement un certain nombre d'observations d'amputations de la jambe pratiquées sans anesthésie générale, simplement après avoir bloqué à la cocaïne les trois principaux troncs nerveux qui innervent le membre inférieur : le fémoro-cutané externe, que sa situation superficielle rend aisément accessible; le crural, que l'on trouve près de l'artère fémorale, et le sciatique, que l'on pique au niveau du pli fessier. La cocaïnisation intra-tronculaire de ces trois nerfs constitue une véritable amputation physiologique, après laquelle il est facile d'effectuer l'ablation du membre sans que le malade s'en aperçoive, si ce n'est toutefois au bruit que la scie fait sur l'os.

Quand l'opération doit porter sur la région innervée par le cubital, on peut aisément bloquer ce nerf à son passage dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne. Pour ce faire, il suffit de deux injections, la première sous-cutanée qui prépare la voie, et la seconde, profonde, poussée dans l'intimité même du tronc nerveux. Au bout d'une dizaine de minutes, on peut constater l'existence, dans le domaine du cubital, d'une anesthésie complète permettant d'exécuter une opération quelconque (amputation, résection) sans éveiller la moindre douleur. La sensibilité reste généralement abolie pendant environ une demi-heure. Quelquefois, M. Crile a vu le retour de la sensibilité s'accompagner d'une sensation plus ou moins prononcée de brûlure dans la zone innervée par le cubital, sensation disparaissant d'ailleurs au bout de quelques jours sans laisser de trace.

On connaît la léthalité assez élevée de la désarticulation de l'épaule. Partant de l'idée que le danger inhérent à cette opération est dû essentiellement au shock résultant de la gravité d'une intervention pratiquée sur des sujets ordinairement débilités, M. Crile a adopté un manuel opératoire qui l'affranchit de l'anesthésie générale, diminue le shock chirurgical et supprime en partie l'hémorrhagie. Ces indications sont remplies, d'un côté, par la cocaïnisation des troncs nerveux, de l'autre par l'occlusion temporaire des artères, suivant le procédé de M. Crile, que ce journal a fait naguère connaître (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 339) (2).

Voici comment notre confrère procède : sous l'anesthésie locale, une incision est faite, correspondant au tiers inférieur du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien et descendant inférieurement jusqu'au niveau de la clavicule. On procède ensuite à la dissection des plans; si l'on a soin d'empêcher le sang d'obscurcir le champ opératoire, on voit les filets nerveux transparaître à travers le tissu conjonctif et on peut les cocaïniser au fur et à mesure qu'ils se présentent; ils deviennent d'ailleurs d'autant moins nombreux que l'on s'avance plus profondément. En repoussant le muscle omo-hyoïdien vers le bas, le trapèze en arrière, le scalène antérieur en avant, on met à découvert le plexus brachial et, en dedans et au dessous de ce plexus, la crosse de l'artère sous-clavière. On commence par injecter l'enveloppe conjonctive qui entoure la totalité du plexus (une solution de cocaïne à 0.5 % suffit pour cela), puis, progressivement, on pénètre plus profondément et on finit par une injection interstitielle dans la substance même des troncs constitutifs du plexus.

La sensibilité et la motilité sont alors totalement abolies dans le territoire auquel se distribuent les branches terminales du plexus brachial. L'artère sous-clavière étant ensuite pincée avec le clamp de M. Crile, on peut terminer l'opération sans provoquer de douleur et sans perdre une quantité appréciable de sang. M. Crile a eu recours à ce procédé opératoire chez des vieillards, des phtisiques, etc., et il en aurait obtenu des résultats toujours satisfaisants.

Dans l'amputation interscapulo-thoracique, le même chirurgien combine la cocaïnisation intra-tronculaire du plexus brachial avec l'anesthésie générale. Dans ce cas particulier, la cocaïnisation des nerfs n'a d'autre but que d'atténuer la gravité du shock opératoire.

Ayant eu l'occasion de voir à Cleveland M. Crile se servir de la méthode dont il s'agit, M. le docteur Harvey Cushing (de Baltimore) a eu l'idée de l'appliquer à la cure radicale de la hernie inguinale. Il suffit, en effet, de pousser une injection dans les quelques nerfs qui se distribuent à la région inguinale pour insensibiliser toute cette région et rendre ainsi l'opération absolument indolore. Je n'insisterai pas actuellement sur le manuel opératoire précis de cette intervention, la question devant trouver sa place naturelle dans une prochaine correspondance sur le traitement de la hernie aux Etats-Unis.

L'injection intra-tronculaire de cocaïne peut également rendre des services en inhibant certains réflexes, comme ceux qui suivent la voie du pneumogastrique, ainsi que M. Crile voulut bien m'en faire la démonstration lors d'une opération à laquelle j'assistai. Il s'agissait d'un épithélioma branchiogène s'étendant à toute la région latérale droite du cou, chez un homme âgé d'une soixantaine d'années. La tumeur avait envahi la carotide et le pneumogastrique et il était impossible de libérer ces organes. Dans ces conditions, M. Crile, ayant bloqué le pneumogastrique à l'extrémité inférieure de la tumeur, put le sectionner à ce niveau sans déterminer aucune modification du côté de la respiration ou du cœur. Une pince hémostatique placée sur une branche artérielle dans l'angle supérieur de la plaie ayant pincé par mégarde le bout supérieur du pneumogastrique, l'arrêt subit de la respiration en fut la conséquence immédiate. Il suffit, d'ailleurs, de retirer la pince malencontreuse et de faire une injection interstitielle dans le nerf pour voir la respiration se rétablir spontanément.

Employée d'après le procédé que nous venons de dire, l'injection de cocaïne n'a pas une action purement locale, puisque cette action porte sur toute la zone de distribution du nerf bloqué. *Intra-tronculaire* de par sa nature, elle est donc *régionale* de par ses effets, et mérite, comme telle, une place à part. Il convient d'ailleurs de distinguer le mode d'application de la cocaïne et l'effet de cette application : si l'application locale de cocaïne n'a généralement pour but que d'obtenir l'anesthésie, elle permet cependant, dans certains cas, de supprimer en même temps la réflectivité. C'est ainsi que, par un simple badigeonnage de la muqueuse sus-glottique du larynx, on peut prévenir une syncope mortelle par arrêt du cœur et de la respiration, telle qu'on la voit survenir, par réflexe, dans les opérations sur le larynx (comme la laryngectomie, ou même simplement lors de l'introduction de la canule de Trendelenburg). Aussi M. Crile s'est-il fait une règle de commencer toute intervention intralaryngée, si minime soit-elle, par un attouchement de la muqueuse du larynx avec une solution de cocaïne au centième.

Dr Francis Munch (de Paris).

(1) En France, la cocaïnisation des gros troncs nerveux comme méthode d'anesthésie chirurgicale a été employée, il y a deux ans et demi, par M. le professeur Jaboulay (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 398). — F. M.

(2) A propos de ce que j'écrivais il y a quelques mois au sujet de la ligature temporaire des carotides (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 16), je puis ajouter ceci : dans l'opération où je vis M. Crile pratiquer cette manœuvre — opération à laquelle je fais allusion au cours de cette lettre —, il y eut, à partir du moment de la ligature de la carotide, une hémorrhagie veineuse assez abondante. La possibilité d'une attaque d'épilepsie à la suite de la ligature simultanée des deux carotides est également admise par M. Crile, ainsi qu'il résulte d'une conversation que j'ai eue avec ce chirurgien. — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la syndactylie par la section progressive de la membrane unissante.

Les résultats pleinement heureux sont si rares après les opérations de syndactylie, et toutes les méthodes réservent si souvent des mécomptes, lorsque la membrane unissante est étroite, que la technique imaginée par M. le docteur A. M. Pétroff, chirurgien en chef de l'hôpital Alexandre, à Sophia, vaut d'être connue : il l'a employée chez 3 enfants, respectivement âgés de huit ans, de deux ans et demi et de quatorze ans, et il en a obtenu d'excellents effets, à en juger par les photographies qu'il donne de deux mains opérées.

C'est un procédé de section lente, de dédoublement progressif, qui exige du temps et des pansements répétés et minutieux. Après une désinfection soigneuse, notre confrère passe à travers la membrane unissante, avec une aiguille de Hagedorn, une série de 10 à 12 fils de soie forte; chacun d'eux est rabattu autour de l'un des doigts conjoints et noué lâchement; il en résulte dix à douze bagues flottantes de soie, et, dans la membrane, autant d'orifices qu'on réunira plus tard. On refait le pansement tous les trois jours, et, chaque fois, on mobilise les bagues. Au bout de quinze à vingt jours, les orifices sont suffisamment épidermisés, et l'on sectionne, aux ciseaux, d'avant en arrière, le premier pont : on interpose de la gaze entre les surfaces cruentées et l'on applique un nouveau pansement. Tous les quatre ou cinq jours, on poursuit, de la sorte, d'un fil à l'autre, la section des ponts intermédiaires, pendant que la cicatrisation progresse sur les faces disjointes des doigts, et finalement on arrive à la commissure.

Le traitement a duré cinq mois chez le premier opéré, trois semaines seulement chez le second, deux mois chez le troisième; dans le premier cas, l'épidermisation commissurale a dû être complétée par une greffe de Thiersch.

Le bleu de méthylène contre la cholécystite et l'angiocholite infectieuses.

D'après l'expérience de M. le docteur N. E. Reichmann (de Varsovie), l'usage interne du bleu de méthylène rendrait d'excellents services dans le traitement de la cholécystite et de l'angiocholite infectieuses. Notre confrère prescrit habituellement ce médicament à la dose de 0 gr. 03, 0 gr. 05 ou 0 gr. 10 centigr., répétée trois fois par jour. Afin d'éviter l'irritation de la vessie, il ajoute à chaque prise 0 gr. 10 centigrammes de poudre de muscade.

Comme le bleu de méthylène provoque parfois des nausées et des vomissements, M. Reichmann préfère — dans les cas où l'inflammation des voies biliaires s'accompagne de troubles gastriques — s'abstenir de la médication dont il s'agit, tant que les manifestations stomacales n'ont pas cédé à un traitement approprié.

Notre confrère n'a eu recours au bleu de méthylène qu'après avoir vainement essayé les moyens thérapeutiques usuels, et il a été à même de se convaincre que les effets favorables de ce médicament se font sentir au bout de quelques jours. Sous son influence, on verrait les périodes d'apyrexie devenir de plus en plus prolongées, en même temps que les accès fébriles iraient en diminuant toujours d'intensité et que l'état général du patient subirait une amélioration considérable. En général, une cure de quatre à sept jours suffirait pour faire complètement disparaître la fièvre.

Il va sans dire que les cas où le processus morbide a déjà abouti à la suppuration (abcès hépatique, empyème de la vésicule biliaire) ne sont pas justiciables du traitement en question et nécessitent une intervention chirurgicale.

REVUE CRITIQUE

De la leucocytose dans l'appendicite.

De nombreux travaux ont été publiés à l'étranger, depuis deux ans, sur la valeur clinique de la leucocytose dans l'appendicite, et cependant, si l'on en juge d'après la discussion toute récente de la Société de chirurgie de Paris, il semble que, suivant la remarque de M. Legueu (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 65), l'examen du sang soit à peu près complètement négligé en France, alors que, dans un grand nombre de services hospitaliers d'Allemagne, d'Autriche et d'Amérique, il est pratiqué d'une façon systématique pour tous les cas d'appendicite. Pourtant, au cours de cette discussion, la plupart des orateurs, tout en s'accordant à admettre la nécessité d'une intervention immédiate chaque fois qu'il existe une collection suppurée, ont insisté sur les difficultés que présente souvent le diagnostic de la suppuration.

Or, il résulte précisément des travaux récemment publiés sur cette question, que la simple numération des globules du sang fournit des indications très importantes au point de vue du diagnostic de la maladie et de l'appréciation exacte de son évolution, surtout au sujet de l'existence des abcès, l'augmentation des leucocytes du sang se manifestant principalement, ainsi que M. le professeur Hayem l'a montré depuis longtemps, au cours des suppurations circonscrites consécutives aux processus inflammatoires aigus.

Nous laisserons intentionnellement de côté tous les travaux récents dans lesquels plusieurs auteurs, et notamment M. Dunham (1), M. Küttner (2), M. Locke (3), ont préconisé la recherche de la réaction iodée d'Ehrlich sur les globules blancs du sang, pour le diagnostic des divers modes d'évolution de l'appendicite. Les examens trop peu nombreux que nous avons pu faire à ce propos ne nous autorisent pas à formuler une opinion sur la valeur de ce signe, observé d'ailleurs dans diverses maladies infectieuses (4), sans qu'on ait encore pu nettement établir les limites séparant l'état normal des états pathologiques.

De l'avis de tous ceux qui ont eu recours à la numération des globules blancs au cours de l'appendicite, la courbe leucocytaire est certainement d'une valeur bien supérieure à celle de la courbe thermique et du pouls, et, en tout cas, elle doit être considérée comme formant avec ceux-ci une triade symptomatique dont il est indispensable de tenir compte chaque fois que l'on se trouve en présence d'une appendicite.

Ce n'est pas que l'on puisse espérer mettre d'accord, grâce aux résultats de l'examen du sang, les interventionnistes radicaux et les partisans de l'abstention systématique. Les premiers, en effet, peuvent dédaigner par principe ce moyen d'investigation, au point de vue des indications opératoires, puisqu'ils interviennent toujours, dès que le diagnostic d'appendicite leur paraît certain; cependant, pourquoi n'en tiendraient-ils pas compte, au moins en ce qui concerne le diagnostic des cas douteux, pour lesquels l'examen du sang peut fournir des renseignements plus importants que le pouls et la température? Mais c'est surtout aux abstentionnistes que l'on peut reprocher de négliger la recherche de la leucocytose, qui à elle seule peut donner une indication opératoire formelle, alors que tous les autres symptômes sont peu accusés, ainsi que nous avons pu nous en convaincre dans plusieurs observations personnelles, et comme l'ont proclamé ceux qui ont systématiquement recours à la numération des globules blancs du sang chez les malades atteints d'appendicite. Tous ont pu, en effet, recueillir des cas nombreux où les données cliniques fournies par l'examen du sang ont eu une importance bien supérieure à celle des autres symptômes, et ont suffi à faire prendre une détermination opératoire à laquelle les malades ont dû leur guérison.

I

Avant d'examiner la valeur de la leucocytose dans l'appendicite, d'après les travaux les plus récents, il nous paraît utile d'indiquer brièvement la technique très simple à laquelle nous avons recours et qui doit permettre à tout praticien, tant soit peu familiarisé avec l'usage du microscope, de faire en quelques minutes la numération des globules blancs du sang.

Nous employons l'hématimètre de Hayem, dont la platine mobile permet de déplacer régulièrement la goutte de liquide examinée et de compter ainsi méthodiquement les leucocytes qu'elle renferme.

Le sang est recueilli avec les précautions habituelles, en piquant avec une lancette, flambée à la flamme d'une lampe à alcool, l'extrémité d'un doigt préalablement bien nettoyée, soit sur sa face palmaire, soit plutôt sur sa face dorsale, afin d'éviter au malade toute sensibilité consécutive dans la préhension des objets. Pour multiplier le nombre des globules blancs contenus dans le champ du microscope, nous employons de préférence une pipette spéciale qui permet d'aspirer 20 millimètres cubes de sang et dans laquelle on évite la coagulation qui se produit facilement avec la petite pipette ordinaire de 2 millimètres cubes. Après avoir minutieusement essuyé le sang en excès qui sort de l'extrémité de la pipette, on vide complètement celle-ci dans l'éprouvette où l'on a versé 500 millimètres cubes d'une solution d'acide acétique à 5 ‰, qui détruit les globules rouges et rend très apparent le noyau des leucocytes. On a soin d'agiter suffisamment le mélange pour assurer une bonne répartition des globules blancs. La pipette servant à mesurer la solution a généralement 6 millimètres cubes de mouillage; par conséquent elle ne verse en réalité que 494 millimètres cubes de solution, auxquels s'ajoutent 20 millimètres cubes de sang.

Les calculs qui permettent d'évaluer le nombre des leucocytes contenus dans un millimètre cube de sang reposent sur la solution des questions suivantes :

Combien y a-t-il de sang dans un millimètre cube du mélange que nous venons d'indiquer? Ce mélange comporte $494 + 20 = 514$ millimètres cubes; ces 514 millimètres cubes renferment 20 millimètres cubes de sang; donc 1 millimètre cube du mélange en contient $20 : 514$.

Combien y a-t-il de sang par carré du quadrillé de l'hématimètre? Chaque carré correspond à un cube de 0 millim. 2 de côté, c'est-à-dire à un volume de 0.008 millimètre cube du mélange à examiner. Or nous savons que 1 millimètre cube de ce mélange comporte $20 : 514$ millimètres cubes de sang. Donc, dans 0.008 millimètre cube il y a $(20 \times 0.008) : 514$, soit $1 : 3{,}212$ ou approximativement $1 : 3{,}200$ de millimètre cube. Les leucocytes que l'on trouve dans un carré de l'hématimètre appartiennent donc à $1 : 3{,}200$ de millimètre cube de sang.

Si, par exemple, un carré examiné présente 5 leucocytes, on peut donc dire que $1 : 3{,}200$ de millimètre cube de sang contient 5 leucocytes et que, par conséquent, 1 millimètre cube en contient 3,200 fois plus, soit $5 \times 3{,}200$.

Mais lorsqu'on examine successivement plusieurs carrés dans une même préparation, on n'y trouve pas un nombre de leucocytes toujours identique. Il faut donc compter les globules blancs dans une certaine quantité de carrés et prendre la moyenne des chiffres obtenus. Si, par exemple, en déplaçant la préparation de façon à examiner la goutte de liquide d'un bord à l'autre, soit transversalement, soit d'avant en arrière, on a trouvé 285 leucocytes dans un total de 52 carrés, on en conclut que chaque carré renferme en moyenne $285 : 52$ leucocytes, et que le nombre de ces éléments, pour 1 millimètre cube, est dès lors égal à $(285 : 52) \times 3{,}200$.

M. Hallion, qui a bien voulu nous initier à cette technique, a recours à un artifice très simple, au moyen duquel on abrège le calcul, et qui consiste à compter les globules blancs dans 32 carrés. Supposons que l'on rencontre, pour ces 32 carrés, un total de 314 leucocytes; on pourra en conclure immédiatement que chaque millimètre cube de sang en contient $(314 : 32) \times 3{,}200$ ou, en simplifiant, $314 \times 100 = 31{,}400$.

En résumé, en opérant comme nous venons de le dire, on fera la somme des leucocytes contenus dans 32 carrés du quadrillé de l'hématimètre, et il suffira de multiplier par 100 le chiffre obtenu, pour avoir immédiatement et sans aucun calcul le nombre correspondant au contenu d'un millimètre cube de sang pur. En procédant de cette façon, un examen du sang au point de vue de la leucocytose demande à peine quelques minutes.

Si l'on veut obtenir des résultats très rigoureux, il est nécessaire de recommencer plusieurs fois cette numération et de prendre la moyenne entre plusieurs séries d'évaluation portant chacune sur 32 carrés. Il convient tout au moins de faire deux numérations, et, si, pour les deux séries de 32 carrés, on obtient deux chiffres sensiblement égaux, on peut s'en tenir là. Lorsque, au contraire, on constate un certain écart, il faut recommencer plusieurs fois, car, plus on fait de numérations, et plus la moyenne devient fixe et se rapproche du chiffre rigoureusement exact.

Si l'on n'a pas une habitude suffisante de l'examen microscopique du sang, on peut, au lieu d'employer la solution d'acide acétique destinée à détruire les globules rouges, avoir recours à un des procédés de coloration qui servent à mettre en évidence les leucocytes; celui de MM. Regaud et Barjon, notamment, permet de colorer les leucocytes au violet de gentiane (1), mais ces méthodes sont en général beaucoup moins rapides que celle dont il vient d'être question, car il faut toujours un certain temps pour que la solution colorante agisse sur les globules blancs.

M. J. B. Deaver (2) a insisté avec raison sur la nécessité d'une technique rigoureuse, dont dépend la valeur de la numération. Il est certain, en effet, qu'une faute de technique suffit à dénaturer complètement le résultat; il ne faut, d'ailleurs, qu'un très court apprentissage pour s'habituer à faire cet examen avec toute la rigueur nécessaire. Mais encore cet apprentissage est-il absolument indispensable. Il convient pour cela de s'adresser à un sujet sain ou malade, et d'examiner son sang à plusieurs reprises dans une même séance, en faisant chaque fois une piqûre nouvelle; on doit aboutir, après calcul, à des chiffres sensiblement identiques. C'est là une épreuve à laquelle il importe de s'astreindre

(1) Th. Dunham. The leucocyte count in surgery. (*Ann of Surgery*, juin 1900.) — Iodophilia. (*Boston Med. Journ.*, 13 juin 1901.)

(2) Küttner. Diagnostische Blutuntersuchung bei chirurgischer Eiterung. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 28 juin 1902, Beilage, p. 29, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 132.)

(3) Locke. Clinical value of the iodine reaction in the leucocytes of the blood. (*Boston Med. Journ.*, 11 sept. 1902.)

(4) L. Hofbauer. Ueber das Vorkommen jodophiler Leukocyten bei Blutkrankheiten. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 10 fév. 1900.)
P. Galli. Il valore clinico della reazione iodofila nel sangue. (*Policlinico*, partie méd., 1901, VIII, 7.)
E. A. Locke et R. R. Cabot. Iodophilia. (*Journ. of Med. Research*, janv. 1902.)
Sabrazès et Muratet. La réaction iodophile comme moyen de diagnostic de la nature des épanchements séreux. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 24 mai 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 183.)

(1) Mayet. Quelques remarques sur les meilleurs moyens à employer pour pratiquer avec exactitude la numération totale des globules blancs du sang. (*Lyon méd.*, 3 fév. 1901.)

(2) J. B. Deaver. The examination of the blood in relation to surgery of scientific but often of no practical value, and may misguide the surgeon. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er juin 1901.)

avant de se considérer comme suffisamment exercé pour entreprendre la numération des leucocytes dans un cas d'appendicite.

II

Après M. Hayem, qui le premier a insisté sur l'utilité de l'examen du sang dans le diagnostic des suppurations abdominales en général et de la pérityphlite en particulier (1), après M. Rieder (2), M. von Limbeck (3), M. Grawitz et M. Cabot, qui ont depuis longtemps signalé l'augmentation du nombre des leucocytes dans un certain nombre de maladies inflammatoires aiguës, surtout lorsqu'elles s'accompagnent de suppurations circonscrites, c'est évidemment M. Curschmann (4) qui a inauguré la numération systématique des globules blancs du sang pour le diagnostic des suppurations d'origine appendiculaire (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 129). Aussi a-t-on proposé en Allemagne de donner à ce signe, fourni par l'augmentation du nombre des leucocytes, le nom de « signe de Curschmann ». Il nous paraîtrait plus juste de l'appeler « signe de Hayem », car cette augmentation du taux leucocytaire est un phénomène qui n'a rien de spécial aux suppurations provenant de l'appendice, et il semble bien que ce soit M. Hayem qui ait réellement signalé le premier l'importance de l'examen du sang pour reconnaître certaines affections abdominales d'un diagnostic souvent difficile, comme la *pérityphlite*, la péri-hépatite, la périnéphrite, etc.

Sans vouloir remonter aux travaux de Waller et de Cohnheim, affirmant l'identité des leucocytes et des globules du pus, ni aux publications de Griesinger (1853) et de Robin, qui avaient parfaitement noté l'influence de la suppuration sur le nombre des globules blancs du sang, nous devons rappeler les observations de Malassez (5), concernant notamment des cas de phlegmon où l'on avait constaté l'augmentation du taux leucocytaire durant la période de formation de la collection suppurée, et la diminution de la leucocytose consécutive à l'évacuation du pus.

En 1875, Bonne (6) a relaté dans sa thèse deux cas d'abcès de la fosse iliaque, pour lesquels la numération des globules blancs avait été pratiquée. Patrigeon (7), deux ans plus tard, a publié un certain nombre de faits de suppurations abdominales où la leucocytose a été constatée, et en particulier une observation d'ovarite double suppurée où le nombre des globules blancs atteignait 39,500.

Il n'en est pas moins certain que c'est M. Hayem qui a le premier indiqué la leucocytose comme un signe précieux dans le diagnostic de la pérityphlite. Mais le mémoire de M. Curschmann, basé sur 60 observations, a précisé davantage la place importante que la leucocytose devait prendre à côté des autres signes de l'appendicite, surtout en ce qui concerne le diagnostic des abcès, constamment confirmé par l'intervention chirurgicale dans tous les cas où l'auteur avait pu constater, quelques jours après le début de la crise, un taux leucocytaire égal ou supérieur à 25,000.

(1) G. HAYEM. Du sang et de ses altérations anatomiques. Paris, 1889.

(2) RIEDER. Beitrag zur Kenntniss der Leucocytose und verwandter Zustände des Blutes. Leipzig, 1892.

(3) VON LIMBECK. Klinisches und Experimentelles über die entzündliche Leucocytose. (*Zeitsch. f. Heilk.*, X, p. 392, et *Semaine Médicale*, 1889, p. 435.)

(4) CURSCHMANN. Zur diagnostischen Beurtheilung der vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Processe. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 nov. et 3 déc. 1901, p. 1907 et 1962.)

(5) MALASSEZ. Recherches sur le nombre des globules blancs dans l'érysipèle. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, 1873, p. 141.)

(6) H. BONNE. Variation du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies. (*Thèse de Paris*, 1875.)

(7) J.-P.-G. PATRIGEON. Recherches sur le nombre des globules rouges et blancs du sang à l'état physiologique et dans un certain nombre de maladies chroniques. (*Thèse de Paris*, 1877.)

Presque à la même époque paraissait en Amérique un travail important de M. Da Costa (1), donnant les résultats des examens du sang pratiqués dans 118 cas d'appendicite opérés.

Au commencement de 1902, M. Ch. Bäumler (2) a publié un mémoire dans lequel il recommande la numération des globules blancs dans l'appendicite.

La même année un grand nombre de travaux ont paru sur le même sujet, et nous devons citer principalement ceux de MM. Küttner (3), Sauerbruch (4), Schnitzler (5), Longridge (6), Wassermann (7), Coste (8), Kühn (9). Au dernier Congrès français de chirurgie, l'un de nous (10), s'appuyant sur les résultats publiés par MM. Curschmann, Da Costa, Wassermann, et sur 23 observations personnelles, cherchait à démontrer l'importance des examens du sang au cours de l'appendicite. Enfin, tout récemment M. Wassermann (11) est encore revenu sur la question, apportant de nouveaux faits à l'appui des conclusions de M. Curschmann. C'est de l'ensemble de ces travaux que nous allons essayer de dégager les conclusions pratiques qui en résultent et dont l'importance est réellement indiscutable.

III

Chez l'homme adulte, le nombre des globules blancs du sang est, à l'état normal, en moyenne de 7,500 par millimètre cube (Malassez); il varie de 8,000 à 10,000 d'après M. Curschmann, de 7,000 à 9,000 pour M. Küttner, de 4,000 à 11,000 pour M. Wassermann. Chez l'enfant il est ordinairement plus élevé et plus inconstant que chez l'adulte. D'une façon générale, on peut admettre que, au-dessus de 10,000 par millimètre cube, il y a augmentation des globules blancs du sang.

Contrairement à une opinion assez communément répandue, la leucocytose existe habituellement dès le début de la crise d'appendicite, sans qu'il y ait la moindre suppuration. M. Curschmann est très affirmatif sur ce point et considère comme absolument démontré que « dans la très grande majorité de toutes les formes de pérityphlite, dès le début le nombre des leucocytes du sang est augmenté »; dans les cas légers, cette augmentation est ordinairement peu considérable, le nombre des leucocytes oscillant le plus souvent, par millimètre cube, entre 10,000 et 15,000, mais pouvant atteindre 19,000 et 20,000, ainsi que nous l'avons observé, dès le deuxième et le troisième jour, toujours sans qu'il y ait, d'ailleurs, un abcès collecté; toutefois, l'augmentation est très passagère, et le taux tombe dès le lendemain de 20,000 à 12,000, à 10,000 et même à 6,000.

(1) J. C. DA COSTA. The clinical value of blood examinations in appendicitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov. 1901.)

(2) CH. BÄUMLER. Klinische Erfahrungen über Behandlung der Perityphlitis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1902, LXXIII.)

(3) KÜTTNER. (*Loc. cit.*)

(4) SAUERBRUCH. Klinische Beiträge zur Diagnose der eitrigen Perityphlitis. (*Corresp.-Bl. d. allg. ärtzl. Vereins von Thüringen*, 1902, XXXI, 7, p. 313.)

(5) J. SCHNITZLER. Ueber die Verwerthung der mikroskopischen Blutuntersuchung zur Diagnostik und Indikationsstellung bei intraabdominalen Eiterungen. (*Wien. klin. Rundschau*, 1902, n°s 10 et 11.)

(6) C. N. LONGRIDGE. Leucocytosis in appendicitis. (*Lancet*, 12 juillet 1902.)

(7) M. WASSERMANN. Ueber das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei einigen chirurgischen Erkrankungen, insbesondere bei Appendicitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 avril et 6 mai 1902.)

(8) COSTE. Ueber das Verhalten der Leukocyten bei Appendicitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 déc. 1902.)

(9) A. KÜHN. Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytenwerte bei Typhus abdominalis und bei chirurgischen Eiterungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 et 16 déc. 1902.)

(10) MAURICE CAZIN. Des indications opératoires fournies par l'examen du sang dans l'appendicite à chaud. (*Comptes rendus du quinzième Congrès français de chirurgie*, 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 361.)

(11) WASSERMANN. Ein weiterer Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytose bei Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1903, LXIX, 1-2, p. 392.)

Le tableau suivant, emprunté à M. Curschmann, peut être considéré comme un exemple typique de crise légère, rapidement terminée par la résolution, avec augmentation du nombre des leucocytes, constatée dès le deuxième jour et suivie d'un retour progressif au chiffre normal :

2e jour :		15,600	leucocytes par mm. c.	T. 38°5
3e jour	m. :	20,000	— —	37°8
	s. :	12,400	— —	37°6
4e jour	m. :	10,400	— —	37°2
	s. :	11,400	— —	37°4
5e jour	m. :	12,600	— —	36°6
	s. :	10,800	— —	37°2
6e jour	m. :	7,200	— —	36°8
	s. :	8,800	— —	37°4
7e jour :		6,800	— —	37°

M. Sonnenburg, dans son rapport au Congrès de la Société belge de chirurgie, tenu à Bruxelles au mois de septembre 1902, a communiqué les résultats obtenus par son assistant M. Fedderman au point de vue de la numération des leucocytes; il admet, comme M. Curschmann, que la réaction du péritoine amène, dès le commencement de la crise, une augmentation notable du nombre des leucocytes du sang, dans toutes les formes, tant légères que graves.

Tous les auteurs qui ont cherché à vérifier les assertions de M. Curschmann ont confirmé ses conclusions, ayant observé généralement un taux leucocytaire variant de 11,000 ou 12,000 à 15,000 au début des crises qui se sont terminées par la résolution.

Ces constatations sont d'ailleurs d'accord avec les résultats expérimentaux, publiés notamment, il y a déjà longtemps, par M. Schulz (1), qui a montré que, chez le chien, la simple irritation du péritoine par une incision aseptique au niveau de la ligne blanche, suivie de fermeture immédiate, entraîne une leucocytose parfois considérable, puisqu'elle peut correspondre à une proportion de 54,000 leucocytes par millimètre cube de sang. De même, les observations de M. Wassermann établissent que les laparotomies pratiquées pour enlever l'appendice à froid sont toujours suivies de leucocytose; le taux des globules blancs, absolument normal et variant entre 7,800 et 8,500 avant l'opération, monte, en effet, à 14,000, 14,600 ou 20,800 après l'opération, pour redescendre ensuite à la normale, sans qu'il y ait d'ailleurs le plus faible indice d'infection.

IV

Il est donc démontré que l'irritation, même aseptique, du péritoine détermine de la leucocytose. Toute crise d'appendicite entraînant la moindre réaction péritonéale est accompagnée d'augmentation du nombre des leucocytes du sang, sauf dans certaines formes hypertoxiques où les réactions défensives de l'organisme n'ont pas le temps de se produire. Il n'y a pas, au début de la crise, de différence appréciable, au point de vue du taux leucocytaire, entre les cas qui doivent se terminer par la résolution et ceux qui vont évoluer vers la suppuration. Une simple numération des globules blancs ne peut donc être d'aucun secours, dans l'appendicite commençante, pour le diagnostic de la forme, et c'est seulement par les numérations systématiquement répétées matin et soir qu'on peut, ainsi que nous allons le voir, distinguer les cas qui tendent vers la résolution d'avec ceux où un abcès est en voie de formation. Aussi, au point de vue de l'indication opératoire, l'examen du sang, au début de l'appendicite, ne nous fournit-il aucun renseignement et le principe de l'intervention précoce, au premier et même

(1) G. SCHULZ. Experimentelle Untersuchung über das Vorkommen und die diagnostische Bedeutung der Leucocytose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1893, LI, 2-3.)

au deuxième jour, reste-t-il, à notre avis, le seul moyen de prévenir une terminaison fatale toujours possible, sans qu'aucun signe permette de prévoir, à ce moment, si l'évolution de la maladie sera bénigne ou grave.

Mais si la leucocytose ne peut pas servir au diagnostic de la forme d'appendicite, au début de la crise, ce signe n'en doit pas moins être recherché, en vue du diagnostic même de l'affection, dans les cas douteux, ainsi que M. Lamy l'a montré dans une discussion récente à la Société médicale des hôpitaux de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 88). En effet, la constatation d'une augmentation du nombre des globules blancs du sang, si faible qu'elle soit, est en faveur du diagnostic d'appendicite et permet d'éliminer toutes les autres affections à hypoleucocytose ou sans modification du nombre des leucocytes.

Comme nous venons de le dire, une seule numération des globules blancs du sang, pratiquée au début d'une crise d'appendicite, n'a pas de signification en ce qui concerne la forme à laquelle on peut avoir affaire. Mais il n'en est pas de même pour les numérations répétées systématiquement une ou deux fois par jour.

D'une façon générale, on peut dire, en effet, que, dans les formes bénignes, se terminant par la résolution, le taux leucocytaire ne dépasse pas 20,000 à 25,000 et que, d'autre part, une pareille augmentation est très éphémère.

Nous avons réuni 17 observations de cas bénins, terminés par résolution, où la numération des globules blancs a été faite systématiquement : 6 fois seulement le taux leucocytaire n'a pas dépassé 15,000; 2 fois il a atteint 15,400; 6 fois le maximum a été de 18,000 à 20,000; 3 fois il a varié entre 20,200 et 22,900. M. Wassermann cite même des malades non opérés chez lesquels le taux leucocytaire a atteint 25,000. Mais jamais ces taux élevés n'ont été observés dans deux numérations successives, et, dans les crises bénignes, il est pour ainsi dire constant de voir le taux leucocytaire, dès qu'il a atteint 18,000 ou 20,000, tomber le lendemain à 10,000 ou 12,000.

On peut donc admettre, avec M. Curschmann, que, si le nombre des leucocytes ne subit qu'une faible augmentation, on est, dans la grande majorité des cas, fondé à espérer que l'évolution de la maladie sera bénigne et relativement courte, et que, si la leucocytose, soigneusement appréciée pendant plusieurs jours consécutifs, reste peu élevée ou subit une augmentation notable (20,000 à 25,000), mais très éphémère, on est autorisé à escompter presque la résolution de la crise, alors qu'une élévation thermique très modérée et même la chute de la température ne légitiment en aucune façon une semblable espérance.

V

S'il est un point sur lequel tous les chirurgiens paraissent s'entendre, dans la question si controversée du traitement de l'appendicite, il semble bien que ce soit la nécessité d'une intervention rapide pour tous les cas d'abcès. Quoi qu'en disent ceux qui parlent de la résorption d'abcès, dont ils ne peuvent d'ailleurs pas démontrer l'existence, il n'y a guère, en effet, à compter sur la résorption d'une véritable collection purulente, qui, même parfaitement circonscrite, peut toujours, en revanche, se vider secondairement dans la cavité péritonéale et déterminer ainsi une péritonite généralisée rapidement mortelle; quant à l'ouverture spontanée d'un abcès dans l'intestin, on ne songe guère, en dehors de quelques cas heureux, à la considérer comme une solution satisfaisante.

Or, si les chirurgiens admettent presque unanimement la nécessité d'évacuer toute collection suppurée d'origine appendiculaire, ils s'accordent également à reconnaître les difficultés que présente fréquemment le diagnostic de cet abcès qu'ils se déclarent prêts à ouvrir lorsqu'ils ont la certitude de son existence.

C'est à ce point de vue que le signe de Hayem mérite véritablement de s'imposer dans la pratique courante, attendu que, comme nous allons le voir, il peut à lui seul permettre le diagnostic précoce d'un abcès, dans des cas où tous les autres symptômes font défaut. Ainsi que l'ont bien montré les observations de M. Curschmann, les courbes fournies par la numération des leucocytes du sang, répétée systématiquement, ont, en effet, une valeur bien supérieure aux courbes thermiques, l'hyperleucocytose persistante constituant un signe pour ainsi dire constant de la suppuration, alors que la fièvre est souvent peu élevée et parfois même nulle malgré une suppuration très étendue. MM. Küttner, Sauerbruch, Coste et Kühn ont également insisté sur la valeur de l'augmentation rapide et persistante de la leucocytose comme moyen de diagnostic précoce des abcès, bien supérieur à celui que fournit la température. De même, M. Wassermann considère l'hyperleucocytose persistante comme pathognomonique de la formation d'un abcès, au point de vue de la détermination précise de l'instant où le médecin, arrivé au terme de son action, doit abandonner toute responsabilité et céder la place au chirurgien. D'après cet auteur, un tel moyen de diagnostic semble représenter un inestimable progrès, puisque l'indication opératoire, dans le cas de suppuration, ne peut pas être nettement déterminée d'après les autres symptômes.

Ainsi que nous l'avons dit, la leucocytose initiale de l'appendicite, malgré une température très élevée et de violentes douleurs locales, ne permet aucune conclusion ferme, au point de vue du mode d'évolution de la maladie, même lorsqu'elle correspond *momentanément* à un taux assez élevé, c'est-à-dire à 20,000 ou 25,000 globules blancs par millimètre cube. Lorsque, au contraire, le nombre des globules blancs subit une augmentation notable et *permanente*, cela prouve d'une façon certaine l'existence d'une suppuration, quelles que soient les indications fournies par les autres symptômes. Les deux tableaux suivants, empruntés à M. Curschmann, sont des exemples bien démonstratifs de la netteté du renseignement fourni par la constatation d'une leucocytose élevée et non éphémère.

Le premier a trait à un cas d'appendicite suppurée opéré au troisième jour, en raison même des résultats fournis par l'examen du sang, et dans lequel l'opération permit d'évacuer un demi-litre de pus fétide :

2e jour :		25,800 leucoc. par mm.c.	T. 38°4
3e jour	m.	26,600 — —	T. 38°2
	(opérat.)		
	s.	24,000 — —	T. 40°1
4e jour :		16,400 — —	T. 36°9
5e jour :		8,000 — —	T. 36°6
6e jour :		9,200 — —	T. 36°3

Le deuxième se rapporte à un fait d'appendicite suivi depuis le troisième jour de la maladie, et opéré seulement au huitième jour, malgré l'élévation du taux leucocytaire qui, constatée dès le cinquième jour, n'a pas cessé d'augmenter, quoique la température fût relativement peu élevée; l'intervention a donné issue à une grande quantité de pus :

3e jour :	8,350 leucoc. par mm.c.	T. 39°4
4e jour :	10,200 — —	T. 39°
5e jour :	26,250 — —	T. 38°3
6e jour :	29,000 — —	T. 38°
7e jour :	34,000 — —	T. 38°2
8e jour : (opérat.)	39,000 — —	T. 38°3

Nous avons observé nous-mêmes des faits tout aussi convaincants. Nous voyons un enfant de quinze ans, au début du troisième jour d'une appendicite, avec 40° et 80 pulsations seulement; nous pratiquons la numération des globules blancs, dont le nombre ne dépasse pas 8,500. Au cinquième jour, la fièvre est tombée, et l'état général est excellent, mais, quarante-huit heures plus tard, l'examen du sang, qui n'avait pas été fait depuis deux jours, indique un taux leucocytaire égal à 31,000 par millimètre cube : or, la température rectale ne dépassait pas 37°6, et le pouls était à 80 pulsations; localement il n'y avait qu'une défense musculaire très modérée et l'on sentait seulement un peu d'empâtement dans la fosse iliaque. Le malade fut opéré immédiatement, et un abcès rétrocæcal du volume d'un œuf de poule put ainsi être évacué; la guérison se fit alors sans incident (1).

Ce dernier exemple est particulièrement intéressant, au point de vue de la précision avec laquelle l'examen du sang peut permettre le diagnostic des abcès appendiculaires, même lorsque les signes physiques sont incertains et peu accusés, même lorsque la température et le pouls sont normaux ou à peine modifiés.

M. le professeur Dieulafoy a insisté avec raison sur cette accalmie trompeuse qui souvent succède au début bruyant et douloureux de l'appendicite, et pendant laquelle les lésions péritonéales n'en continuent pas moins à évoluer de la façon la plus rapide et la plus grave, en dépit de l'apparente bénignité des symptômes. Or cette accalmie ne peut être trompeuse si l'on pratique systématiquement la numération des globules blancs du sang, qui, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte dans bien des cas, comme tous les auteurs que nous avons cités, suffit à déceler l'existence certaine d'une suppuration à laquelle aucun autre symptôme n'autoriserait à songer.

Il n'existe pas, bien entendu, une formule leucocytaire susceptible d'être considérée comme correspondant même approximativement à une moyenne du nombre des globules blancs du sang dans le cas de collection purulente d'origine appendiculaire. La réaction défensive de l'organisme, dont la leucocytose n'est qu'une manifestation, varie évidemment suivant des circonstances multiples et dans des conditions fort difficiles à analyser. Toutefois, on peut dire que, contrairement à ce qui se passe dans les formes bénignes, se terminant par la résolution, et où le taux leucocytaire, ainsi que nous l'avons dit, oscille entre 10,000 et 15,000, et n'atteint ou ne dépasse 20,000 que d'une façon tout à fait éphémère, dans le cas d'abcès, le taux leucocytaire oscille autour de 20,000 d'une façon persistante, et le plus souvent augmente progressivement, de façon à atteindre des chiffres que l'on n'observe jamais dans les cas non suppurés, soit 30,000, 35,000, 40,000 et 45,000.

Tous les faits publiés montrent qu'il n'y a aucune concordance entre la température et la leucocytose, celle-ci pouvant être très élevée, alors que la température est normale ou dépasse à peine la normale. D'autre part, l'étude des observations nombreuses dans lesquelles on a fait des examens répétés du sang, au cours de l'appendicite, prouve irréfutablement que c'est à la leucocytose, et non pas à la température, qu'il faut, en cas de discordance, attacher la plus grande importance, au point de vue de l'intervention opératoire.

Les résultats pratiques sont d'ailleurs indiscutables et nous pourrions citer, d'après MM. Curschmann, Kühn, Coste, Wassermann et d'après notre expérience personnelle, une longue liste de guérisons qui sont attribuables à la constatation du signe de Hayem, la décision opératoire ayant été prise en raison de l'augmentation considérable et non éphémère du nombre des globules blancs du sang; nous pouvons même affirmer que tous les cas où la leucocytose a permis le diagnostic et l'évacuation précoces de l'abcès, alors que les autres symptômes faisaient défaut, se sont terminés par la guérison, précisément parce que l'examen du sang a hâté la décision opératoire que l'on hésitait à prendre, tandis que, sans le signe fourni par la leucocytose, l'intervention eût été trop tar-

(1) Maurice Cazin. (*Loc. cit.*)

dive pour sauver les malades. M. Sauerbruch a particulièrement insisté sur ce fait que l'augmentation du nombre des leucocytes du sang démontre souvent l'existence d'un abcès bien avant l'élévation thermique et doit être considérée comme un signal d'alarme. Dans un cas cité par cet auteur, on tarda à opérer quoiqu'il y eût une leucocytose élevée; lorsqu'on s'y décida, à un moment où le nombre des leucocytes atteignait 40,000, il était trop tard pour que l'intervention pût être efficace. Nous avons observé également un cas où, la numération des globules blancs nous ayant permis d'affirmer l'existence d'un abcès, malgré une température rectale de 37°6, un pouls à 90 pulsations et un état général excellent, nous proposâmes une opération immédiate, qui ne fut pas acceptée; le lendemain soir tous les signes d'une péritonite généralisée se manifestaient à la suite d'une violente douleur survenue dans la fosse iliaque droite, quelques heures auparavant; le malade était mourant lorsque l'intervention fut pratiquée; elle permit de constater l'existence d'un abcès circonscrit ouvert secondairement dans le péritoine.

Devant des faits aussi démonstratifs, dont des exemples nombreux ont été relatés, il nous paraît démontré que la numération des globules blancs est d'une importance capitale au point de vue du diagnostic des abcès, et que tout médecin qui se trouve en présence d'une appendicite, pour laquelle il se croit autorisé à différer le traitement chirurgical, ne saurait se dispenser de recourir à l'examen du sang, répété fréquemment, s'il ne veut pas exposer son malade à la mort, du fait d'une opération tardive que la constatation du signe de Hayem aurait pu faire pratiquer à temps pour amener la guérison.

VI

Malgré l'avis unanime des chirurgiens qui ont contrôlé les résultats de M. Curschmann, M. Grawitz, dans la nouvelle édition de son traité d'hématologie (1), formule quelques restrictions au sujet de la valeur de la leucocytose pour le diagnostic des abcès. Il admet parfaitement, ce qui est d'ailleurs indéniable, que le résultat *positif* fourni par l'examen du sang, au point de vue de l'augmentation des globules blancs, peut servir à orienter le diagnostic d'une façon tout à fait satisfaisante et présente par cela même une signification des plus nettes quand il s'agit de décider l'intervention chirurgicale. Mais il ajoute qu'un résultat *négatif* n'est nullement en contradiction absolue avec l'idée d'une collection purulente.

C'est sur ce point qu'il s'agit de s'entendre, pour apprécier à sa juste valeur l'importance du signe fourni par la numération des globules blancs du sang. Jamais aucun de ceux qui ont préconisé la recherche de ce signe n'a prétendu qu'il devait être considéré comme pathognomonique des suppurations appendiculaires. Il suffit, à leur avis, pour qu'il mérite d'être pris en considération, qu'il ne donne pas de déception lorsque, le taux leucocytaire indiquant la présence certaine d'un abcès, l'opération est pratiquée sans retard et permet de sauver le malade. A ce point de vue aucune objection ne peut s'élever contre la valeur du signe de Hayem, car, chaque fois que, recherché systématiquement, il a fourni un résultat positif et décidé une intervention immédiate, le chirurgien a trouvé un abcès et a guéri son malade. Il serait à souhaiter qu'il existât pour l'appendicite d'autres symptômes d'une égale importance.

Il n'en est pas moins vrai, sans que cela diminue en rien le degré de certitude des résultats *positifs*, que l'absence d'une leucocytose élevée peut être notée alors qu'une suppuration existe, mais ce résultat négatif semble avoir été constaté seulement dans deux conditions d'ailleurs entièrement dissemblables :

Dans une première série de faits, il s'agit de suppurations non circonscrites, dans certains cas de péritonite diffuse hypertoxique où les réactions défensives de l'organisme font défaut, le taux leucocytaire pouvant alors rester peu élevé ou même s'abaisser au-dessous de la normale;

Dans une deuxième série de faits, relatifs aux abcès enkystés persistant au delà de la crise aiguë, la leucocytose peut également manquer. Ces abcès sont limités par une paroi épaisse, fibreuse, qui ne permet pas la résorption des toxines élaborées dans la cavité purulente. Or, c'est évidemment la résorption de ces toxines et leur dissémination dans le courant circulatoire qui déterminent la leucocytose. Cette résorption se fera d'autant plus facilement que l'abcès sera plus récent, par le fait de la constitution de sa paroi; elle peut être nulle dans un abcès ancien, enkysté dans une enveloppe fibreuse.

Nous avons eu l'occasion de demander à M. McBurney ce qu'il pensait de la valeur de la numération des leucocytes au point de vue des indications opératoires dans l'appendicite. Il a formulé les mêmes restrictions que nous, au sujet de l'absence d'une leucocytose élevée dans certains cas où il existe cependant du pus, dans les conditions que nous venons de préciser; mais il ne nous en a pas moins déclaré qu'il attachait la plus grande importance à la valeur *positive* de la leucocytose pour le diagnostic de la suppuration, et qu'il ne manquait pas de faire rechercher ce signe dans tous les cas douteux.

VII

Nous avons dit qu'il pouvait se produire de la suppuration sans leucocytose, dans certains cas de péritonite diffuse hypertoxique. Il n'existe, au point de vue des variations de la leucocytose, qu'un nombre assez restreint d'observations de péritonite diffuse se terminant rapidement par la mort. M. Curschmann dit ne pas avoir sur les faits de ce genre une expérience suffisante, en ce qui concerne les résultats de l'examen du sang; cependant il croit que, lorsqu'il y a péritonite généralisée, le taux leucocytaire, d'abord très augmenté, redescend rapidement jusqu'à la normale et même audessous.

MM. Rieder, Küttner, Kühn, Coste ont signalé l'absence de leucocytose dans les cas foudroyants de septicémie péritonéale où l'organisme n'a pas le temps de réagir. M. Da Costa a relaté 12 observations terminées par la mort; sur ce nombre la leucocytose a manqué 2 fois seulement, le taux leucocytaire n'ayant pas dépassé 6,000 et 11,000; pour les 10 autres faits, la moyenne était de 19,400, avec un minimum de 14,200 et un maximum s'élevant à 58,500.

Cette absence de leucocytose, malgré les signes cliniques les plus graves, doit être considérée comme d'un pronostic extrêmement fâcheux, car elle est l'indice d'un affaiblissement considérable de la résistance de l'organisme. Lorsqu'elle existe, au contraire, dans les cas de péritonite généralisée, la leucocytose indique une réaction défensive qui rend le pronostic post-opératoire relativement favorable. C'est ainsi que, chez un malade atteint de péritonite généralisée et traité par l'intervention précoce, M. Küttner a trouvé jusqu'à 50,000 globules blancs et la guérison a été obtenue.

Dans un cas de péritonite diffuse, cité par M. Wassermann, la numération des globules blancs a pu être pratiquée dès le premier jour et la persistance de la leucocytose a fait décider l'opération au deuxième jour; là encore le taux leucocytaire était très élevé, comme on peut le voir dans le tableau suivant, et le malade a parfaitement guéri :

1er jour :		23,000	leucocytes par mm. c.	T. 39°3	
2e jour	m.	25,100	— —		P. 102
	4 h. s. (opérat.):	40,000	— —	T. 38°1.	P. 126
	7 h. s.	46,000	— —	T. 38°5.	P. 102
3e jour	midi :	5,600	— —		
	7 h. s.:	9,500	— —	T. 38°.	P. 120
4e jour	midi :	5,500	— —	T. 38°	
	7 h. s.:	6,500	— —	T. 37°5.	P. 108

M. Wassermann insiste sur ce fait que, dans ce cas où l'opération a montré l'existence d'une péritonite diffuse, la leucocytose était en opposition surprenante avec des signes cliniques peu graves, sans facies abdominal, avec un pouls à 102 pulsations, régulier et plein, l'abdomen étant très légèrement tendu et douloureux. On peut ajouter que, dès le matin du deuxième jour, devant la persistance d'une leucocytose élevée, l'indication opératoire était formelle. C'est là encore un cas très net de guérison due à l'intervention précoce effectuée grâce à l'examen du sang.

VIII

Il est un autre fait pratique important que montre la numération des leucocytes du sang, non plus au point de l'indication opératoire, mais à propos du pronostic post-opératoire. Après l'évacuation d'une collection purulente unique, on observe toujours une diminution, en général assez rapide, de la leucocytose; souvent dès le lendemain ou le surlendemain, le nombre des leucocytes est tout à fait normal. Quand, au contraire, il y a plusieurs foyers suppurés et qu'un seul a été ouvert, la leucocytose persiste. M. Curschmann en a cité un exemple des plus typiques; il s'agit d'un étudiant opéré au cinquième jour et chez lequel on réséqua l'appendice après avoir ouvert un abcès; les jours suivants le taux leucocytaire ne présenta aucune tendance à diminuer; devant cette persistance de la leucocytose, malgré une température peu élevée, on intervint à nouveau, ce qui permit d'évacuer un second abcès, développé dans le petit bassin; cette fois le nombre des globules blancs tomba immédiatement à la normale. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas analogue, chez un jeune homme opéré avec 27,000 leucocytes par millimètre cube; un volumineux abcès avait été ouvert et largement drainé; malgré cela, non seulement la leucocytose ne diminua pas, mais elle continua, au contraire, à augmenter notablement, et le malade succomba avant qu'une nouvelle intervention eût été pratiquée.

IX

La numération des globules blancs dans l'appendicite a donc une valeur considérable au point de vue de l'indication opératoire, tout au moins dans un certain nombre de cas douteux. En effet, comme le dit M. Curschmann, s'il peut paraître exagéré de recommander l'examen quotidien du sang dans toute appendicite, étant donné que, bien souvent, l'évolution de la maladie peut être appréciée sans ce moyen d'investigation, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue thérapeutique, il n'en est pas moins certain que, dans les cas délicats et discutables, cette méthode élargit réellement la portée de notre diagnostic et peut rendre d'importants services.

Toutefois, en ce qui concerne l'appendicite au début, la conclusion suivante, si nettement formulée par M. Dieulafoy dans ses leçons cliniques (1), ne saurait être modifiée en aucune façon par l'examen du sang : « Quand une péritonite commence, nul ne peut savoir quelles terribles complications peuvent surgir; le mode de début, la courbe des températures, l'entrée en

(1) E. Grawitz. Klinische Pathologie des Blutes, nebst einer Methodik der Blutuntersuchungen und spezieller Pathologie und Therapie der Blutkrankheiten, 2e éd., p. 557. Berlin, 1902.

(1) G. Dieulafoy. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1896-1897), p. 327. Paris, 1897.

scène de tel ou tel symptôme ne donnent sur l'évolution ultérieure de la maladie que des renseignements insuffisants ou trompeurs. »

Si elle est utile dans certains cas d'un diagnostic douteux, la recherche de la leucocytose ne saurait donc modifier la conduite à tenir en présence d'une appendicite au début, et comme il reste impossible de prévoir, dès l'apparition des premiers accidents, s'il s'agit d'une forme hypertoxique ou d'une forme susceptible d'évoluer vers la résolution, l'indication opératoire demeure formelle au premier et même au deuxième jour, car les risques ne sont guère alors plus grands que dans l'opération à froid et l'intervention précoce supprime toute incertitude sur l'évolution ultérieure de la maladie. Nous sommes donc sur ce point du même avis que M. Deaver, quand il déclare que, dans les premières heures d'une crise d'appendicite, l'opération immédiate constitue la meilleure conduite à tenir, mais nous pensons qu'il n'en est pas moins indiqué parfois de faire la numération des globules blancs, de façon à multiplier, dans les cas douteux, les chances d'éviter une opération aux malades qui n'ont pas d'appendicite.

Quoi qu'il en soit, c'est évidemment surtout au point de vue de l'indication opératoire dans le cas d'abcès que la recherche systématique du signe de Hayem présente une très grande importance, puisque souvent elle permet de faire le diagnostic d'une collection purulente beaucoup plus tôt et d'une façon bien plus précise que tous les autres symptômes tirés de l'état local et de l'état général.

Comme nous l'avons vu, les cas qui ne s'abcèdent pas ne présentent qu'une leucocytose peu élevée, se manifestant au début de la maladie et ne durant pas longtemps, parfois avec quelques oscillations qui, exceptionnellement et d'une façon tout à fait passagère, peuvent correspondre à un chiffre de 20,000 ou 22,000 globules blancs par millimètre cube. Une leucocytose s'élevant à 20,000 ou dépassant un peu ce taux ne présage donc rien, au point de vue de la suppuration, lorsqu'elle est transitoire. Il n'en est pas de même quand un pareil taux leucocytaire devient persistant, et, à plus forte raison, quand le nombre des globules blancs atteint 25,000 et 30,000 : à moins que le malade ne soit atteint de pneumonie ou d'une autre affection concomitante, susceptible de causer de la leucocytose, on peut alors affirmer qu'il existe une collection suppurée et qu'il est indispensable d'intervenir chirurgicalement (Curschmann).

En résumé, la recherche de la leucocytose présente indiscutablement un intérêt capital, lorsqu'elle donne un résultat *positif*. D'autre part, nous avons dit que l'on avait observé quelques cas où la leucocytose était peu accusée, malgré l'existence d'une suppuration, et nous avons précisé dans quelles conditions cette éventualité pouvait se produire; il n'y a donc pas lieu de conclure d'une façon formelle à l'absence de suppuration lorsque le résultat de la numération est *négatif*, mais cela ne diminue en rien la valeur du renseignement fourni par la constatation opposée. Le signe de Hayem ne doit d'ailleurs être en aucune façon considéré comme un signe pathognomonique, capable de remplacer à lui seul tous les autres symptômes. Il suffit, pour qu'il y ait utilité à l'associer à ceux-ci, qu'il ait fait ses preuves en donnant dans des cas nombreux un renseignement utile, grâce auquel le malade a pu être opéré à temps pour guérir, alors que l'on hésitait sur l'opportunité d'une opération. Or, cette démonstration est faite et il est à souhaiter que les partisans de l'abstention systématique cherchent à s'en convaincre, de façon à ne plus jamais attendre, pour intervenir dans le cas d'abcès, que leur malade ne soit plus opérable.

Drs Maurice Cazin et Edmond Gros (de Paris).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1903.

Réparation d'une déformation de la région frontale au moyen de la prothèse métallique.

M. Sébileau. — J'ai eu l'occasion de pratiquer sur le même malade une trépanation de l'apophyse mastoïde et une trépanation des sinus frontal et maxillaire. Je veux seulement vous parler des suites de l'opération exécutée sur le sinus frontal; celui-ci était très développé et j'ai dû en enlever toute la paroi antérieure; il en est résulté une dépression fort accentuée que j'ai cherché à faire disparaître au moyen d'une pièce prothétique composée d'une lame d'or fenêtrée, dont les dimensions ont été calculées de façon à remplacer la paroi antérieure du sinus frontal et que j'ai fixée, au moyen de deux griffes, aux deux extrémités de la perte de substance, après avoir décollé les téguments qui adhéraient à la paroi postérieure du sinus. La réunion de la peau s'est faite sans incident, et le résultat immédiat est très satisfaisant, mais je me demande si ultérieurement la pièce prothétique n'aura pas tendance à s'éliminer spontanément.

M. Nélaton. — Je crois que l'élimination des corps étrangers abandonnés dans nos tissus est une loi générale. Pour ma part, j'ai vu cette évolution se produire pour les pièces prothétiques que j'ai employées dans les restaurations nasales. C'est pourquoi dans ces derniers temps je me suis servi, au lieu et place d'un appareil métallique, de parties de cartilage; mais l'essai est trop récent pour savoir si les corps étrangers organiques sont également éliminés.

M. Quénu. — Dans un cas, j'avais fixé une plaque métallique, à l'aide de vis, sur un humérus atteint de pseudarthrose; au bout de quelque temps, les vis fixatrices sont devenues libres par le fait de l'ostéite raréfiante et la plaque s'est mobilisée.

De la pluralité des néoplasmes.

M. Richelot. — Depuis la communication de M. Monod (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 25), ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion sur les associations néoplasiques se sont bornés à dire que l'on peut rencontrer chez les femmes plusieurs tumeurs à la fois. La coïncidence la plus fréquente est celle des fibromes et du cancer utérins : on trouve souvent des utérus cancéreux contenant de tout petits fibromes. Il apparaît déjà ainsi qu'un grand nombre d'utérus cancéreux sont atteints de fibromes; j'irai plus loin, et je dirai que tous les utérus cancéreux sont fibromateux : à mon avis, la coexistence d'un fibrome et d'un cancer de l'utérus n'est pas l'effet du hasard.

M. Lejars nous a parlé des liens qui unissent entre eux les néoplasmes; il a même prononcé le mot de diathèse néoplasique; je crois que c'est là un point intéressant. Cette prédisposition à créer des néoplasmes, c'est l'arthritisme.

Lorsque deux organes différents renferment chacun une tumeur primitive, on peut admettre qu'il y a là une prédisposition particulière. Verneuil avait déjà rapporté les cas de ce genre à l'arthritisme, mais, à cette époque, personne n'avait attaché à ces faits l'importance qu'ils comportent à mon avis.

Je ne penche pas pour la théorie parasitaire des tumeurs; la prédisposition à créer des néoplasmes trouve ses meilleures preuves dans l'hérédité; il n'est pas douteux, aujourd'hui, que le cancer est héréditaire; il s'agit, en réalité, d'une hérédité néoplasique, les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes pouvant alterner d'une génération à l'autre. On n'hérite pas d'une tumeur en particulier, mais d'une prédisposition à faire des tumeurs; on voit, en même temps, chez la même famille, se développer toutes les manifestations de l'arthritisme. L'hérédité néoplasique n'est donc pas autre chose qu'une hérédité arthritique.

Ce qui est vrai de l'arthritisme ne l'est d'ailleurs pas des autres diathèses, de la tuberculose par exemple : un cancéreux peut devenir tuberculeux, mais un tuberculeux ne deviendra jamais cancéreux.

Hystérectomie abdominale pour fibromes utérins.

M. Monod. — Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur 13 observations d'hystérectomies abdominales pour fibromes, toutes suivies de guérison, qui nous ont été communiquées par M. Arrou. Notre confrère considère avec raison l'hystérectomie subtotale comme le procédé de choix; c'est également mon avis, et j'estime que l'on doit avoir recours de préférence à ce procédé, qui donne d'excellents résultats. Je l'ai appliqué pour ma part 45 fois, soit à l'hôpital, soit en ville, avec un seul décès qui ne peut être imputé à l'hystérectomie subtotale, car il s'agissait d'une femme infectée.

M. Terrier. — Je crois que nous sommes tous d'accord pour nous adresser exclusivement à l'hystérectomie subtotale, et, en ce qui me concerne, mes statistiques m'autorisent à considérer cette opération comme plus bénigne que l'ablation d'un kyste de l'ovaire.

Extirpation d'un cancer de l'œsophage.

M. Quénu. — M. Faure nous a communiqué une observation d'extirpation d'un cancer de l'œsophage, au sujet de laquelle M. Demoulin nous a récemment présenté un rapport (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 423 et 1903, p. 50). Dans cette observation la mort de l'opéré a été attribuée à des troubles respiratoires, sans aucune complication septique. Or, je pense que la septicité du conduit œsophagien peut entraîner très rapidement des accidents toxémiques mortels. C'est pour cela que j'ai renoncé à l'idée d'une extirpation de l'œsophage cancéreux, le bout inférieur qui reste au fond de la plaie devant donner lieu forcément à une infection rapide.

M. Monod. — Je me demande si la résection de la première côte n'a pas joué un rôle important dans la production des phénomènes d'asphyxie qui ont entraîné la mort de l'opéré de M. Faure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mai 1903.

Les indications du traitement chirurgical dans les néphrites aiguës.

M. Dufour communique, en son nom et au nom de M. Fortineau, l'observation d'une malade qui entra à l'hôpital avec des phénomènes d'urémie gastro-intestinale datant d'une huitaine de jours. L'examen des urines permit de constater la présence d'une grande quantité d'albumine et d'un nombre considérable de leucocytes. On porta le diagnostic de néphrite diapédétique et on se proposait d'avoir recours à une intervention chirurgicale, lorsque la patiente succomba. L'autopsie confirma le diagnostic qui avait été posé pendant la vie.

En ce qui concerne les indications opératoires dans les néphrites aiguës, l'orateur, se basant sur quelques faits antérieurement publiés, estime qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir dans les cas de ce genre. C'est surtout quand la diapédèse est très abondante que la néphrectomie ou la décortication seraient indiquées, et ces opérations semblent devoir s'imposer à l'avenir, lorsque, les phénomènes généraux restant très graves, les urines examinées à intervalles rapprochés montrent une augmentation constante du nombre des leucocytes.

M. Claude dit avoir pu s'assurer, par des recherches faites avec M. Balthazard, que la décapsulation a pour effet immédiat de faire disparaître la congestion œdémateuse qui joue un rôle des plus importants dans la pathogénie des accidents urémiques compliquant l'évolution des néphrites, et pour effets éloignés de créer des voies complémentaires d'irrigation ou de dérivation à la circulation rénale, plus ou moins entravée par la sclérose ou les poussées congestives, grâce au développement d'anastomoses entre les vaisseaux du rein et d'adhérences consécutives à l'opération.

La décortication paraît surtout indiquée chez les sujets jeunes qui, au cours de néphrites aiguës ou subaiguës, présentent de l'oligurie, de l'anurie et le syndrome urémique, dans les néphrites compliquées d'hématuries, et enfin dans les cas où la localisation des phénomènes

douloureux permet de supposer l'existence de lésions unilatérales. Elle est beaucoup plus discutable dans les scléroses rénales des artérioscléreux et dans les néphrites chroniques de longue durée. Avant d'intervenir, conclut l'orateur, il est nécessaire d'étudier pendant plusieurs jours par la cryoscopie l'état de la fonction rénale et même de procéder à une division vésicale des urines, afin de reconnaître la valeur fonctionnelle de chaque rein.

Cirrhoses alcooliques et crypto-tuberculoses.

M. A. Jousset relate, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Tribouiet, le résultat d'expériences qu'il a instituées pour élucider le rôle du bacille de Koch dans la genèse des cirrhoses alcooliques avec hépatomégalie. L'inoscopie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 22) avait déjà permis de reconnaître que les ascites qui accompagnent ces cirrhoses sont très fréquemment bacillifères; or, il semble en être quelquefois de même pour le foie et la rate. Dans 2 cas, l'inoculation du parenchyme hépatique, pratiquée après lavage du système vasculaire, a permis à l'orateur de tuberculiser le cobaye. Dans un autre fait, il en a été de même avec la pulpe de rate. M. Jousset incline donc à croire qu'il s'agit très souvent, dans ces cas, de tuberculoses déguisées, de crypto-tuberculoses, peut être sclérogènes au même titre que l'alcool.

M. Mosny fait remarquer qu'il ne suffit pas de constater la présence du bacille de Koch dans un épanchement ascitique, ni même dans un épanchement pleural, pour être en droit d'affirmer d'une façon absolue l'origine tuberculeuse de ces épanchements.

A l'appui de cette opinion, l'orateur relate l'observation d'un malade chez lequel une pneumonie franche a réveillé une tuberculose latente du sommet du poumon qui s'est révélée par l'apparition de bacilles de Koch dans le liquide pleural accompagnant cette pneumonie, alors que primitivement ce liquide ne contenait que des pneumocoques; la tuberculose du poumon a été vérifiée à l'autopsie. Le même réveil d'une tuberculose latente a été constaté à la suite de coliques hépatiques, et rien n'empêche d'admettre qu'il puisse être aussi la conséquence d'une cirrhose. Il ne faut donc pas se hâter de conclure à l'origine tuberculeuse d'une cirrhose, parce qu'on trouve des bacilles dans un liquide ascitique.

M. Bezançon attire l'attention sur la grande ressemblance morphologique des bacilles tuberculeux avec les bacilles acido résistants : il y a là une cause d'erreur contre laquelle il importe d'être mis en garde. Cette réserve faite, l'orateur rappelle qu'il a pu produire expérimentalement avec M. Widal des cirrhoses tuberculeuses en injectant dans le péritoine de cobayes du pus provenant d'abcès froids osseux, de virulence extrêmement atténuée. Il a, en outre, observé tout récemment chez l'homme, avec M. Griffon, un cas de cirrhose hypertrophique tuberculeuse du foie, accompagnée d'ascite.

M. Lamy dit que la question de la nature tuberculeuse des cirrhoses avait déjà été tranchée autrefois par Hanot, au point de vue clinique, et que depuis cette époque de nombreux faits expérimentaux sont venus confirmer cette opinion.

Cirrhose hypertrophique alcoolique avec régression atrophique secondaire.

M. Claude communique l'observation d'un homme de quarante-deux ans, alcoolique de longue date, qui était atteint de cirrhose et chez lequel, lors d'un premier séjour à l'hôpital, la matité hépatique au niveau de la ligne mamelonnaire était de 23 à 25 centimètres. Ce malade quitta l'hôpital amélioré au point de vue général, mais il fit de nouveaux excès de boissons et fut bientôt obligé d'y rentrer dans un état beaucoup plus grave. Après une ponction abdominale qui donna issue à 5 litres de liquide, on constata que le foie était très diminué de volume et dépassait à peine les fausses côtes. Deux mois plus tard, cet homme succomba et, à l'autopsie, on trouva un foie pesant seulement 950 grammes et présentant tous les signes du petit foie de la cirrhose de Laënnec; sur les coupes on reconnut les lésions de la cirrhose biveineuse classique.

La cause de l'atrophie secondaire de cette cirrhose primitivement hypertrophique n'a pu être précisée; quoi qu'il en soit, cette observation prouve la possibilité d'une régression atrophique dans cette forme de cirrhose alcoolique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 mai 1903.

De l'action physiologique et thérapeutique du cécropia.

MM. Gilbert et **Carnot**. — L'étude des propriétés physiologiques et thérapeutiques du cécropia, plante exotique douée de propriétés cardiotoniques, nous a donné les résultats suivants :

Expérimentalement, la toxicité de l'extrait alcoolique de cécropia est relativement faible et l'on peut en utiliser, sans accidents, des doses assez fortes. Ce médicament semble posséder, d'autre part, comme la digitale, une action cumulative qui explique la persistance de ses effets pendant plusieurs jours.

Sur le cœur, le cécropia agit principalement en augmentant l'énergie de contraction du muscle cardiaque; sur les tracés sphygmomanométriques, la hauteur des pulsations est doublée, triplée et même davantage; cette action persiste assez longtemps. A dose toxique, il y a ralentissement du pouls et légère hypotension. En ce qui concerne le rein, le cécropia se comporte comme un diurétique et peut tripler ou quadrupler la quantité normale d'urines.

Au point de vue clinique, nous avons administré l'extrait alcoolique de cécropia à la dose de XXX gouttes par vingt-quatre heures, pendant quatre ou cinq jours, chez des cardiaques asystoliques : il survient, à partir du troisième jour, une diurèse abondante et telle qu'un malade qui n'urinait que 500 grammes par jour, urine successivement, après administration du médicament, 700 c.c. le lendemain, 2,500 le troisième jour, 3,100 le quatrième jour, 3,100 le cinquième, 2,600 le sixième, 2,500 le septième. En même temps, l'état général s'améliore, la dyspnée diminue, les pulsations, incomptables au début, se ralentissent et se régularisent. Cet effet remarquable est presque constant et très comparable à celui de la digitale, mais la toxicité du cécropia est beaucoup moindre que celle de cette substance.

Production expérimentale d'une hypersécrétion muco-membraneuse.

MM. Soupault et **Jouault**. — Certains faits cliniques semblant indiquer que l'entérite muco-membraneuse est souvent amenée et entretenue par l'état pathologique d'un organe abdominal, source d'irritation pour les nerfs intestinaux, nous avons tenté de provoquer expérimentalement l'hypersécrétion de mucus intestinal. Chez trois lapins, nous avons déterminé une irritation aseptique des viscères abdominaux : une fois en injectant un lait de bismuth stérilisé dans la vésicule biliaire, une deuxième fois en injectant la même substance dans la trompe gauche, une troisième fois, enfin, en déroulant et en malaxant l'intestin, et en injectant du sous-nitrate de bismuth dans l'appendice. Dans ces trois cas, nous avons constaté une hypersécrétion de mucus, et des selles rappelant de façon frappante l'aspect des garde-robes des malades atteints d'entérite muco-membraneuse. La production des glaires a paru d'autant plus abondante que le traumatisme abdominal a été plus prononcé.

M. Gouget dit avoir réussi, de son côté — et cela depuis déjà plusieurs années —, à déterminer des entérites muco-membraneuses en injectant de l'urine sous la peau de lapins; les mêmes injections pratiquées avec de l'urée n'ont donné aucun résultat.

Toutefois, l'orateur estime qu'on ne doit pas assigner une pathogénie univoque à l'entérite muco-membraneuse et qu'il ne faut pas se hâter d'assimiler les modifications de la sécrétion intestinale, obtenues expérimentalement, à l'entérite muco-membraneuse de l'homme.

MM. Gilbert, Herscher et **Posternak** font une communication tendant à démontrer que, dans les liquides albumineux, tels que le sérum, la réaction de Gmelin ne permet pas de dépister la bilirubine, si la proportion de cette substance est inférieure à $^1/_{40,000}$.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Saint-Louis, le 12 avril 1903.

Procédé autoplastique pour l'ablation des cancroïdes des lèvres.

Parmi les multiples procédés qui ont été préconisés tour à tour pour obvier autant que possible à la difformité qu'entraîne l'ablation d'un cancroïde de la lèvre, celui qui est employé le plus couramment consiste dans une excision en coin, car il présente l'avantage d'une exécution simple et rapide. Cependant la coaptation des lèvres de la plaie détermine souvent une tension considérable des tissus et de la cicatrice, en raison des dimensions de la brèche que laisse généralement l'intervention au niveau de la lèvre opérée; d'où la nécessité d'avoir recours dans certains cas à une autoplastie secondaire pour remédier à l'insuffisance d'un pareil résultat. Afin d'obtenir d'emblée et dans tous les cas un effet satisfaisant, M. le docteur W. W. Grant (de Denver) a adopté, pour l'ablation des cancroïdes de la lèvre, un procédé différent de ceux qui sont ordinairement utilisés (1). Voici en quoi il consiste :

Si, pour prendre un exemple, il s'agit d'une tumeur de la lèvre inférieure, ce qui est le cas habituel, on pratique d'abord, de chaque côté de la lésion, en pleins tissus sains, une incision verticale comprenant toute l'épaisseur de la lèvre. On réunit ensuite l'extrémité inférieure des deux incisions verticales par une incision horizontale qui passe au-dessous du niveau de la tumeur. La partie de la lèvre que l'on a ainsi excisée et qui renferme le néoplasme dans son épaisseur affecte alors une forme rectangulaire. Pour combler la perte de substance résultant de cette exérèse, M. Grant fait deux incisions complémentaires partant chacune de l'un des angles inférieurs de la plaie, là où l'incision horizontale se rencontre avec chacune des deux incisions verticales. Dirigées en bas et en dehors, ces incisions complémentaires déterminent avec les incisions verticales deux lambeaux triangulaires toujours faciles à rapprocher quand les incisions complémentaires ont une longueur suffisante : pour cela, il ne faut pas craindre de dépasser le bord du maxillaire inférieur et d'empiéter sur le cou. Le plus souvent même, une pareille pratique se trouve indiquée, d'un côté au moins, à seule fin de procéder à l'ablation des métastases ganglionnaires qui siègent dans la chaîne carotidienne. Pour rapprocher les deux lambeaux triangulaires, on commence par les suturer sur la ligne médiane, puis on réunit la lèvre inférieure du lambeau à la peau du menton. Il en résulte une sorte d'Y renversé, à sinus inférieur et comprenant le menton dans l'ouverture de ses branches. Quand il s'agit d'un cancroïde à siège médian, l'Y a une forme symétrique. Lorsque, au contraire, la tumeur est plus rapprochée de l'une des commissures labiales, l'Y est irrégulier et ses branches sont d'inégale longueur.

Pour la lèvre supérieure, l'opération se fait d'une façon similaire; il n'y a donc pas lieu d'y insister.

Les incisions, avec cette méthode, dépassent rarement, dans les cas moyens, les parties mobiles des lèvres et des joues. Aussi les lambeaux sont-ils habituellement faciles à amener dans leur nouvelle position sans qu'il y ait lieu pour cela d'avoir recours à des décollements étendus au niveau du maxillaire inférieur.

Les résultats obtenus par ce procédé sont généralement supérieurs à ceux que donne l'excision cunéiforme, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue chirurgical. D'une part, en effet, tout en plaçant les incisions en pleins tissus sains, une moins grande étendue de la lèvre a été sacrifiée, et, par conséquent, la bouche s'en trouve moins rétrécie. Elle est également moins déformée, et l'affaissement de la lèvre que l'on observe si souvent avec les méthodes habituelles ne se produit pas, ou n'est pas aussi accentuée. Il en résulte encore que la parole est moins gênée. D'autre part, la tension des tissus est beaucoup moins considérable, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à

(1) Ce procédé rappelle jusqu'à un certain point celui qui a été préconisé jadis par Malgaigne, mais il s'en distingue par une plus grande simplicité.

des incisions de décharge ou à des opérations secondaires destinées à remédier à une tension dangereuse pour la vitalité des parties.

Dans les cas où le cancroïde, pris tout au début, est encore peu volumineux, et si le malade possède une grande bouche, M. Grant ne pratique pas l'opération que nous venons de décrire, mais a recours à l'excision cunéiforme.

Appareil de suspension pour la rhinoplastie.

Les récentes tentatives d'injection de paraffine sous la peau du dos du nez en vue de rendre à cet organe sa forme normale prouvent, après tant d'autres, les difficultés que présente une restauration de ce genre. J'ai eu l'occasion de voir, à Denver, un appareil que M. Grant utilise dans ce but. La simplicité de cet appareil, ainsi que les bons résultats qu'il a donnés entre les mains de son auteur, m'engage à en parler ici.

Le principe de la méthode consiste à se servir d'une sorte de pont passant au-dessus du nez, reposant par ses extrémités sur le squelette de la face et auquel on *suspend* temporairement le squelette du nez par un fil d'argent. L'instrument employé à cet effet est constitué essentiellement par une tige plate en métal, courbée sur le plat en deux endroits. Elle porte à sa partie moyenne une série de trous qui permettent de fixer le fil d'argent. A chacune des extrémités de cette tige est adaptée une plaque en caoutchouc durci, destinée à reposer sur la pommette dont elle épouse la forme aussi exactement que possible. Des rubans passant au-dessus et au-dessous de l'oreille maintiennent l'appareil en place. Le tout forme une espèce de cerceau métallique appuyé sur les os malaires et passant, au-dessus du nez, à une certaine distance des téguments. Qu'il s'agisse alors d'une fracture ou d'une carie des os du nez, on commence par replacer les différentes parties osseuses dans leur situation normale à l'aide d'une opération appropriée. Puis, ayant mis l'appareil en place, on y fixe la boucle d'un fil d'argent, qui traverse ensuite les os du nez pour ressortir du côté opposé et aller se fixer, par son autre extrémité, à la bande métallique de l'appareil, lequel constitue ainsi un véritable appareil de prothèse nasale temporaire.

Cet appareil est laissé en place pendant une période variable suivant la durée de temps nécessaire pour obtenir une consolidation suffisante des parties, ce qui n'exigerait, en général, qu'une huitaine de jours, d'après M. Grant.

Le procédé employé par ce chirurgien ne saurait évidemment convenir aux cas où la totalité du squelette osseux du nez a été détruite. Mais dans les destructions moins étendues, il semble susceptible de rendre de réels services. La pression des plaques sur l'os malaire est supportée sans aucun inconvénient en raison de la grande surface suivant laquelle s'effectue cette pression, ainsi que de l'adaptation parfaite des plaques à la région malaire. En outre, il s'agit d'une intervention beaucoup moins grave que celle qui consiste à introduire une pièce prothétique à demeure sous la peau du dos du nez.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Du diagnostic de la tuberculose de l'iris par la ponction de la chambre antérieure et de son traitement, par M. D. Gourfein.

Le diagnostic différentiel de la tuberculose de l'iris est très difficile à établir, les caractères cliniques de cette affection pouvant être confondus avec ceux des tumeurs sarcomateuses, des gommes syphilitiques, d'un simple granulome, etc. Or, ces méprises sont de nature à entraîner des conséquences extrêmement fâcheuses, le chirurgien s'exposant à pratiquer l'énucléation du globe oculaire pour un soi-disant tubercule de l'iris, alors qu'une cure mercurielle ou l'atropinisation seraient susceptibles d'amener rapidement la guérison. Ce qui rend le diagnostic en question particulièrement délicat, c'est que la recherche du bacille de Koch reste, le plus souvent, négative en cas d'iritis tuberculeuse. D'autre part, on ne saurait guère compter sur la méthode expérimentale qui consiste à inoculer dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin un petit fragment de tissu suspect. En effet, ce procédé, qui rend de grands services toutes les fois qu'il s'agit d'organes pouvant facilement fournir la matière à inoculer, est inapplicable à la plupart des cas de tuberculose de l'iris, puisqu'il nécessite une iridectomie et qu'au cours de cette intervention on risquerait d'ensemencer la chambre antérieure, milieu de culture très propice pour le bacille de Koch.

En présence de cet état de choses, M. Gourfein a eu l'idée d'utiliser, en vue du diagnostic par la méthode d'inoculation, l'humeur aqueuse, qui paraît devoir être le réceptacle principal des bacilles de Koch, la pénétration de ceux-ci dans l'œil se faisant probablement par les voies lymphatiques antérieures. Le fait qu'on ne trouve pas toujours des bacilles dans l'humeur aqueuse ne va, d'ailleurs, nullement à l'encontre de cette manière de voir, la recherche de ces microorganismes dans les tissus et les liquides de l'organisme étant, comme on le sait, très malaisée. D'autre part, on ne peut guère admettre que l'humeur aqueuse qui, dans les cas d'iritis tuberculeuse, baigne constamment les tubercules, puisse échapper à la contamination.

Afin d'élucider cette question, l'auteur a institué une série de recherches expérimentales sur des lapins et sur des cobayes, auxquels il injecta, dans la chambre antérieure, de l'humeur aqueuse provenant de deux enfants atteints de tuberculose irienne. Ces expériences ont été couronnées de succès, tous les animaux inoculés ayant succombé à une tuberculisation générale. Il y a plus : en ensemençant sur pomme de terre une goutte d'humeur aqueuse prise sur un œil atteint d'iritis tuberculeuse, M. Gourfein a réussi à obtenir une culture de bacilles de Koch, dont l'inoculation en séries donna des résultats positifs.

En ce qui concerne la thérapeutique de l'affection dont il s'agit, l'auteur estime que l'énucléation constitue le seul traitement efficace. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril 1903.) — L. CH.

Note sur des rêves précurseurs de la migraine ophtalmique, par M. Ch. Féré.

On sait que les épileptiques ont assez fréquemment des « rêves d'accès », sorte d'accès en miniature qui constituent un symptôme précurseur du paroxysme. Il en serait parfois de même chez les migraineux, à en juger par 2 faits que M. Féré a eu l'occasion d'observer.

Le premier concerne un homme de quarante-trois ans, syphilitique et d'hérédité neuro arthritique, sujet depuis trois mois à des migraines ophtalmiques avec scotome scintillant, se reproduisant à des heures variables, mais de préférence dans la matinée vers neuf heures. Le malade était toujours prévenu qu'il allait avoir une crise par un rêve terrifiant survenant à trois ou quatre heures du matin et apparaissant du côté droit : il s'agissait d'orages, d'éruptions volcaniques, d'incendies. Ces rêves avaient débuté quelque temps avant le développement de la migraine; sous l'influence du traitement spécifique, celle-ci disparut bientôt, et les rêves ne lui survécurent que peu de temps. Dès ce moment, cet homme présentait des symptômes physiques (signes d'Argyll-Robertson, de Romberg, abolition du réflexe rotulien) prémonitoires d'une paralysie générale à laquelle il succomba trois ans plus tard.

Le second cas est relatif à une jeune fille de seize ans, issue d'un migraineux et d'une choréique et ayant elle-même des crises de somnambulisme. Depuis la puberté, survenue à treize ans, cette malade rêvait parfois d'un fantôme blanc, se livrant à des manifestations diverses de nature religieuse; au bout d'un certain temps chacun de ces rêves fut suivi, dans la matinée du lendemain, d'un scotome consistant en l'apparition d'une boule noire dans le côté droit du champ visuel des deux yeux, suivi de troubles sensitivo-moteurs : engourdissement avec picotements et parfois secousses dans la moitié droite du corps. Après une heure ou une heure et demie, ces phénomènes cessent, et c'est alors qu'éclate l'accès de migraine, d'ordinaire terminé par un vomissement bilieux. Grâce à l'administration de bromure de potassium, l'état de cette jeune fille s'est notablement amélioré, mais le « fantôme blanc » reparaît de temps à autre, ce qui permet de craindre que la migraine n'existe toujours à l'état latent.

L'auteur signale la ressemblance de ces rêves visuels avec les hallucinations hémianopsiques; leurs rapports avec la migraine ophtalmique paraît indiquer une analogie du processus physiologique entre les hallucinations et les migraines sensorielles. (*Rev. de méd.*, février 1903.) — F. F.

L'ozène chez le nourrisson, par M. A. Rivière.

On admet généralement que l'ozène ne débute pas dans la première enfance, et l'on cite comme cas très précoces ceux qui concernent des enfants de trois ou quatre ans. Or, d'après l'expérience de l'auteur, cette affection serait loin d'être exceptionnelle chez les nourrissons de moins d'un an, puisque ceux-ci constituent 10 % environ du total des ozéneux qu'il a eu l'occasion d'observer à la consultation du dispensaire général de Lyon. Il relate dans le présent travail quelques cas de cet ozène des nourrissons, dont un notamment est typique :

Il s'agit d'une fillette de huit mois, assez bien développée quoique souffrant de troubles gastro-intestinaux, et dont les parents s'étaient aperçus depuis deux ou trois mois qu'elle exhalait par le nez une odeur repoussante, en même temps qu'elle avait de l'obstruction nasale et de l'élargissement de la base du nez. A l'examen, M. Rivière constata que la muqueuse était pâle, les cornets atrophiés, les croûtes abondantes; les amygdales furent trouvées normales, et il n'existait aucun symptôme de végétations adénoïdes. Sous l'influence de grands lavages du nez à l'eau légèrement salée, il se produisit une amélioration notable non seulement de la rhinite, mais aussi des troubles digestifs; on finit par obtenir la guérison complète de l'ozène au bout de deux ans. A noter qu'une personne de l'entourage de cette petite malade était aussi atteinte de rhinite atrophique; dans un autre cas observé par l'auteur, une fillette avait été nettement contagionnée par une domestique.

Il importe de connaître cet ozène des nourrissons, qui exige une thérapeutique active, en raison des complications (ophtalmies, dacryocystites, otites, troubles gastro-intestinaux, etc.) auxquelles il expose. Or, chez d'aussi jeunes enfants, il ne saurait être question d'électrolyse ou d'injections de sérum antidiphtérique. Aussi M. Rivière conseille-t-il les grands lavages des fosses nasales au moyen d'une petite sonde uréthrale molle introduite dans une narine, en prenant la précaution de ne pas placer le récipient qui contient le liquide (eau salée ou boriquée) à plus de 15 ou 20 centimètres au-dessus de la tête du petit malade. Le cas échéant, on pourra donner de petites douches d'air à narine ouverte, avec une de ces poires en caoutchouc qui servent à administrer des lavements aux tout jeunes enfants, afin de faciliter la désobstruction des fosses nasales. (*Lyon méd.*, 25 janvier 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Un cas de chiralgie paresthésique, par M. S. Bivona.

Sous le nom de « chiralgie paresthésique », l'auteur décrit un syndrome morbide nouveau, offrant d'incontestables analogies avec la méralgie paresthésique, et qu'il a eu l'occasion d'observer sur lui-même.

Cette affection se manifesta par une sensibilité douloureuse à la pression, au niveau de la moitié externe ou radiale du dos de la main gauche; les sensations pénibles étaient très faibles quand la pression était exercée normalement ou de bas en haut, tandis qu'elles étaient très intenses lorsqu'on comprimait le tégument de haut en bas.

Ces particularités ayant éveillé son attention, M. Bivona se livra à un examen plus minutieux, qui lui permit d'assigner comme limites à la zone atteinte : en dedans, une ligne passant par le troisième métacarpien; en dehors, une ligne côtoyant le bord radial du second métacarpien; en haut, l'extrémité inférieure du carpe; en bas, l'extrémité inférieure des métacarpiens. A ce niveau, outre l'hyperesthésie à la pression dont nous avons déjà signalé les caractères, il existait une sensation anormale, comme de « peau morte », avec quelques picotements; les sensibilités tactile, thermique (sur-

tout au chaud) et douloureuse étaient diminuées; l'exploration électrique révélait une vive hyperesthésie pour le courant faradique; quant au courant galvanique, le pôle positif n'était pas perçu, tandis que le négatif déterminait une sensation de brûlure. Ces divers troubles sensitifs atteignaient leur maximum au centre de la zone sus-indiquée; ils diminuaient graduellement à mesure qu'on se rapprochait de la périphérie.

Ces phénomènes augmentèrent d'intensité pendant un mois environ; ils demeurèrent à peu près stationnaires — avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation correspondant aux changements de temps — durant un laps de temps égal; ils avaient complètement disparu trois mois après leur début.

En l'absence de toute cause d'ordre général — syphilis, alcoolisme, tabagisme, diathèse rhumatismale — susceptible de fournir une explication pathogénique, l'auteur est disposé à attribuer la chiralgie paresthésique à une névrite des petits filets du radial, qui, perforant l'aponévrose de haut en bas, traversent le tissu cellulaire sous-cutané pour se distribuer à la peau; cette disposition anatomique rend parfaitement compte de cette circonstance, que la pression de haut en bas — en tiraillant ces filets nerveux — fût tout particulièrement douloureuse. La parenté de ce syndrome avec la méralgie paresthésique ne saurait d'autre part être mise en doute, étant donné que M. Bivona avait eu, quelques années auparavant, une atteinte de cette dernière affection, ayant évolué en deux mois. (*Policlinico*, 22 novembre 1902.) — F. F.

Nuovo metodo di nefropessia. In-8°, 22 p. avec fig. Milan, 1903. — **Nouveau procédé de néphropexie,** par M. I. Antonelli.

Parmi les nombreuses méthodes opératoires visant à la cure radicale du rein mobile, aucune n'est complètement exempte d'inconvénients, les unes ayant pour effet de modifier plus ou moins profondément les conditions physiologiques du rein, les autres fixant cet organe dans une position par trop différente de sa situation normale. Le procédé que décrit l'auteur est à l'abri de toute critique de ce genre, mais il exige, pour donner de bons résultats, que la capsule fibreuse soit solide; voici essentiellement en quoi il consiste :

Par une incision de Simon (incision menée sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, à 7 centimètres environ de la ligne épineuse, et qui traverse ainsi les divers plans musculaires de la région), on met le rein à nu, en écartant le tissu graisseux qui l'environne; puis on le dépouille de sa capsule fibreuse sur les trois quarts environ de sa hauteur, de façon qu'il ne reste plus qu'une sorte de capuchon enveloppant le pôle inférieur de l'organe. Ceci fait, on passe dans le bord de section de la capsule fibreuse une série d'anses de soie ou de catgut que l'on noue immédiatement et dont les chefs, maintenus longs, sont repérés au moyen de pinces à forcipressure; on résèque ensuite une grande partie de l'atmosphère cellulo-graisseuse, en ayant soin de former une série de moignons dont chacun est étreint par un fil; le rein est alors replacé dans sa loge et on l'y maintient, d'une part, en faisant passer dans l'épaisseur de la onzième côte les chefs des sutures en anse qui traversent le bord de ce qui reste de capsule fibreuse; d'autre part, en suturant aux lèvres de la plaie musculaire les chefs des fils de ligature placés sur les moignons de tissu cellulo-adipeux, de sorte que ceux-ci viennent former une espèce de coussinet sous le pôle inférieur du rein.

L'opération est terminée par la suture à points séparés des divers plans qui constituent la paroi : muscles, tissu cellulaire, peau.

M. Antonelli a eu deux fois l'occasion de pratiquer cette intervention avec un plein succès : sa première malade guérit sans le moindre incident; quant à la seconde, elle eut des accidents d'urémie assez graves qui éclatèrent au troisième jour (néphrite traumatique), mais qui ne tardèrent pas à disparaître complètement. — F. F.

Prurit localisé essentiel d'origine arsenicale, par M. Ugo Arturo.

Vu le nombre assez restreint de cas qui en ont été publiés, le prurit consécutif à l'usage des préparations arsenicales est encore peu connu; aussi nous paraît-il opportun de signaler les deux faits relatés par M. Ugo Arturo.

Une jeune fille de vingt-deux ans, de bonne santé habituelle mais assez irrégulièrement menstruée, fut soumise à la médication par l'arsenic, administré à doses lentement croissantes de 0 gr. 001 à 0 gr. 015 milligr. Ce traitement avait donné de bons effets au point de vue de la fonction menstruelle, quand apparut, au quatrième mois de la cure, un prurit intense, localisé à la partie antéro-interne des cuisses, au voisinage des plis inguinaux et de la vulve; ce trouble gênant n'était accompagné d'aucune modification objective des téguments, et, malgré des bains répétés et des soins de propreté journaliers, il ne fit qu'augmenter de violence jusqu'à ce qu'on se fût décidé à suspendre l'emploi de l'arsenic; il disparut une semaine après la cessation du traitement.

La seconde observation concerne un homme de trente-cinq ans, auquel l'auteur avait prescrit des préparations arsenicales, à doses progressives de 0 gr. 001 à 0 gr. 020 milligr. d'arsenic, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Au bout de deux mois, le patient se plaignit d'éprouver, dans la région axillaire droite, un prurit extrêmement désagréable, persistant jour et nuit, et sans altération cutanée visible. En dépit des divers moyens qui lui furent opposés, la démangeaison devint de plus en plus pénible, mais, dans ce cas encore, il suffit d'interrompre la cure arsenicale pour la voir rétrocéder en une huitaine de jours.

Se basant sur ces deux faits, M. Ugo Arturo est d'avis que le prurit asenical est dû à l'élimination du toxique par les glandes sudoripares. Il est à remarquer qu'il se localise dans les régions où la peau est le plus sensible et le plus irritable; sans doute certaines conditions individuelles, jusqu'ici indéterminées, sont nécessaires à sa production. (*Policlinico*, 3 janvier 1903.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le salicylate de soude comme moyen de traitement du goitre exophtalmique.

Il y a environ deux ans et demi, M. le docteur Ch. G. Chaddock, professeur des maladies du système nerveux au Marion-Sims-Beaumont College of Medicine, à Saint-Louis, a eu l'occasion de voir en consultation avec M. le docteur J. Babinski, médecin des hôpitaux de Paris, un jeune homme de vingt-sept ans, atteint d'un goitre très marqué, animé de pulsations et qui avait résisté à l'usage de l'iodure de potassium et aux applications de teinture d'iode. Sur le conseil de M. Babinski, on fit prendre au malade du salicylate de soude à la dose quotidienne de 3 grammes : en moins d'un mois, le goitre — qui datait d'un an — avait presque complètement disparu et deux mois après il n'en restait plus aucune trace, en même temps que l'état général du patient, auparavant assez altéré (lassitude, dépression psychique, dyspepsie, etc.), présentait une amélioration notable. En dehors de ce cas, où le diagnostic de maladie de Basedow était discutable, M. Babinski a fait connaître deux autres observations dans lesquelles l'affection dont il s'agit était nettement caractérisée, et où le traitement salicylé a amené une guérison à peu près complète.

Fort de ces exemples, M. Chaddock a eu recours au salicylate de soude dans 3 cas de goitre exophtalmique. A une jeune fille de vingt-huit ans, atteinte d'un goitre animé de pulsations, avec tremblement des membres supérieurs et tachycardie (130 pulsations à la minute), il ordonna ce sel à la dose journalière de 1 gr. 80 centigrammes; sous l'influence de la médication salicylée, associée d'abord à l'usage du glycérophosphate de chaux et à la galvanisation du sympathique cervical, on ne tarda pas à constater une amélioration dans l'état de la patiente; le tremblement finit par disparaître, le nombre des pulsations tomba à 80, et à l'heure actuelle on ne trouve plus trace de la maladie en question. Une basedowienne âgée de plus de cinquante ans, et que notre confrère vit en consultation, fut également très améliorée sous l'influence du traitement salicylé. Enfin, chez une troisième patiente, âgée de quarante-six ans et atteinte d'un goitre très volumineux, le même médicament, administré à la dose de 1 gr. 80 centigr. par jour, amena rapidement la diminution de la tumeur et l'atténuation des symptômes nerveux.

M. Chaddock estime que, le cas échéant, on pourrait augmenter la quantité de salicylate de soude. Il convient, toutefois, d'employer un produit débarrassé d'impuretés, de surveiller l'état des reins et d'éviter toute irritation de l'estomac.

Rappelons que le salicylate de soude a été préconisé contre le goitre exophtalmique, il y a déjà plusieurs années, par M. le docteur Chibret (de Clermont-Ferrand), qui l'a employé, avec succès, chez 4 malades, à la dose de 5 grammes par jour (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 52).

L'emploi de l'adrénaline sous forme de pommade en rhinologie.

Dans la pratique rhinologique, l'adrénaline est habituellement employée sous forme de solution au millième, additionnée d'une petite quantité de chlorétone et quelquefois associée à la cocaïne. Les effets ischémiants de cette préparation sont malheureusement trop fugaces, de sorte qu'il n'est pas rare de voir se produire secondairement une poussée congestive entraînant un gonflement de la muqueuse, voire même une hémorrhagie, pour peu qu'il y ait plaie ou simple érosion nasale. Afin de remédier à cet état de choses, M. le docteur Maurice Mignon (de Nice) a eu l'idée de faire incorporer l'adrénaline dans de la vaseline, de façon à pouvoir obtenir une action prolongée sur la muqueuse nasale.

Comme la quantité de substance active qui doit entrer dans la composition de la pommade est très faible (1 pour 1,000), il faut prendre des précautions particulières pour assurer l'homogénéité du mélange. Aussi notre confrère conseille-t-il de répartir d'abord 0 gr. 03 centigr. d'adrénaline dans 3 grammes d'huile de vaseline et d'ajouter seulement après 12 grammes de vaseline blanche et 15 grammes de lanoline, celle-ci étant destinée à augmenter la consistance de la pommade; on pourrait y joindre, à titre d'antiseptique, III gouttes d'essence de géranium.

En ce qui concerne le mode d'emploi de cette pommade, il importe de ne pas en introduire de grandes quantités dans les fosses nasales, mais seulement de badigeonner la muqueuse avec un porte-coton recouvert du mélange.

Tout en étant quelque peu moins rapide que l'effet de la solution au millième, l'action de la pommade serait, en revanche, beaucoup plus durable. Aussi l'usage de cette préparation serait-il particulièrement indiqué toutes les fois que l'on se propose d'obtenir une ischémie persistante (rhinites aiguës, rhinite congestive à répétition avec ou sans hydrorrhée). Il serait également utile d'y avoir recours après les cautérisations de la muqueuse nasale, pour éviter la congestion secondaire, ainsi qu'à la suite d'interventions sanglantes susceptibles d'amener une hémorrhagie secondaire.

La valeur des applications de gaïacol dans le traitement des oreillons.

Au cours d'une épidémie récente d'oreillons, un médecin italien, M. le docteur Mario Ragazzi (de Varignano) avait vainement essayé de combattre les douleurs dont s'accompagne cette affection par toute sorte de sédatifs, lorsque, ayant eu connaissance du procédé de traitement préconisé par un autre confrère italien, M. le docteur E. Grande (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 280), il se décida à expérimenter, à son tour, les applications de gaïacol. A cet effet, il se servit d'une pommade contenant 1 gramme de gaïacol pour 10 grammes de vaseline et autant de lanoline, avec laquelle on pratiquait, deux fois par jour, des onctions sur la région parotidienne, qu'on recouvrait ensuite de gutta-percha et d'un pansement légèrement compressif.

Notre confrère a employé ce mode de traitement dans 8 cas de parotidite épidémique, et il a été à même de constater que les douleurs diminuent dès la première application de gaïacol, pour cesser complètement après la seconde ou la troisième friction. La tuméfaction, elle aussi, disparaîtrait très rapidement. L'action du médicament serait, il est vrai, d'autant plus manifeste que le traitement est plus précoce; mais les applications dont il s'agit abrégeraient toujours la durée de la maladie, sans jamais donner lieu au moindre accident local ou général.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le syndrome asthmatique dans la grippe.

I

Malgré l'abondance vraiment extraordinaire de contributions et de travaux publiés sur la grippe à la suite de la grande pandémie de 1889, il s'en faut de beaucoup que le sujet soit épuisé, même si on ne le considère que du côté exclusivement clinique et descriptif. Je vais m'occuper aujourd'hui d'un point de l'histoire de cette maladie, qui n'a pas suffisamment éveillé jusqu'à ce jour l'attention des cliniciens. Je veux parler de la manifestation du syndrome asthmatique dans certains cas de grippe, constituant parfois une forme spéciale qui mérite sa description propre, quoiqu'elle ne soit pas des plus fréquentes.

On sait ce que c'est que le syndrome asthmatique. Il est caractérisé essentiellement par une dyspnée paroxystique d'un type particulier, qui se traduit par une inspiration en général aisée et par une expiration difficile, pénible, prolongée, accompagnée de râles secs sibilants plus ou moins nombreux. Quelques autres caractères secondaires complètent la physionomie du syndrome, dont l'expression la plus nette et la plus achevée se rencontre dans l'attaque classique d'asthme essentiel. On l'observe aussi, avec diverses modifications, dans d'autres états pathologiques, le *hay-fever*, l'asthme hystérique, l'adénopathie bronchique, et encore dans la grippe, comme je compte le démontrer.

En effet, il est bien connu que, dans cette infection, le poison morbide s'attaque tout particulièrement au système nerveux, en déterminant des symptômes caractéristiques variés, surtout dans le domaine de l'innervation bulbaire. On a décrit un syndrome *vago-paralytique* et un syndrome *vago-hyperkinétique*, l'arythmie, le collapsus cardiaque et, enfin, les dyspnées nerveuses, dont on a rapproché quelques-unes de celles que cause l'urémie, c'est-à-dire celles qui se rattachent à une intoxication grave de l'organisme.

On peut donc admettre en principe que ces dyspnées sont susceptibles de prendre une forme rappelant l'accès asthmatique, qui est lui aussi un trouble de l'innervation bulbaire, une névrose des centres respiratoires. Cette idée théorique semble si logique et si naturelle, qu'on pouvait se demander *a priori* s'il ne devait pas y avoir une forme asthmatique de la grippe.

Toutefois, je n'ai presque rien trouvé dans la littérature, concernant ce sujet. Les traités classiques sont muets, et même dans les publications les plus récentes il n'en est jamais fait mention, quoique les auteurs se soient évertués à multiplier les formes de la grippe jusqu'à l'infini. On ne rencontre, çà et là, que quelques vagues indications effleurant à peine la question sans l'approfondir. Ainsi, Graves, dans une de ses *Clinical lectures*, signale la prédisposition des asthmatiques pour la grippe. Ailleurs, en parlant de la dyspnée grippale, il relate l'observation d'un jeune matelot nègre, assez robuste, en proie à une dyspnée intense avec oppression considérable et manque d'air; cependant le bruit respiratoire s'entendait partout, et il n'y avait que des *sifflements bronchiques*. Plus loin, le médecin irlandais étudie les dyspnées intermittentes, et il conclut que les troubles respiratoires dépendent de la même cause générale qui produit tous les autres symptômes. Il termine en citant l'asthme comme offrant des conditions analogues.

De telles dyspnées ont été signalées ensuite par tous les auteurs qui se sont occupés de la grippe, et presque tous ont insisté sur leurs caractères et ont fait ressortir la discordance du trouble respiratoire avec les lésions constatées à l'examen physique ou à l'autopsie.

Trousseau mentionne les rhumes comme pouvant provoquer l'attaque d'asthme. C'est lui aussi qui a décrit dans l'asthme infantile les formes catarrhale et bronchopneumonique, qui offrent tant d'analogie avec les faits que je me propose d'étudier. Je suis convaincu que, sur la foi de cette description classique, et d'ailleurs exacte, on a peut-être passé à côté de cas de grippe asthmatique sans les reconnaître.

Henoch paraît avoir aussi observé des faits de cette nature. Dans son traité clinique, à propos de la bronchopneumonie, il parle de « quelques cas où l'on ne peut, malgré les symptômes dyspnéiques intenses, percevoir aucun râle, ou bien ceux-ci sont extrêmement rares; la percussion restant normale, on n'entend, dans toute l'étendue du thorax, qu'un bruit respiratoire exagéré, extrêmement rude, ou celui-ci manque, et l'on ne perçoit partout à sa place que des râles sibilants ». Il ajoute plus loin : « J'admets qu'il est possible qu'une contraction spasmodique des muscles des bronches, comme dans l'asthme bronchique, joue ici un certain rôle. »

Je trouve encore dans G. Sée une allusion à ces faits, à propos des cas de *hay-fever* qui, d'après certains auteurs, s'accompagneraient de catarrhe généralisé et de névralgies sus-orbitaires ou frontales. « Je renvoie, dit-il, pour la séméiologie, à l'histoire de la grippe, qui lui ressemble de tous points. » Il ne reprend pas toutefois ce sujet, et n'en parle pas dans le chapitre indiqué.

C'est là tout ce que je peux rapporter touchant l'historique de la question. C'est bien peu, on le voit, mais cela suffit pour montrer que les relations entre l'asthme et la grippe ont été déjà certainement soupçonnées par des cliniciens éminents, sans qu'ils aient cru devoir y insister. On n'avait vu là, peut-être, qu'une simple coïncidence; on avait tout au plus admis que la grippe réveillait la névrose, comme elle le fait pour beaucoup d'autres états morbides. Pour moi, au contraire, j'ai pu me convaincre qu'il existe quelque chose de plus qu'une rencontre fortuite, car j'ai eu déjà bien des fois l'occasion de constater les rapports très étroits que peuvent présenter les deux affections dans certaines circonstances. J'en donnerai ici deux ou trois exemples.

Un jour, je fus mandé dans une famille pour soigner les enfants qui se trouvaient malades depuis quelques jours. Je les trouvai réunis dans une chambre spacieuse, où ils avaient été mis ensemble pour raison de commodité. Ils avaient tous à peu près les mêmes symptômes : de la fièvre, du catarrhe généralisé, de la toux, etc., et il ne me fut pas difficile de reconnaître la grippe qui sévissait dans la ville à ce moment. Un des enfants, âgé de deux ans, souffrant comme les autres depuis deux ou trois jours, allait déjà mieux, quand, le quatrième jour, la scène change : le petit malade est redevenu abattu, agité, la fièvre s'est rallumée, le coryza s'est accru de nouveau et une dyspnée assez intense apparaît, ayant les caractères très nets de l'accès asthmatique : inspiration courte avec très peu de râles, expiration assez prolongée avec de nombreux râles secs, sibilants, confluents. Ce petit garçon n'avait jamais eu d'asthme; son grand-père maternel, toutefois, en était affecté depuis longtemps. Quoi qu'il en soit des interprétations qu'on veuille admettre pour ce fait, combien suggestif est le cas de ce petit asthmatique placé au milieu de ses frères offrant des formes classiques de grippe catarrhale, dont il est atteint lui-même ! En effet, il tombe malade en même temps que les autres, et présente à peu près les mêmes symptômes qu'eux. On diagnostique une petite épidémie familiale de grippe; seulement, à la place de l'élément congestif qui prédomine chez les autres malades, et à côté de l'élément catarrhal, ici c'est l'élément nerveux qui prend le dessus, en donnant à l'affection une physionomie toute spéciale.

Dans un autre fait, c'est une particularité intéressante qui appelle l'attention du côté de la grippe. Un garçon de quatre ans, dont la sœur est atteinte de grippe catarrhale à forme prolongée, tombe lui-même malade. Il a de la fièvre, de l'agitation, des douleurs partout; le lendemain survient un accès asthmatique caractéristique qui disparaît lentement en deux jours, laissant après lui une éruption de vésicules d'herpès sur la commissure labiale droite et sur la cornée du même côté. Je ne sache pas qu'on ait jamais signalé cette éruption dans l'asthme vrai; par contre, on sait qu'elle est fréquente dans la pneumonie lobaire, dans la grippe et dans quelques autres états infectieux. La kératite herpétique a même été particulièrement signalée dans la grippe par Galezowski. Or, nous avions dans ce cas des raisons suffisantes pour porter le diagnostic de grippe (coexistence d'un autre cas à la maison, début classique, catarrhe des voies respiratoires, chute de la fièvre au deuxième jour, etc.). L'herpès est donc venu confirmer notre jugement. Il a fait plus : en apparaissant comme épiphénomène critique à la suite de l'accès asthmatique, il a pour ainsi dire apposé sur celui-ci la signature de l'infection.

Ce n'est pas seulement chez des enfants que j'ai observé des faits pareils; on peut les constater tout aussi bien chez l'adulte. J'ai eu tout dernièrement l'occasion de voir un cas remarquable de ce genre, assez instructif pour que je le résume ici. Il s'agit d'une jeune femme qui avait joui d'une excellente santé jusqu'à ces derniers temps. L'hiver dernier elle a une grippe assez bénigne, mais fort incommode, dont les principaux symptômes sont la fièvre, la céphalée, la courbature, du coryza, une bronchite traînante et une névralgie orbitaire des plus pénibles, revenant par accès tous les soirs. Or, après quelques jours le tableau morbide se complique d'un symptôme aussi nouveau qu'inattendu : vers trois heures du matin, la patiente se réveille sous l'impression d'un paroxysme dyspnéique, accompagné de picotements dans le larynx, de toux fréquente, scandée, avec expectoration séro-muqueuse, et de quelques râles sonores dans la poitrine. La dyspnée était presque exclusivement expiratoire, et j'ai pu constater qu'elle offrait tous les caractères de l'accès asthmatique, sauf l'intensité et la durée : c'était une miniature de l'asthme. En effet, la malade n'avait presque pas besoin de se lever de son lit, et au bout de quelques minutes, d'une demi-heure au maximum, tout était terminé. Ces accès se reproduisirent pendant plusieurs jours, à la même heure; dans la suite ils devinrent plus effacés et plus irréguliers; ils s'ébauchaient quelquefois dans la journée, et finirent par disparaître tout à fait, en même temps que les dernières suites de l'infection, le catarrhe, les douleurs névralgiques, la faiblesse. Cette femme n'avait jamais eu d'asthme auparavant, et depuis sa grippe elle n'a pas eu non plus d'autres accès.

Je crois que ces trois observations, choisies parmi bien d'autres, suffisent parfaitement pour établir l'aptitude de l'infection grippale à produire d'une manière directe et immédiate l'ensemble des phénomènes qui constituent le syndrome asthmatique. Elles démontrent aussi que ces manifestations ne sont pas toujours identiques, mais se comportent différemment suivant les cas, en présentant des formes dont nous allons étudier maintenant les allures et les caractères.

II

Dans certaines recrudescences saisonnières de la grippe, il n'est pas rare de voir des malades chez lesquels le catarrhe plus ou moins intense de l'arbre respiratoire se double d'un élément nerveux assez peu marqué, mais suffisant toutefois pour éveiller l'attention du clinicien.

Cet élément nerveux peut se traduire par

cette dyspnée excessive et hors de proportion avec les lésions existantes, dyspnée déjà bien connue, et dont j'ai rappelé l'existence au commencement de cet article.

Ailleurs, la dyspnée se manifeste avec des caractères qui la rapprochent du syndrome asthmatique. Si l'on y regarde de plus près, on constate que l'inspiration est plus longue que l'expiration; on entend parfois une ou deux sibilances lointaines et persistantes, noyées au milieu des râles catarrhaux. Il n'y a pas de spasme des muscles respiratoires, pas de malaise pénible ni de manque d'air, pas de tirage, pas de paroxysmes dyspnéiques. Le syndrome asthmatique existe en somme dans son expression la plus légère et la plus atténuée. On pourrait classer ces faits dans une première variété *levissima* d'asthme grippal, si tant est qu'ils méritent cette dénomination.

Pour ce qui est des autres cas plus nets et plus sérieux, comme ceux dont j'ai rapporté des exemples, on peut nettement y distinguer deux formes bien tranchées.

Dans la première, le syndrome est comme noyé dans l'ensemble des manifestations plus ou moins bruyantes de la maladie; il fait partie de l'appareil symptomatique, il accompagne ses différentes phases, apparaissant pendant l'acmé de l'infection — quelquefois dès la période d'invasion —, et persistant souvent longtemps, tantôt par intermittences, tantôt d'une façon presque continue. Ici la manifestation nerveuse est intimement liée à l'infection, et l'état général est presque toujours profondément atteint. On pourrait parler d'une forme *toxique* ou plutôt *toxi-infectieuse* de l'asthme grippal.

Tel est, par exemple, le cas d'un petit garçon de six ans, que j'ai examiné au troisième jour de sa maladie. Il était assez souffrant, avec un mauvais état général, une fièvre élevée, de l'albuminurie, un catarrhe généralisé et une dyspnée assez marquée, de type asthmatique, accompagnée de nombreux râles sibilants aux deux temps et de quelques râles sous-crépitants fins dans les bases, en arrière. Cet état paraissait s'amender pendant la journée, mais il s'aggravait notablement le soir. Trois jours après, congestion du sommet gauche, avec point de côté; la dyspnée continue. Sous l'influence d'un traitement convenable, l'enfant s'améliora lentement, le foyer congestif se dissipa, la dyspnée disparut peu à peu, ainsi que l'albuminurie, et au bout de deux semaines la guérison était achevée. Il s'agissait, en somme, d'un état infectieux assez bien accusé par les signes généraux et par l'albuminurie, et dont la principale localisation avait porté sur l'appareil respiratoire, sous forme de bronchite à type asthmatique peu prononcé d'abord, s'aggravant dans la suite, en même temps que l'infection devenait plus intense et mieux caractérisée par une congestion localisée du poumon.

Dans cette variété toxi-infectieuse, l'aspect clinique est souvent peu rassurant pour le pronostic, qu'on ne peut se défendre de croire mauvais, surtout en présence de certains faits qui se rapprochent des grippes bulbaires graves décrites par les auteurs. Je me rappelle particulièrement le cas d'une fillette de seize mois que j'ai vue en consultation il y a quelque temps. Malade à peine depuis la veille, je l'ai trouvée déjà en proie à une dyspnée extrême (88 mouvements respiratoires par minute), avec agitation des ailes du nez, respiration gémissante, entrecoupée par une toux brève, courte, fréquente, de timbre aigre. Il n'y avait pas de tirage, mais le thorax était secoué par les mouvements dont la fréquence et la rapidité lui communiquaient une véritable ondulation. L'expiration durait autant que l'inspiration. Le murmure respiratoire était partout obscur, voilé, lointain; on percevait quelques râles très faibles çà et là; rien de précis à la percussion. L'état général était mauvais, la température rectale atteignait 39°, le pouls, dépressible, battait à 160, le cœur était affaibli; il existait encore d'autres signes de profonde infection, de la pâleur, de l'hypertrophie du foie et de la rate, etc. Le lendemain, les mêmes traits généraux persistant, la respiration avait pris un type asthmatique net, avec beaucoup de râles sibilants fins, et on pouvait constater un foyer de congestion dans la région scapulaire droite. Cet état dura deux jours, après quoi l'enfant commença à s'améliorer très lentement. Elle a parfaitement guéri et se porte très bien, sans avoir jamais eu, depuis bientôt un an, de manifestation du même genre.

Une autre petite fille d'un an me fut envoyée à l'hôpital par un confrère qui avait diagnostiqué le croup. En effet, la dyspnée considérable, le tirage sus-sternal, la pâleur cyanotique faisaient venir tout de suite à l'esprit l'idée de laryngite diphtérique. Toutefois, la dyspnée plutôt expiratoire, avec 92 mouvements par minute, la toux courte, fréquente, sans raucité, suffisaient à éloigner ce diagnostic, et celui de grippe put être établi sans trop de peine.

Malgré ces allures dramatiques, et en somme assez sérieuses, de la forme toxique de l'asthme grippal, je n'ai eu à déplorer qu'une seule mort, celle d'un nourrisson âgé d'un mois à peine, et dont l'observation est tout à fait semblable à celles que je viens de relater. On peut lire aussi dans les *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, de Henoch, l'histoire d'un fait analogue, chez un bébé de trois semaines. Chez ces deux tout petits enfants la mort est venue terminer la scène, leur âge tendre ne leur ayant pas permis d'opposer une réaction suffisante à l'atteinte profonde de la maladie.

Dans la dernière forme qu'il me reste à décrire, et qu'on pourrait appeler *nerveuse*, le syndrome asthmatique semble n'être qu'un épisode survenant au même titre que les névralgies secondaires, dont il imite jusqu'à un certain point les allures plus ou moins variables et capricieuses, l'intensité, l'intermittence, la durée, etc., etc. Il apparaît assez tardivement, n'a pas d'influence sur l'état général, dont il est, d'autre part, à peu près indépendant; il peut se montrer tantôt à l'état d'attaque unique et d'une certaine intensité, tantôt sous une forme atténuée, mais intermittente et récidivante. Le meilleur exemple que je puisse donner de cette forme est celui de la jeune femme dont j'ai résumé plus haut l'observation.

En étudiant les cas de cette dernière catégorie, on est tenté de croire qu'il s'agit ici tout simplement d'accès asthmatiques provoqués par la grippe chez des prédisposés. Quoique tous mes malades de cette espèce aient été indemnes d'asthme aussi bien avant qu'après leur grippe, je ne doute pas que cette hypothèse soit fondée. Dans les antécédents des sujets, j'ai, en effet, trouvé l'asthme chez des ascendants (grand-père, père, mère). En outre, j'ai vu des asthmatiques avérés présenter des accès de leur névrose à l'occasion d'une atteinte grippale. Or, ces accès provoqués avaient des allures particulières, qui les éloignaient des attaques habituelles et les rapprochaient de ceux que je décris actuellement. Le cas d'un de mes malades est très instructif à cet égard. Il avait souffert très longtemps de l'asthme, mais il se portait mieux, n'ayant presque plus d'attaques et celles-ci étant devenues d'autre part très atténuées. Il a dernièrement une grippe fébrile et névralgique, avec très peu de catarrhe; il se soigne; le quatrième jour de la maladie, après avoir été apyrétique, il sent revenir la fièvre, il se met à tousser, et vers le soir éclate un accès d'asthme très intense, qui persiste avec des alternatives, mais sans discontinuer, pendant quarante-huit heures, ce qui n'était jamais arrivé. La fumée de datura qu'il avait coutume de respirer ne lui donne aucun soulagement. Il parvient à se calmer seulement en prenant de l'antipyrine et de l'iodure d'ammonium, que je lui avais conseillé; il attribue même à ces médicaments la fin de son accès. Celui-ci est suivi d'une sécrétion catarrhale par le nez et par les bronches, non pas la sécrétion muqueuse claire et modérée d'autrefois, mais un mucus épais, blanc jaunâtre et trouble, excessivement abondant, et qui a persisté pendant quelques jours. Cette observation prouve donc que la grippe peut exercer une influence incontestable sur l'asthme vulgaire, en modifiant profondément son intensité, son aspect, sa durée, sa terminaison, et jusqu'à sa façon de se comporter vis-à-vis d'une médication. Un tel effet est évidemment dû à une action directe, et pour ainsi dire spécifique de l'infection sur les centres producteurs du syndrome. On peut dès lors supposer que la grippe est susceptible de le créer de toutes pièces, dans de certaines conditions de prédisposition individuelle ou héréditaire, ou simplement d'en provoquer la manifestation à l'état d'ébauche plus ou moins effacée.

III

D'après les idées qui ont le plus cours à l'heure actuelle, on doit admettre que la grippe exerce son action sur le bulbe par l'intermédiaire du poison, de la toxine grippale. Il faut avouer que pour la plupart des faits on ne saurait concevoir d'explication plus en harmonie avec les phénomènes qui se produisent. Ceci est vrai surtout de ces cas graves, que j'ai appelés *toxi-infectieux*, où à côté des troubles respiratoires portés à un haut degré, on voit tout l'organisme profondément atteint, le système nerveux comme sidéré par l'intoxication.

Nous ignorons tout à fait pourquoi le poison grippal porte son action spécialement sur le bulbe dans de tels cas, alors qu'ailleurs il détermine le syndrome vago-paralytique, etc., etc. Pouvons-nous, du moins, préciser les conditions qui prédisposent à cette localisation, déterminent cette forme spéciale de la maladie? Je ne le crois pas. J'ai montré que des asthmatiques avérés pouvaient voir leurs accès provoqués ou réveillés par la grippe. Partant de là, on pourrait admettre dans tous nos cas une prédisposition latente pour la névrose, qui se réveillerait à l'occasion de la secousse infectieuse. C'est là une hypothèse qu'on peut accepter, mais qui ne reste pas moins une pétition de principe, puisque rien ne prouve cette prédisposition en dehors de la constatation même du phénomène qui la fait supposer.

Je sais bien que, pour d'aucuns, la question serait aisément résolue en invoquant l'hypothèse d'arthritisme, dont on abuse si volontiers aujourd'hui. Mais ce serait là se payer de mots. L'arthritisme, à en croire ses partisans modernes, est si général, si commun, si abondant, si universel, on le rencontre si souvent et à tout propos, qu'il a perdu toute valeur comme cause spécifique ou même simplement prédisposante d'une maladie quelconque ou d'un groupe de maladies. En effet, comme l'a si bien dit M. Marfan, on retrouverait sans doute l'arthritisme dans toute statistique sur les antécédents de presque tous les sujets. Dès lors, on ne peut lui accorder aucune importance dans une recherche comme celle que nous poursuivons, et autant vaudrait invoquer le froid, la fatigue ou quelque autre de ces causes banales que l'on fait intervenir quand on se sent à court d'explications.

Dans un autre ordre d'idées, on pourrait peut-être, avec de meilleures raisons, édifier sur des données empruntées à la clinique et à la physiologie une hypothèse plus satisfaisante, sinon pour tous les faits, du moins pour quelques-uns d'entre eux, et particulièrement pour les cas de forme nerveuse. Je veux parler de la théorie de Voltolini confirmée par les recherches de M. Fr. Franck, de Mackenzie et de tant d'autres, concernant l'influence de l'irritation de certaines zones sensitives spéciales du nez et du pharynx sur la production de l'attaque asthmatique. On sait que bien souvent cette névrose est entretenue par des polypes nasaux,

par des amygdales hypertrophiées, par des végétations adénoïdes, etc. J'ai publié moi-même jadis un travail relatant des observations d'asthme infantile d'origine nasale, où le traitement des lésions du nez amena une modification très favorable dans les manifestations de la névrose. On connaît d'ailleurs la fâcheuse influence qu'exercent sur beaucoup d'asthmatiques les odeurs, les poussières respirées, voire que chez certains l'attaque est précédée ou accompagnée d'irritation nasale plus ou moins marquée : picotements, sécrétion exagérée, éternuements, rougeur. Or, la grippe détermine très souvent des lésions des muqueuses du nez et du pharynx, sous forme de coryza, d'adénoïdites, etc. Il suffit de supposer que ces lésions atteignent les aires dénommées sensitives pour que le syndrome asthmatique éclate avec plus ou moins d'intensité. Avec une telle explication, il est plus aisé de comprendre aussi la manifestation de la simple esquisse d'asthme, effleurant la grippe catarrhale banale.

Quoique simple et séduisante, cette hypothèse aurait encore besoin de recherches nombreuses et bien conduites pour être définitivement acceptée.

IV

Le diagnostic de la forme asthmatique de la grippe n'offre pas, en général, de difficultés sérieuses. Il repose nécessairement sur la double constatation du syndrome respiratoire et de l'infection. Dans les formes *légères* le syndrome est ordinairement si effacé, si relégué au dernier plan, qu'on n'a presque jamais à porter un diagnostic spécial : l'idée de grippe est déjà établie quand on perçoit les râles sibilants et le léger trouble caractéristique du rythme respiratoire, signes qui, dans l'espèce, ne feront que confirmer le diagnostic posé.

Dans les formes plus graves, *toxi-infectieuses*, le diagnostic devient plus difficile et souvent embarrassant, à cause de la prédominance de l'élément asthmatique; il faut éliminer les autres états morbides qui comptent cet élément parmi leurs manifestations. Je n'insisterai pas sur les caractères du syndrome lui-même, bien connus de tous, et d'ailleurs de constatation facile. Je veux m'attacher plutôt à en dégager la signification, en cherchant à établir les différences qui le séparent, en tant que manifestation grippale, des cas d'asthme vrai ou d'autres manifestations analogues.

On peut commencer par écarter de suite toutes les manifestations asthmatiques chroniques, soit à forme prolongée, avec de l'emphysème, etc., soit sous forme d'accès répétés et déjà connus du malade ou de son entourage. On mettra de côté aussi les cas apyrétiques (1), ainsi que ceux qui se présentent tout à fait dégagés d'un ensemble morbide actuel, à marche aiguë et d'aspect plus ou moins bruyant. On évitera de la sorte tous les cas d'asthme vrai à manifestations classiques, et aussi tous ces faits bâtards liés à l'adénopathie bronchique, aux lésions chroniques naso-pharyngiennes, aux compressions des bronches. L'asthme urémique, soit permanent, soit paroxystique, n'est qu'une dyspnée plus ou moins violente, sans aucun signe physique appréciable par l'auscultation. De même l'asthme dyspeptique de Henoch et Silbermann, qui se traduit par des phénomènes dyspnéiques désordonnés, d'apparence grave, mais sans offrir les caractères du type respiratoire et les sibilances propres de l'asthme. Il est même regrettable que le mot « asthme » soit employé dans ces cas comme synonyme de dyspnée ou d'oppression respiratoire; il devrait être réservé aux seules dyspnées ayant les caractères nettement distinctifs du paroxysme asthmatique classique; c'est, du reste, dans ce sens que je l'emploie exclusivement.

En procédant ainsi, il nous reste surtout à discuter le diagnostic entre la grippe à forme asthmatique et l'asthme infantile fébrile du type Trousseau, dont j'ai déjà parlé à diverses reprises. On sait, depuis les travaux de l'illustre clinicien français, que l'asthme chez l'enfant affecte bien souvent un type catarrhal ou même broncho-pneumonique, qui peut quelquefois égarer le praticien, s'il n'est pas prévenu de cette éventualité, aujourd'hui bien connue de tous les médecins d'enfants. Ces formes, dont Trousseau a donné des descriptions magistrales, sont celles qui se rapprochent le plus des cas de ma deuxième catégorie, et je suis persuadé que c'est l'autorité de Trousseau qui a peut-être empêché de classer beaucoup de ces faits à leur place véritable. Il y a, en effet, dans les deux affections, un état aigu fébrile, à invasion généralement soudaine, à allures sérieuses, de durée variable et plus ou moins accidentée, et dont les symptômes les plus saillants sont constitués par le syndrome asthmatique et l'inflammation catarrhale des voies respiratoires. En y regardant de plus près, toutefois, et en étudiant soigneusement les diverses manifestations des deux maladies, on arrive à en saisir les différences, à les dégager nettement l'une de l'autre, et à établir leur physionomie respective.

Dans l'asthme catarrhal des enfants, l'invasion est souvent brusque, quelquefois précédée de prodromes courts, légers, apyrétiques. L'attaque établie, la dyspnée est considérable, sans rapport avec l'état général, la fièvre étant nulle ou modérée. Le catarrhe, plutôt séreux ou muqueux, n'est pas bien intense; il n'y a pas de pharyngite, pas d'angine, pas de congestion pulmonaire. L'accès se termine régulièrement par une détente — qui peut être provoquée par la médication, vomitif ou fumigations narcotiques —, tout en laissant persister un peu l'élément catarrhal. Il est toujours court, mais avec des répétitions plus ou moins éloignées.

Dans la grippe asthmatique à forme toxi-infectieuse, au contraire, les prodromes sont plus sérieux; quelquefois la fièvre, le catarrhe et les autres signes d'infection sont déjà bien nets avant toute manifestation de l'asthme. La fièvre atteint 39° et plus, l'état général peut être gravement atteint, alors que l'élément nerveux est encore nul ou peu accentué. Celui-ci disparaît graduellement et non par détente brusque ou par influence médicamenteuse. On constate toujours quelques-uns des symptômes variables des diverses formes de la grippe : névralgies, dépression considérable des forces, catarrhe nettement inflammatoire et plus ou moins généralisé des muqueuses, foyers de congestion pulmonaire avec souffle et matité, *herpes labialis* ou autres, langue opaline, intermittence de quelques manifestations, etc. L'accès est unique. Enfin, la notion épidémique aidera puissamment le diagnostic par la constatation de cas de grippe dans l'entourage. Il semble même que l'asthme grippal puisse constituer un type épidémique spécial; du moins suis-je porté à le croire d'après la description d'une petite épidémie d'asthme infantile relatée par M. Bellotti (1), et attribuée par cet auteur à des auto-intoxications d'origine intestinale. Il ne faut pas s'en étonner, si l'on se souvient que les maladies épidémiques peuvent se manifester quelquefois sous forme d'épidémies partielles où prédomine un symptôme ou une variété spéciale de la maladie; le fait a été mis hors de doute pour la grippe elle-même.

Dans la forme nerveuse de l'asthme grippal, le diagnostic est rendu plus facile par la dissociation plus nette des deux états pathologiques, en sorte que le clinicien n'a qu'à constater leur coïncidence et leur dépendance mutuelle. Chez la jeune femme dont j'ai résumé l'observation, on pouvait penser à l'asthme des foins, avec lequel la forme morbide en question avait quelque ressemblance. Il m'a suffi de me reporter aux descriptions classiques de cette bizarre maladie pour l'écarter tout à fait, et cela d'autant plus que je n'ai jamais eu l'occasion d'en rencontrer un seul cas parmi nous.

V

Le pronostic ne semble pas bien grave, excepté chez les tout petits enfants, pour lesquels j'ai cité deux cas terminés par la mort. Chez les autres enfants, pour peu qu'il y ait une réaction suffisante, et malgré les apparences quelquefois sérieuses de l'atteinte, la terminaison a toujours été favorable, comme d'ailleurs dans la grippe infantile en général.

C'est là une constatation heureuse, car nous ne pouvons pas compter sur des moyens thérapeutiques ayant une valeur incontestable dans de tels cas. Soit dans la grippe, soit dans l'asthme, nous sommes encore réduits à des médications très aléatoires. Je m'étonne de l'optimisme de ceux qui prônent avec confiance telle substance, par exemple la quinine qui a même été vantée comme un vrai spécifique de la grippe! J'ai employé souvent ce médicament dans cette maladie, j'en ai obtenu une action favorable sur quelques symptômes, névralgies, fièvre traînante, etc. Jamais cependant je n'ai pu me convaincre de sa prétendue valeur spécifique, et encore moins de l'action abortive dont on l'a gratifié.

Je puis même relater, à ce sujet, un fait intéressant, qui présente les conditions d'une véritable expérience, et où la quinine à haute dose, administrée à un enfant de dix-huit mois au premier soupçon de grippe, n'a pas eu plus d'effet que n'en eût eu de l'eau distillée. Il s'agit d'une petite fille assez robuste qui avait depuis la veille un peu de fièvre, ainsi qu'une légère toux et de l'enchifrènement. Je constate 38°5, un coryza assez marqué, quelques râles dans la poitrine, la langue un peu chargée, et rien de plus. Un frère de la petite malade étant déjà en proie à une grippe catarrhale très nette, je prescris de suite une dose assez forte de quinine (0 gr. 30 centigr. en deux prises). Le soir, cependant, le thermomètre monte à 39°6 et il y a une légère dyspnée. Le lendemain matin la fièvre tombe presque à la normale, mais la dyspnée est plus marquée et a pris un caractère asthmatique des plus nets, avec des râles sibilants nombreux; la langue est opaline. Vers le soir la fièvre se rallume (38°7), sans amener de modification du trouble respiratoire. C'est seulement à partir du jour suivant que l'enfant présente un mieux plus accusé.

Ainsi qu'on le voit, non seulement la fièvre s'est montrée ici élevée en dépit de la quinine, mais, fait plus intéressant dans l'espèce, la maladie est devenue dans la suite un exemple net de grippe asthmatique, ce qui prouve que, dans cette forme du moins, la quinine n'a pas d'effet, en eût-elle dans les autres, ce que j'ai de bonnes raisons pour ne pas croire.

Des autres médications usuelles conseillées contre la grippe, je ne relèverai que le chlorhydrate d'ammoniaque, l'aconit à haute dose et l'eau froide sous forme de bains ou d'enveloppements humides : ces trois moyens, je les emploie souvent avec des résultats acceptables, et même satisfaisants, surtout dans les formes thoraciques. Ce sont eux que j'ai mis en pratique dans les cas d'asthme grippal, excepté dans ceux où l'intoxication semblait dominer la scène; alors j'ai eu plutôt recours aux bains chauds, à l'éther, au camphre, etc. L'iodure d'ammonium a été prescrit souvent, après la médication du début; outre son action expecto-

(1) D'après une communication verbale que vient de me faire M. le docteur Carneiro, il y aurait peut-être lieu de modifier cette dernière proposition. En effet, ce distingué confrère vient d'observer un cas de grippe chez une femme, dont les deux fillettes ont eu presque aussitôt après des attaques d'asthme, affection dont elles avaient été absolument indemnes jusqu'alors. Amené par cette étrange coïncidence à supposer une origine grippale à ces manifestations, M. Carneiro a pourtant hésité à le faire, à cause de l'absence de fièvre chez les deux petites malades. Le sujet demande donc de nouvelles recherches.

(1) Bellotti. Asma infantile epidemico da autointossicazione. (*Gazz. degli Osped.*, 7 oct. 1900.)

rante, j'ai cru remarquer qu'il amendait la crise asthmatique et qu'il prévenait efficacement le retour des accès. Les fumigations narcotiques, si usitées dans l'asthme vrai, ne m'ont paru utiles que dans la forme nerveuse ou secondaire; dans la forme toxique, elles sont sans action et se montrent peut-être même nuisibles, par leur effet stupéfiant et par l'altération de l'air respirable.

Je n'ai pas employé la morphine, ce qui se comprend aisément. A sa place, je donne souvent avec succès, dans l'asthme vrai des enfants, l'antipyrine à titre de calmant. Je l'ai utilisée moins fréquemment dans l'asthme grippal, quoique ce médicament, dont on a beaucoup exagéré les dangers, trouve d'assez nombreuses indications dans les diverses formes communes de la grippe infantile.

Dr Olinto de Oliveira,
Professeur de clinique pédiatrique à la Faculté de médecine de Porto-Alegre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 5 et 12 mai 1903.

Sur les dangers des injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

M. Dieulafoy communique, à l'occasion du rapport lu dans une précédente séance par M. Chauffard, sur les dangers résultant de l'emploi des injections sous-cutanées de sérum gélatiné (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 111), l'observation d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire qui fut traitée pour des hémoptysies répétées et abondantes par une injection de sérum gélatiné, et qui mourut onze jours après de tétanos.

L'autopsie de cette malade n'a pas été pratiquée, mais on trouva au-dessous du derme, au niveau du point où avait été pratiquée l'injection, deux ou trois gouttelettes de pus; recueilli aseptiquement, ce pus fut inoculé à des animaux, qui périrent tous très rapidement de tétanos. Ce même pus, débarrassé de ses microbes et toxines et ne contenant plus que des spores tétanigènes, a été également inoculé à des animaux qui ont présenté à leur tour, mais plus tardivement, des manifestations tétaniques.

D'autre part, le sérum gélatiné qui avait servi à injecter la malade a été examiné bactériologiquement et il a été démontré qu'il contenait des germes tétaniques; en outre, les animaux auxquels divers échantillons de ce sérum furent inoculés moururent de tétanos.

A ce fait, l'orateur en ajoute 4 autres publiés par différents auteurs et qui, réunis aux 18 observations signalées par M. Chauffard, portent à 23 le nombre des cas de mort par tétanos actuellement connus et dus à des injections de sérum gélatiné.

M. Dieulafoy termine en faisant remarquer que, pour éviter de semblables accidents, on a l'habitude, dans certaines parties de l'Allemagne, d'abord de mettre en observation, pendant quelque temps, les animaux qui doivent servir à la fabrication de la gélatine, ensuite de faire porter la stérilisation sur toutes les matières devant être utilisées pour la préparation de cette gélatine et, enfin, sur cette gélatine elle-même. En outre, le sérum gélatiné n'est mis en vente qu'après que son innocuité a été établie par des inoculations aux animaux.

M. Roux fait observer qu'il n'est pas nécessaire d'exercer une surveillance spéciale sur les animaux qui doivent servir à la fabrication de la gélatine, attendu que les propriétés tétanigènes qui appartiennent à beaucoup de gélatines sont imputables non pas à ce que ces gélatines proviennent d'animaux ayant eu le tétanos, mais à ce qu'elles ont été souillées par des germes tétaniques pendant l'opération du séchage.

M. Hayem rappelle que les injections intraveineuses d'eau salée permettent de conjurer les hémorrhagies qui menacent la vie avec au moins autant de succès que les injections de sérum gélatiné, sans exposer les malades aux mêmes dangers.

Etiologie de la dysenterie épidémique.

M. Vaillard (médecin militaire) lit, en son nom et au nom de M. Dopter, une note sur des recherches faites au cours d'une épidémie de dysenterie qui a sévi sur de nombreux soldats à Vincennes pendant l'année 1902, et dans laquelle ces auteurs ont retrouvé le bacille signalé pour la première fois par MM. Chantemesse et Widal (Voir *Semaine Médicale*, 1888, p. 153), étudié ensuite par M. Shiga et par de nombreux bactériologistes américains et allemands.

Avec des cultures pures de ce microbe inoculées à des lapins, à de jeunes chiens, à de jeunes porcs, MM. Vaillard et Dopter ont pu reproduire une maladie en tout semblable par ses symptômes et ses lésions à la dysenterie humaine spontanée. Il ressort, en outre, de leurs expériences, que le microbe inoculé *sous la peau* va se fixer surtout sur la muqueuse du gros intestin, et pour une faible part dans les ganglions mésentériques, sans compter que le bacille mort ou la toxine retirée du corps des bacilles, introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané, provoquent bientôt des lésions du gros intestin et du rectum, absolument semblables à celles de la dysenterie humaine. C'est là une preuve décisive de la spécificité de ce microbe.

Traitement du glaucome par la résection du sympathique cervical.

M. Lagrange (de Bordeaux) communique les observations de deux malades atteints de glaucome, chez lesquels la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique n'a été suivie que d'une amélioration tout à fait passagère.

Le premier de ces faits concerne une femme de soixante-dix ans, présentant un glaucome hémorrhagique; la diminution de tension du globe de l'œil a duré à peine quinze jours. Dans le second cas, il s'agit d'un enfant de trois ans, glaucomateux, n'ayant pas d'oblitération de l'angle irien et chez lequel la sympathicectomie aurait dû donner le maximum de ses effets; or, à la suite de l'opération, la tension du globe de l'œil n'a été abaissée que pendant une semaine.

M. Villemin relate les observations de trois malades atteints d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, qui ont été guéris par l'emploi de la méthode sclérogène associée à des injections intra-articulaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 mai 1903.

Sur l'acide glycuronique dans le sang.

MM. R. Lépine et **Boulud.** — L'acide glycuronique, généralement en très forte proportion dans le sang du chien (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 236 et 371, et 1902, p. 69 et 244), paraît n'exister que dans les globules, et non dans le plasma (obtenu en recevant le sang, au sortir du vaisseau, dans une solution de fluorure de sodium). Si le sang est défibriné par le battage, on en trouve aussi dans le sérum.

Une certaine proportion de l'acide glycuronique conjugué ne réduit les sels de cuivre qu'après avoir été hydrolysée par le chauffage en présence d'un acide. Cette fraction est moins abondante dans le sang de la carotide que dans celui du cœur droit, ainsi que nous l'ont prouvé six expériences dans lesquelles nous avons recueilli simultanément le sang du ventricule droit (au moyen d'une sonde introduite par la jugulaire) et celui de la carotide. En conséquence il faut admettre que, pendant le passage du sang à travers le poumon, se détruit de l'acide glycuronique fortement conjugué.

Il n'y a d'ailleurs pas lieu de faire une distinction radicale entre l'acide glycuronique spontanément réducteur et celui qui ne l'est pas (fortement conjugué). Quelle que soit la conjugaison dans laquelle il est engagé, l'acide glycuronique subit dans le sang de notables variations de quantité, alors même que les conditions de l'animal ont peu changé en apparence. On comprend ces variations de l'acide glycuronique si l'on songe que ses origines sont multiples, et qu'il est souvent une étape précédant immédiatement la destruction de la molécule de sucre.

Sur l'existence de l'arsenic dans l'œuf de poule.

M. G. Bertrand adresse une note dans laquelle il relate des expériences démontrant que l'arsenic existe en quantités appréciables dans les diverses parties de l'œuf de poule (jaune, blanc, membrane coquillière, coquille); c'est le jaune qui est de beaucoup le plus riche en arsenic : sur un demi-centième de milligramme de ce métalloïde que renferme un œuf, la moitié ou les deux tiers appartiennent au jaune; le blanc, au contraire, est le plus pauvre.

Ces faits prouvent que, contrairement à l'opinion de M. A. Gautier, l'arsenic n'est pas localisé à certains organes, mais existe dans tous les tissus; il paraît être, comme le carbone, le soufre ou le phosphore, un élément constant de la cellule vivante.

Influence des rayons du radium sur le développement.

M. G. Bohn envoie un travail dans lequel il rend compte de recherches exécutées sur des larves de batraciens et d'échinodermes, et d'où il résulte que les rayons du radium n'ont pas une action spécifique sur des tissus déterminés, mais exercent leur influence sur tous les tissus en voie d'évolution et de différenciation; c'est pour cette raison que chez l'homme ils agissent sur la peau, qui est en voie de rénovation perpétuelle, mais non sur le muscle; les cellules nerveuses seules paraissent faire exception à cette règle, puisqu'elles sont modifiées par les rayons du radium, quoique constituant des éléments permanents de l'organisme.

Sur la formation du pigment mélanique.

M. C. Gessard adresse une note relative à la formation de la mélanine dans les tumeurs du cheval. Des expériences qu'il a exécutées à ce sujet, l'auteur conclut que la tyrosine est le chromogène dont l'oxydation par la tyrosinase détermine la formation du pigment noir commun à divers produits physiologiques ou pathologiques; à ce point de vue, la couleur des téguments du nègre tire sa source de la même réaction qui donne naissance au pigment des tumeurs mélaniques et au noir de la seiche.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1903.

Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué trois opérations sur l'œsophage thoracique, dont deux pour un cancer et une pour un rétrécissement infranchissable. Ma première intervention a été seulement exploratrice, et s'est terminée par une gastrostomie. Dans le deuxième cas, j'ai exécuté une œsophagotomie transmédiastino-postérieure, avec l'intention d'attirer l'œsophage en arrière et de faire ainsi une œsophagostomie; je n'ai pu y réussir et mon opéré a succombé rapidement à l'infection. Enfin, chez un troisième malade, atteint de rétrécissement infranchissable, j'ai pratiqué une œsophagotomie latérale transpleurale. L'œsophage incisé au niveau du rétrécissement, je pus passer une sonde dans l'estomac; malheureusement le patient est mort de septicémie pleurale gangreneuse, consécutivement à l'infection de la plèvre par l'œsophagotomie.

On peut aborder l'œsophage par voie transpleurale, par voie médiastinale postérieure ou par voie abdominale. La voie médiastinale oblige à manœuvrer dans la profondeur, ce qui offre de grandes difficultés; on peut y avoir recours pour atteindre le tiers supérieur de l'œsophage en réséquant la première côte, d'après le procédé de M. Faure; mais cette résection ne me paraît pas exempte de dangers. Pour les interventions qui doivent porter sur les deux tiers inférieurs de l'œsophage, il est préférable d'utiliser la voie transpleurale.

M. Demoulin. — Les résultats des tentatives opératoires dirigées contre le cancer de l'œsophage ne sont guère encourageants, puisque ces

interventions ont presque toutes été suivies de mort; l'opération pratiquée par M. Faure doit évidemment être réservée à un petit nombre de cas, mais il n'est pas moins certain que notre collègue a réalisé un véritable progrès, au point de vue de l'accès de l'œsophage, en proposant la résection de la première côte. Quant à l'interprétation donnée par M. Quénu au sujet de la mort des opérés de M. Faure, je me demande si vraiment une septicémie foudroyante peut déterminer la mort en six ou sept heures.

M. Quénu. — Nous connaissons parfaitement des venins qui tuent en deux ou trois heures, et, dans les conditions où se trouvaient les malades de M. Faure, il n'est pas invraisemblable qu'ils aient succombé en quelques heures à une toxémie.

M. Faure. — En pratiquant l'opération que j'ai décrite, j'ai voulu montrer que le médiastin postérieur était accessible. Cette région renferme non seulement l'œsophage, mais encore d'autres organes, comme la trachée et les bronches, pour lesquels on peut être amené à intervenir, par exemple pour l'extraction de corps étrangers.

Il est possible que mes opérés aient succombé à la septicémie; je crois pourtant que l'infection n'a joué qu'un rôle secondaire et que la pénétration de l'air par le tube de drainage a provoqué une sorte de « pneumothorax extrapleural » qui a déterminé la mort par asphyxie lente.

M. Monod pense que j'aurais dû me contenter de la gastrostomie, et ne pas recourir à une opération aussi grave que l'ablation de l'œsophage cancéreux. J'estime, au contraire, que pour tout cancer limité, quel qu'en soit le siège, on est autorisé à tenter une opération radicale.

M. Tuffier présente un malade atteint de tuberculose de la fesse, consécutive à une injection de tuberculine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai 1903.

Des septicémies tuberculeuses.

M. A. Jousset. — A l'aide d'une technique spéciale, et en me servant à la fois de l'inoscopie et de l'inoculation, j'ai pu constater que chez les tuberculeux chroniques le sang, contrairement aux notions classiques, renferme quelquefois des bacilles de Koch. Sur dix essais j'ai trouvé 2 fois le bacille; dans ces 2 cas, la tuberculose du poumon était compliquée de tuberculose rénale.

Chez les malades atteints de tuberculose aiguë pulmonaire et extra-pulmonaire, le même bacille a été isolé du sang dans plus de la moitié des cas. J'ai étudié, en outre, plusieurs faits de « bacillémie » pure sans localisations apparentes, évoluant tantôt suivant le type de la typho-bacillose, tantôt sous la forme d'embarras gastriques fébriles. Dans 2 observations de ce genre, les bacilles disparurent du sang lorsque cessèrent les symptômes gastriques et la fièvre.

En terminant, je tiens à vous présenter une femme chez laquelle on a pu porter le diagnostic de *bacillémie paroxystique à forme suffocante* grâce à la présence des bacilles dans le sang au cours de crises dyspnéiques *sine materia*, le sang restant aseptique dans l'intervalle des crises. Il n'y avait chez elle aucun signe stéthoscopique pendant les périodes de calme. Seule la radioscopie montrait une tache opaque au niveau du hile du poumon droit, répondant vraisemblablement à une adénopathie qui pouvait être le foyer originel de ces infections transitoires.

M. Bezançon dit qu'on ne peut guère s'appuyer jusqu'à présent sur les résultats fournis par l'examen direct du sang pour affirmer la présence de bacilles tuberculeux dans ce liquide; le sang, en effet, est presque inévitablement infecté par les bacilles acido-résistants pendant les manœuvres de sa préparation, et l'on sait combien ces bacilles sont facilement confondus avec les bacilles tuberculeux. Il n'y a donc, dans l'état actuel de la science, que l'inoculation aux animaux qui autorise, quand elle est positive, à déclarer que le sang examiné contenait des bacilles tuberculeux.

M. Chauffard demande si, en raison de la facilité avec laquelle les bacilles acido-résistants contenus dans l'air infectent les liquides, ces bacilles ne peuvent pas se fixer dans les crachoirs des malades et, vu leur ressemblance avec les bacilles tuberculeux, donner lieu à des erreurs.

M. Mosny estime que les bacilles acido-résistants ne cultivent pas très facilement dans les crachats; ce qui le prouve, c'est que chez beaucoup de tuberculeux avérés l'examen des crachats reste négatif, tant au point de vue des bacilles tuberculeux que des bacilles acido-résistants ou pseudo-tuberculeux. Avant de déclarer, du reste, qu'on se trouve en présence de bacilles tuberculeux, il faut avoir essayé de décolorer ces bacilles par les acides forts, et c'est seulement s'ils ont résisté à cette épreuve que l'on est en droit d'affirmer leur nature tuberculeuse.

M. Vincent fait remarquer que ce dernier caractère est peut-être insuffisant, beaucoup de bacilles étrangers à la tuberculose jouissant de la propriété de résister à l'action des acides forts.

Des cirrhoses atrophiques post-hypertrophiques.

M. Lippmann relate, au nom de M. Gilbert et au sien, l'observation d'un malade atteint de cirrhose alcoolique, chez lequel une atrophie marquée du foie succéda à l'hypertrophie considérable, constatée pendant plusieurs mois, de cet organe. Les lésions cirrhotiques furent du reste reconnues macroscopiquement et microscopiquement.

A côté, par conséquent, des cas habituels de cirrhose alcoolique hypertrophique, dans lesquels le foie demeure indéfiniment hypertrophié ou rétrocède à peine, il y a lieu, d'après l'orateur, de faire une place à ceux où une atrophie indéniable succède à l'hypertrophie initiale. De même, à côté des faits de cirrhose de Laënnec où l'atrophie est apparente d'emblée, il faut admettre non seulement ceux que marquent au début des poussées congestives, mais encore ceux dont la cirrhose est primitivement hypertrophique.

La cirrhose biliaire, presque toujours hypertrophique, peut, elle aussi d'ailleurs, entraîner exceptionnellement l'atrophie du foie.

Tétanie du tronc consécutive à une sténose cancéreuse du pylore.

M. Gouget communique l'observation d'un homme de quarante-neuf ans, qui fut atteint, en pleine santé apparente, d'une contracture permanente des muscles du tronc et de la nuque, puis, quelque temps après son entrée à l'hôpital, d'anorexie, d'asthénie générale et enfin d'hématémèses auxquelles il succomba. A l'autopsie, on constata une énorme dilatation de l'estomac et une sténose pylorique d'origine cancéreuse.

Ce fait prouve que, contrairement à l'opinion soutenue par MM. Bouveret et Devic, la sténose pylorique, au cours de laquelle se manifeste la tétanie, n'est pas toujours d'origine ulcéreuse. Il montre, en outre, qu'en présence d'un cas de tétanie en apparence primitive, il faut pratiquer systématiquement l'examen de l'estomac, et, enfin, qu'il existe à côté de la tétanie intermittente une forme permanente de cette affection, pouvant se localiser exclusivement au tronc en respectant les membres.

Rapports de l'acromégalie et du gigantisme.

M. Launois montre, au nom de MM. Dufrane (de Mons) et Roy, les pièces du squelette d'un géant mesurant 2 m. 52 et mort à vingt-neuf ans d'une infection purulente consécutive à l'amputation des deux jambes pour une gangrène symétrique des extrémités. Le crâne offre les déformations caractéristiques de l'acromégalie; on y constate en particulier l'hypertrophie du maxillaire inférieur et la dilatation de la selle turcique, laquelle contenait une glande pituitaire plus volumineuse qu'une noix. Les os des membres présentent un allongement considérable de leur diaphyse; ils sont en outre remarquables par la persistance des cartilages de conjugaison. Ces deux derniers caractères, joints à l'absence de développement des testicules, sont en rapport avec les altérations du gigantisme infantile.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 mai 1903.

Culture du bacille tuberculeux sur le jaune d'œuf gélosé.

MM. Bezançon et **Griffon.** — Dans le même ordre d'idées qui nous avait déjà conduits à préconiser le sang gélosé comme milieu de culture du bacille de Koch (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 46), nous avons été amenés à préparer un autre milieu organique qui, plus simple que le précédent, se rapproche comme lui le plus possible des milieux vivants.

Ce milieu consiste en une association de jaune d'œuf prélevé aseptiquement et de gélose glycérinée fondue. En se refroidissant, la gélose emprisonne le jaune d'œuf, et lui constitue, sans le modifier, un véritable substratum qui en fait un milieu solide utilisable pour la culture des produits tuberculeux.

Le bacille tuberculeux humain, ensemencé sur ce milieu, donne des colonies déjà très nettes au bout d'une semaine, et très rapidement confluentes. Leur aspect rappelle celui des colonies du bacille de la tuberculose aviaire sur gélose glycérinée, c'est-à-dire qu'elles sont grasses, humides et faciles à dissocier.

M. Phisalix dit avoir constaté les mêmes modifications des colonies en ensemençant les bacilles tuberculeux sur un milieu composé de jaunes d'œufs et de purée de pommes de terre.

M. Chantemesse croit que si les bacilles pullulent mieux sur un milieu contenant des jaunes d'œufs, c'est que ces milieux se maintiennent constamment humides.

M. Galippe fait remarquer que les jaunes d'œufs ne peuvent pas être considérés comme parfaitement aseptiques et qu'il y a peut-être là une cause d'erreurs dont il faut tenir compte.

Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein.

MM. Linossier et **Lemoine.** — Nous avons démontré récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 113) que, dans la position debout, le rein sécrète moins d'eau que dans la position horizontale; que cette oligurie orthostatique s'accentue quand le rein est altéré et s'accompagne alors d'hypoazoturie orthostatique.

Nous avons constaté depuis que la position debout diminue aussi l'élimination rénale de l'iodure de potassium et du bleu de méthylène. L'élimination de ce dernier corps a été réduite au maximum de 84 %; elle le fut en moyenne de 62 %. L'orthostatisme, dont l'action s'exerce si rapidement sur les phénomènes d'osmose et de filtration au niveau du rein, semble agir bien moins sur les phénomènes qui mettent en jeu exclusivement l'activité des cellules rénales (glycosurie phlorizique).

Dans l'exploration de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène, il est indispensable de tenir compte de l'influence, insoupçonnée jusqu'ici, de l'attitude du sujet au cours de l'expérience, cette attitude seule pouvant faire varier l'élimination du bleu du simple au quintuple.

Des effets antitoxiques de l'urée et des sucres.

MM. Lesné et **Richet.** — Nous avons récemment démontré l'action atténuante du chlorure de sodium sur les effets toxiques de certains corps, et en particulier de l'iodure de potassium (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 97). Il résulte de nouvelles recherches que l'urée et les sucres agissent dans le même sens que le chlorure de sodium; en présence de l'urée, l'iodure est deux fois moins toxique que s'il est injecté seul; en présence de sucres divers (saccharose, glucose, lactose), il s'est montré une fois et demie moins toxique.

La conclusion résultant de ces expériences est qu'on peut élever ou abaisser la toxicité de tel ou tel poison, en augmentant ou en diminuant la proportion des substances solubles non toxiques injectées dans le sang en même temps que lui.

Alcool et obésité.

M. G. Leven. — Chez des obèses ayant maigri par la seule suppression des boissons alcoolisées, sans changement dans leur régime

alimentaire ou dans leur vie physique, j'ai remplacé les calories, soustraites par la suppression de l'alcool, par un nombre de calories égal ou supérieur, fourni par du beurre ou du sucre. Le poids des sujets soumis à ce régime est resté fixe; je crois donc que l'alcool n'engraisse pas par apport de calories, mais en provoquant des troubles gastro-intestinaux. Ces expériences tendent à confirmer, en outre, que tout aliment indigeste, quelle que soit sa formule chimique ou sa valeur calorique, est susceptible de provoquer l'engraissement.

De l'état des testicules et des ovaires au cours de la paralysie générale.

M. Marchand dit que l'examen histologique des testicules et des ovaires d'un certain nombre de paralytiques généraux, âgés de trente à quarante ans, lui a permis de constater constamment l'absence de spermatozoïdes et d'ovules, fait qui lui semble devoir être attribué plutôt à la paralysie générale qu'à l'infection syphilitique concomitante.

MM. Gilbert, Herscher et **Posternak** communiquent une note de laquelle il résulte que l'anneau bleu produit dans les sérums par le réactif de Gmelin doit être considéré comme caractéristique de la bilirubine.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 mai 1903.

Chéloïdes d'emblée à la suite de syphilides papulo-squameuses péripilaires secondaires.

M. Lenglet. — La jeune femme que je vous présente entrait il y a un an dans le service de M. Brocq avec une éruption papulo-squameuse de syphilides groupées autour de follicules pileux; le chancre s'était montré trois mois auparavant. A la suite de cette éruption était survenue dans le dos une chéloïde aujourd'hui remplacée par une cicatrice pigmentée déprimée. D'autres chéloïdes, succédant d'emblée à des papules folliculaires, ont persisté sur le tronc et les membres; elles sont épaisses et violacées. On en compte huit au membre inférieur droit et douze du côté gauche.

A l'examen histologique, j'ai constaté que la chéloïde est séparée de l'épiderme par une bande de tissu conjonctif papillaire peu transformé, et qu'elle est constituée elle-même par du tissu conjonctif jeune, au voisinage duquel le tissu élastique s'arrête brusquement. Je n'ai trouvé dans mes préparations qu'une seule cellule géante peu distincte; nulle part il n'y a vestige de tissu syphilitique.

M. Leredde. — La pathogénie des chéloïdes n'est pas encore bien connue. D'où provient cette étrange propriété qu'elles ont de toujours récidiver après ablation? S'agit-il d'une prédisposition particulière du sujet à la formation des chéloïdes, ou ces lésions sont-elles d'origine parasitaire et par suite indéfiniment réinoculables? M'inspirant de cette dernière hypothèse, j'ai, ces temps derniers, très largement enlevé une chéloïde en évitant toute réinfection au niveau de la plaie; il y a trois mois que cette opération a été faite et il n'y a pas eu de récidive. Il serait intéressant de pratiquer, suivant les mêmes principes, un certain nombre d'excisions de chéloïdes. Si dans ces cas la lésion ne récidivait pas, l'origine parasitaire des chéloïdes me paraîtrait démontrée.

M. Barthélemy. — Je serais très disposé pour ma part à admettre cette pathogénie. J'ajouterai que les chéloïdes dites spontanées n'existent pas; on trouve toujours quelque lésion cutanée, ne serait-ce qu'un simple bouton d'acné, à leur origine.

Sur le mode d'administration de l'huile de chaulmoogra dans la lèpre.

M. Danlos présente une femme atteinte de lèpre maculeuse avec griffe atrophique des mains. Il l'a soumise au traitement par l'huile de chaulmoogra qui est assez mal tolérée.

M. Brocq fait observer que l'huile de chaulmoogra est bien supportée lorsqu'elle est mélangée à du lait. Il est d'autant plus important que ce médicament soit administré par un procédé qui permette de le tolérer aisément, que les doses massives de 12 ou 15 grammes par jour paraissent seules capables de donner un résultat dans la lèpre.

M. Veyrières (de la Bourboule) déclare que, par la voie rectale, il a pu administrer pendant longtemps ce médicament à la dose quotidienne de 7 ou 8 grammes.

M. Hallopeau dit que depuis plusieurs années il le prescrit en lavement dans du lait.

Psoriasis et arthropathies.

M. Gaucher. — Voici une femme qui a un psoriasis généralisé avec des arthropathies des mains reproduisant exactement l'aspect du rhumatisme déformant. La radiographie montre dans ce cas l'identité des modifications osseuses avec celles que M. Adrian a décrites dans son travail sur les arthropathies psoriasiques. Or, ici, les arthropathies ont précédé de quinze ans toute manifestation psoriasique. Ce fait prouve donc combien est fondée une opinion que je défends depuis longtemps, à savoir qu'il y a identité entre les arthropathies dites psoriasiques et le rhumatisme déformant.

M. Gastou montre un malade du service de M. Du Castel, qui est atteint, au niveau du cou-de-pied, d'un lichen corné avec une ulcération dont l'examen histologique a prouvé la nature épithéliomateuse; cette ulcération semble avoir une évolution bénigne.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 4 mai 1903.

Les érosions hémorrhagiques de l'estomac.

M. H. Elsner relate l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, souffrant depuis quelques années de troubles gastriques, quand, il y a trois ans, apparurent des douleurs d'estomac avec anorexie et perte de poids rapide. Actuellement, ce malade se plaint de pesanteur d'estomac, de douleurs brûlantes après les repas, surtout composés d'aliments solides; parfois il a des vomissements précoces; l'épigastre est sensible à la pression. Le lavage après un repas d'épreuve ramène beaucoup de mucosités, et le taux d'acide chlorhydrique est abaissé; à l'état de jeûne le suc gastrique a une réaction neutre et renferme les petits lambeaux de muqueuse considérés par Einhorn comme caractéristiques de l'affection spéciale décrite par cet auteur sous le nom d'« érosions hémorrhagiques de l'estomac ».

L'orateur a recherché sur un grand nombre de sujets la signification de ces débris de muqueuse. Il ne les a jamais trouvés chez des individus sains; dans les cas de lésions non inflammatoires, ils existent très rarement; ils sont au contraire assez fréquents quand il y a processus inflammatoire : c'est ainsi que sur 35 cas de gastrite, M. Elsner a constaté 12 fois leur présence. Souvent ils ne sont accompagnés d'aucune manifestation clinique : ce n'est que dans 4 des 12 cas en question que les patients accusaient des douleurs, et 3 fois seulement celles-ci étaient caractéristiques.

En ce qui concerne le traitement, le régime suffit à faire disparaître les symptômes de gastrite, mais contre les érosions il faut avoir recours aux lavages avec une solution d'azotate d'argent à 1 ‰.

M. A. Fränkel déclare que dans cette affection les hémorrhagies abondantes sont rares; il a vu cependant un cas d'hématémèse mortelle, où l'autopsie n'a révélé que des érosions, sans *ulcus*.

M. Albu estime qu'il ne s'agit pas là d'une entité morbide spéciale, mais simplement de gastrites au cours desquelles surviennent des érosions. On sait que les crises douloureuses — voire même hémorrhagiques — ne sont pas exceptionnelles dans les gastrites.

M. Boas croit qu'il faut envisager séparément le côté anatomo-pathologique et le côté clinique de la question. Au point de vue anatomo-pathologique, les érosions ont été décrites par Virchow sous le nom d'*ulcuscula*; elles se distinguent de l'*ulcus* par l'absence de tissu cicatriciel. Au point de vue clinique, elles ne sauraient réaliser un tableau morbide bien défini, car leurs causes sont diverses.

M. Strauss déclare avoir observé, comme M. Fränkel, un cas d'hématémèse mortelle déterminée par une érosion. Les lésions de ce genre peuvent coexister, d'ailleurs, avec le cancer ou l'ulcère rond : on voit un exemple de chacune de ces associations au Musée pathologique. Sans qu'il soit possible d'attribuer aux « érosions hémorrhagiques » la valeur d'une entité clinique, l'orateur croit qu'elles témoignent d'une vulnérabilité particulière de l'estomac.

M. Westenhöffer dit que les érosions sont conditionnées par une nécrose avec hémorrhagie des couches les plus superficielles de la muqueuse.

M. Oestreich est d'avis que les érosions spontanées sont tout à fait différentes, de par leur forme et leur localisation, des érosions traumatiques. Aucune affection stomacale, pour l'orateur, ne constituerait une prédisposition aux érosions, pas même les gastrites.

La phosphaturie et l'ammoniurie chez les neurasthéniques.

M. A. Freudenberg dit que, d'après ses recherches, la réaction alcaline des urines, que l'on attribue communément à l'action de certains microbes, peut exister en dehors de toute intervention bactérienne, et cela dans les cas de phosphaturie; elle est due, en pareille occurrence, à l'ammoniaque formé dans l'organisme. La phosphaturie pouvant elle-même être très peu marquée ou même manquer — car l'ammoniurie constitue le phénomène primitif et la phosphaturie ne lui est que secondaire —, l'orateur propose de distinguer trois degrés dans ce syndrome urinaire, selon que la phosphaturie est manifeste, latente ou fait défaut.

Pour M. Freudenberg, l'ammoniurie serait un excellent symptôme de neurasthénie, particulièrement de la forme génito-urinaire de cette affection; on ne l'observerait au contraire jamais dans l'hystérie.

M. Magnus-Levy pense que dans les faits de ce genre il s'agit d'ammoniaque non pas formé dans l'organisme, mais mis en liberté par la destruction de sels ammoniacaux.

M. F. Meyer déclare avoir observé de la phosphaturie chez un neurasthénique présentant un écoulement uréthral qui offrait toutes les apparences de la blennorrhagie, mais sans gonocoques.

Extraction d'un corps étranger pulmonaire.

M. Karewski relate l'observation d'un garçonnet de cinq ans, chez lequel il a pu retirer par les voies naturelles, après trachéotomie, un corps étranger métallique qui obstruait la bronche gauche, et siégeait à 13 centimètres de la plaie trachéale, au niveau de la sixième vertèbre dorsale. Le petit patient se rétablit parfaitement.

Certains chirurgiens sont d'avis qu'il ne faut pas chercher à enlever les corps étrangers des voies aériennes quand ils sont aussi profondément engagés, et cela en raison de la gravité des interventions de ce genre, et eu égard à ce que parfois ces corps étrangers sont spontanément expulsés. Telle n'est pas l'opinion de l'orateur, qui fait observer que, dans les cas abandonnés à eux-mêmes, la mortalité atteint 50 %, alors qu'elle n'est que de 10 % environ chez les malades opérés. L'intervention est, d'ailleurs, singulièrement facilitée par l'emploi du bronchoscope.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 9 mai 1903.

Du rôle de la pression sanguine dans les maladies.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. S. Federn** a communiqué le résultat de ses recherches sur

la mensuration de la pression sanguine au cours de divers états morbides.

Il a vu tout d'abord que chez l'adulte la pression normale est égale à 60 millimètres de mercure; chez le nourrisson elle est de 15 à 20 millimètres; pendant la dentition elle varie de 30 à 40 millimètres.

L'orateur estime, en outre, que les douleurs dues à une lésion quelconque sont souvent en rapport avec l'élévation de la pression sanguine. Il en est ainsi notamment chez les sujets atteints de névralgies, en particulier du nerf trijumeau et du nerf sciatique, consécutives à des troubles intestinaux; la pression du côté malade peut alors être supérieure de 20 à 30 millimètres à celle du côté sain. Dans ces cas, la douleur disparaît lorsqu'on abaisse la pression sanguine au moyen de la faradisation d'une anse intestinale atonique.

Ces élévations de la pression sanguine, qui sont d'origine organique ou infectieuse, peuvent avoir leur point de départ dans une partie quelconque de l'organisme, telle que l'intestin, le nez, les organes génitaux, etc. Elles déterminent une augmentation du travail cardiaque et, à la longue, une hypertrophie du cœur, ainsi que cela a lieu à la suite des néphrites chroniques et aussi dans l'artériosclérose, où l'élévation de la pression est le phénomène primitif.

L'augmentation de la pression sanguine entraîne en outre la désorganisation des tissus et surtout du tissu nerveux; c'est ainsi que dans la neurasthénie il existe presque toujours une élévation de la pression sanguine dont il faut rechercher la cause pour pouvoir combattre efficacement cette affection.

Dans le choléra, la malaria, la scarlatine, la syphilis généralisée, le tabes, souvent même dans la paralysie générale, la pression sanguine est également augmentée; mais tandis que chez l'homme sain la pression est plus élevée dans la radiale que dans la temporale, chez ces malades c'est le contraire que l'on observe. Dans les dernières périodes de la paralysie générale, la pression est abaissée. Chez les sujets atteints de paranoïa, elle est inégale des deux côtés du corps. On trouve, enfin, un abaissement de la pression sanguine dans les cas d'ictère catarrhal et dans l'influenza.

Extirpation d'un papillome de la vessie par voie périnéale.

M. R. Frank a présenté un homme de soixante-trois ans, qui était atteint d'un papillome de la vessie donnant lieu à des hématuries abondantes. L'extirpation ayant été reconnue nécessaire, l'orateur pratiqua une incision périnéale, isola le rectum de la vessie et, après avoir refoulé en haut le cul-de-sac de Douglas, ouvrit la vessie en arrière. Le papillome, qui siégeait au voisinage de l'embouchure de l'uretère droit, fut enlevé au moyen du thermocautère. La plaie fut drainée et bourrée de gaze iodoformée et une sonde à demeure fut placée dans la vessie.

M. Frank estime que cette opération, très simple et qui donne de bons résultats, doit être préférée à la taille hypogastrique, surtout chez les vieillards ayant de l'embonpoint.

M. O. Zuckerkandl considère également la taille périnéale comme supérieure à l'opération par voie hypogastrique dont la mortalité, dans les calculs vésicaux, s'élève jusqu'à 24 %.

M. von Eiselsberg ne croit pas les résultats de la taille hypogastrique aussi défavorables qu'il vient d'être dit; il reconnaît toutefois à l'intervention par voie périnéale l'avantage d'un traitement post-opératoire plus simple.

Fracture par arrachement du col chirurgical de l'humérus, avec résorption complète de la tête humérale.

M. A. Bum a montré un ouvrier de soixante-deux ans, qui éprouva une violente douleur dans l'épaule droite en déplaçant un bloc de charbon de 70 kilogrammes; néanmoins, cet homme continua à travailler et ce n'est que neuf mois après que l'on constata par hasard une fracture par arrachement du col chirurgical de l'humérus, avec absence de la tête humérale, qui avait été résorbée. La résorption complète d'un gros fragment osseux dans le délai relativement court de quelques mois est un fait exceptionnel. L'examen radioscopique confirma complètement le diagnostic clinique.

M. J. Schnitzler dit avoir observé un fait analogue : il s'agissait de la résorption d'un fragment osseux de 10 centimètres de longueur après une fracture du cubitus.

M. J. Neumann a présenté un jeune homme de vingt ans qui est atteint d'un nævus pigmentaire occupant le tronc jusqu'au niveau de l'ombilic et entourant les cuisses à la manière d'un caleçon de bain. Ce malade est en outre porteur de masses fibromateuses de la région fessière.

Tuberculose et anévrysme du tronc brachio-céphalique.

Dans la séance du 30 avril de la Société de médecine interne de Vienne, **M. Max. Weinberger** a montré des pièces anatomiques provenant d'un homme de trente-sept ans, atteint depuis quinze jours d'un enrouement causé par une paralysie du nerf récurrent droit, et chez lequel on constatait en même temps une dilatation des veines du côté droit du thorax et de la submatité au niveau des fosses sus-épineuses. Ce patient fut bientôt pris de dyspnée, de cyanose, de fièvre hectique, etc., et mourut subitement. A l'autopsie on trouva une tuberculose miliaire aiguë, une légère infiltration tuberculeuse chronique du sommet des deux poumons et un anévrysme du tronc brachio-céphalique au point d'émergence de l'artère sous-clavière. L'examen histologique de la paroi anévrysmale révéla l'existence d'un grand nombre de granulations tuberculeuses, dont quelques-unes en voie de caséification. C'est cette lésion des tuniques artérielles qui, d'après l'orateur, aurait été la cause de l'anévrysme et probablement aussi de la tuberculose pulmonaire.

M. H. Schlesinger fait remarquer que la tuberculose des vaisseaux semble caractérisée surtout par une grande variabilité des symptômes. C'est ainsi que chez une phtisique qu'il a observée, il y avait à gauche de la matité thoracique qui fit songer à un épanchement pleural, mais qui disparut à diverses reprises pour se reproduire ensuite; ces oscillations étaient vraisemblablement dues à un œdème aigu à répétition du poumon. Or, à l'autopsie, on constata que tous les vaisseaux étaient atteints d'altérations tuberculeuses.

Effets thérapeutiques des courants de haute fréquence.

M. Leopold Freund a fait, en son nom et au nom de M. Max Kahane, une communication sur les applications thérapeutiques des courants de haute fréquence. Ce moyen de traitement a donné parfois de bons résultats à l'orateur dans les affections ressortissant à l'arthritisme des auteurs français; mais c'est surtout dans les maladies nerveuses (douleurs fulgurantes des tabétiques, sciatique rhumatismale, neurasthénie, migraine, etc.) qu'il trouve ses indications; dans l'hystérie, les symptômes neurasthéniques concomitants sont seuls influencés; enfin les courants de haute fréquence se sont montrés utiles dans les affections cutanées prurigineuses et dans celles où l'on cherche à produire une desquamation énergique (acné, lupus érythémateux), ainsi que pour la fissure à l'anus. Par contre, MM. Freund et Kahane ne sauraient confirmer les bons effets obtenus par M. d'Arsonval et ses élèves dans le diabète, l'obésité et la tuberculose.

M. Algyogyi dit avoir traité par la même méthode, dans le service de M. le professeur Benedikt, 10 cas de névralgie grave du trijumeau, avec 6 guérisons complètes, 3 améliorations et un seul insuccès.

D[r] Schnirer.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Saint-Louis, le 12 avril 1903.

Traitement du cancer du sein aux Etats-Unis.

Dans le cours de mon voyage, j'ai souvent l'occasion d'assister à des interventions pour cancer du sein. L'opération que je vois pratiquer généralement comporte l'ablation systématique des muscles pectoraux et l'évidement du creux sus-claviculaire : cette large exérèse est, il est vrai, connue des chirurgiens européens, mais il ne semble pas qu'ils y aient aussi fréquemment recours que leurs collègues d'Amérique. Ici, le courant en faveur de cette intervention, radicale d'emblée, est parti de Baltimore, où M. le docteur W. S. Halsted, professeur de chirurgie à la *Johns Hopkins Medical School* et chirurgien de l'hôpital de même nom, l'a d'abord pratiquée. Voici comment procède notre confrère.

L'incision dont il se sert, au lieu d'avoir la forme ordinaire en raquette, contourne circulairement le sein; de son bord interne et supérieur part une incision secondaire se dirigeant en haut et en dehors vers le sommet de l'aisselle. Il résulte de ce tracé un lambeau triangulaire à base externe et dont le sommet se trouve au point de rencontre des deux incisions. Ce lambeau, une fois disséqué d'avec la couche adipeuse sous-cutanée qui le double, de façon à ne contenir que l'épaisseur de la peau, est récliné en dehors. Puis on désinsère les attaches sterno-costales du muscle grand pectoral, et on pénètre avec le bistouri entre la portion sterno-costale et la portion claviculaire de ce muscle, que l'on sépare jusqu'au niveau du tubercule de Lisfranc. Là, il suffit de pratiquer une incision supplémentaire, perpendiculaire à l'incision primitive, divisant du même coup la peau et la portion claviculaire du grand pectoral et s'étendant jusqu'à la clavicule, pour mettre à nu les vaisseaux axillaires avec le sommet de l'aisselle. On reprend alors l'incision qui disjoint les deux portions du grand pectoral, on la prolonge jusque sur l'humérus et on sectionne l'insertion de la portion sterno-costale du muscle près de l'os. Ensuite on divise le petit pectoral au milieu de sa longueur et on détache la masse circonscrite par les incisions précédentes, d'avec la base par laquelle elle adhère aux plans profonds. Primitivement, M. Halsted se contentait d'enlever le feuillet fibreux qui sépare les deux muscles pectoraux. Actuellement, il préfère compléter l'opération en sacrifiant également le ventre musculaire du petit pectoral. Le gril costal se trouve ainsi exposé; on le dépouille avec le plus grand soin de tout le tissu cellulaire lâche et adipeux qui le revêt et qui est souvent infiltré par des fusées néoplasiques, en poursuivant cette dissection jusqu'au niveau de l'insertion coracoïdienne du petit pectoral, au-dessus et au-dessous de ce muscle. Ceci fait, on débarrasse la veine axillaire et ses ramifications de la gangue conjonctive qui les entoure, en procédant de haut en bas. Il est rarement nécessaire de dénuder l'artère homonyme. Après avoir attiré toute la masse en dehors, on enlève le tissu cellulaire placé en avant des muscles sous-scapulaire, grand rond et grand dorsal. Un dernier coup de bistouri, mené de dedans en dehors suivant la base du lambeau triangulaire disséqué au début de l'opération, suffit alors pour détacher le sein malade avec ses prolongements.

Pour pratiquer l'évidement du creux sus-claviculaire, qui suit immédiatement, M. Halsted fait une incision verticale, parallèle au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. En échancrant ce muscle à ce niveau, on arrive facilement sur l'angle veineux de Pirogoff où se réunissent les veines sous-clavière et jugulaire interne. C'est de ce point que l'on part pour pratiquer l'évidement du creux sus-claviculaire. En vue d'agrandir le champ opératoire, il est bon de sectionner le tendon intermédiaire du muscle omo-hyoïdien; une traction opérée sur les deux ventres musculaires donne du jour et facilite d'autant l'opération.

On voit qu'il s'agit là d'un procédé radical, puisque l'intervention comprend — quelles que soient d'ailleurs les dimensions de la tumeur elle-même — l'ablation de la glande mammaire en totalité, avec la peau qui l'enveloppe, celle de la portion sterno-costale du muscle grand pectoral et celle du muscle petit pectoral, enfin un évidement des creux axillaire et sus-claviculaire. M. Halsted n'a pas dès le début été aussi radical qu'il l'est actuellement. C'est ainsi qu'il n'a pas pratiqué tout d'abord l'évidement du creux sus-claviculaire d'une façon systématique, se contentant d'y recourir lorsque la palpation y faisait reconnaître des ganglions lymphatiques augmentés de volume. L'expérience acquise par l'examen histologique de ces ganglions lui a prouvé cependant qu'il en est

pour le creux sus-claviculaire comme pour l'aisselle : souvent on trouve à l'opération des métastases ganglionnaires que rien ne permettait de soupçonner, soit parce que les ganglions infiltrés étaient trop petits, soit parce qu'ils étaient trop profondément situés; d'une façon générale, on peut dire que les ganglions sus-claviculaires sont infectés dans un tiers des cancers du sein au moment de l'opération. Il semble que ce soit là une raison suffisante pour justifier l'évidement sus-claviculaire dans tous les cas, suspects ou non. Il faut le pratiquer même si l'on reconnaît au moment de l'opération — éventualité d'ailleurs rare — que les ganglions axillaires sont indemnes. L'état du creux sus-claviculaire est, en effet, complètement indépendant de celui de l'aisselle, et l'on n'est nullement en droit de conclure de l'un à l'autre.

Quant à la façon de pratiquer cet évidement, M. Halsted a actuellement renoncé à la section temporaire ou à la résection de la clavicule. La section simple ne donne pas assez de jour et la résection est inutile : en soulevant simplement le moignon de l'épaule, on obtient à travers l'espace costo-claviculaire suffisamment de place pour que les manipulations nécessaires au curage de cet espace puissent être facilement exécutées. Aussi M. Halsted se contente-t-il, comme nous venons de le signaler, d'une incision sus-claviculaire. On peut soit laisser le tissu adipocellulaire du creux sus-claviculaire en continuité avec celui de la région sous-claviculaire et le dégager à travers l'espace costo-claviculaire, soit l'enlever séparément en ayant soin toutefois de réséquer le tissu, toujours suspect, qui établit la communication entre les deux régions.

D'une façon générale, M. Halsted recommande d'extirper en bloc toutes les parties destinées à être enlevées : sein, muscles, prolongements cellulo-adipeux. En morcelant cette masse, on risque d'omettre le curage de zones suspectes; en outre, en sectionnant des tissus susceptibles d'être envahis par l'infiltration néoplasique ou de lui servir de voies de propagation, on ouvre des lymphatiques et on s'expose à inoculer des régions encore indemnes.

Pour recouvrir la vaste perte de substance résultant de cette intervention, M. Halsted réunit les lèvres de la plaie par une suture en bourse. Celle-ci ne passe que par la base du lambeau triangulaire externe. Ce lambeau même sert à tapisser la voûte de l'aisselle. Tout drainage est inutile. Généralement il reste au centre de la plaie une surface que l'on peut faire cicatriser par bourgeonnement; M. Halsted préfère cependant la recouvrir d'emblée à l'aide de greffes de Thiersch.

Ce procédé laissant quelquefois à désirer, M. le docteur J. Collins Warren, professeur de chirurgie à la *Harvard Medical School* et chirurgien du *Massachusetts General Hospital*, de Boston, lui a substitué une autre manière de faire : à l'aide d'une autoplastie par glissement, il restaure le plan cutané d'une façon fort satisfaisante.

L'incision cutanée telle que la pratique M. Warren diffère quelque peu de celle de M. Halsted. Elle prend naissance au sommet de l'aisselle, descend le long du bord antérieur de cette région en suivant le bord externe du muscle grand pectoral et circonscrit inférieurement le sein. Une seconde incision part du milieu du bord antérieur de l'aisselle et contourne le sein par son côté interne pour rejoindre la première incision au-dessous de cet organe. Il en résulte une incision en forme de poire ou de raquette, qui sacrifie le lambeau triangulaire de M. Halsted. Elle est complétée ultérieurement par l'incision supplémentaire que pratique également le chirurgien de Baltimore et qui, allant de la lèvre supérieure de la plaie vers la clavicule, met à nu les vaisseaux axillaires et leur gaine. Prolongée au delà de la clavicule, cette incision auxiliaire découvre le creux de l'aisselle quand M. Warren veut en pratiquer l'évidement, ce qu'il ne fait pas d'une façon systématique.

Afin de ne pas m'exposer à des redites, je ne suivrai pas ici dans tous ses détails le procédé de M. Warren; il ne diffère essentiellement de celui de M. Halsted, à part l'incision cutanée, que dans le mode de fermeture de la plaie. Voici comment opère M. Warren :

Du milieu de la lèvre inférieure de la plaie, il fait partir à angle droit une incision qui comprend la peau et décrit un tracé arrondi. Suivant que la courbe présente sa convexité en haut ou en bas, il en résulte un lambeau inférieur ou supérieur. Généralement le lambeau inférieur est préférable; dans certains cas, il y a utilité à tracer les deux lambeaux, inférieur et supérieur. En les détachant de la paroi, on mobilise ces lambeaux suffisamment pour les rapprocher de la lèvre interne de la plaie. On obtient ainsi d'emblée une plaie recouverte partout de téguments, condition favorable à une guérison par première intention. Habituellement, M. Warren interpose entre les lèvres de la plaie une mèche de gaze qu'on retire au bout de vingt-quatre heures. Quand les lambeaux ont été bien tracés, ce procédé donne un résultat excellent, sans aucune tension des lambeaux ou de la cicatrice, ainsi que j'eus l'occasion de m'en assurer par moi-même chez une malade à l'opération de laquelle M. Warren voulut bien me faire assister, et que je revis quinze jours après.

Les résultats fournis par ces procédés radicaux d'amputation du sein sont fort encourageants. Près de la moitié des opérées passent la troisième année sans encombre, et, parmi elles, la moitié encore paraissent à l'abri d'une récidive. Il faut, bien entendu, tenir compte du fait qu'il ne s'agit que de patientes reconnues « opérables ».

Ce n'est d'ailleurs là que le pourcentage de l'intervention : il ne saurait donner une idée du pronostic du cancer du sein en lui-même, puisque nombre de cas sont, au moment où les malades viennent consulter, trop avancés pour pouvoir bénéficier d'une intervention quelconque. J'ajoute que, dans ces cas d'apparence désespérés, M. le docteur Robert Abbe, chirurgien du *St. Luke's Hospital* de New-York, a quelquefois pratiqué l'ovariotomie avec un résultat fort brillant. Mais comme cette opération a été préconisée dans ce but et exécutée pour la première fois en Angleterre par G. Th. Beatson (de Glasgow), je n'ai pas à y insister dans ces articles exclusivement consacrés à la médecine en Amérique.

Dr Francis Munch (de Paris).

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les préparations mercurielles dans le traitement de la tuberculose chez les syphilitiques.

Partant de la communication de M. le docteur Dubois sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections de sublimé (Voir *Semaine médicale*, 1897, p. 36), M. le docteur N. F. Tchigaïev, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, a institué une série de recherches expérimentales et cliniques sur la valeur de ce moyen thérapeutique. Après avoir constaté, sur des animaux, que les injections de bichlorure de mercure, pratiquées concurremment avec des inoculations de cultures tuberculeuses, retardent l'éclosion de l'infection et peuvent même l'empêcher complètement, notre confrère a eu recours à ce procédé de traitement chez 6 syphilitiques atteints de tuberculose pulmonaire, en injectant, tous les deux jours, 0 c.c. 5 ou 1 c.c. de solution de sublimé à 1 ‰. Dans les cas de syphilis ancienne, ces injections ont donné des résultats très encourageants : le poids du corps a augmenté, l'hyperthermie, la toux et la dyspnée ont diminué, en même temps qu'on constatait une élévation du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine; parallèlement à l'amélioration de l'état général, les lésions pulmonaires devenaient plus atténuées. Le traitement hygiéno-diététique, essayé auparavant, avait été, à lui seul, impuissant à exercer une influence aussi favorable sur la phtisie.

En se basant sur ces faits, M. Tchigaïev estime que, dans les cas de tuberculose avec antécédents syphilitiques, les préparations mercurielles constituent un élément indispensable du traitement.

Traitement de l'enfoncement des os du crâne chez les nouveau-nés.

On sait que les accouchements plus ou moins pénibles peuvent donner lieu à de véritables lésions de la boîte crânienne, telles qu'enfoncements, fissures ou fractures. Lorsque l'enfoncement n'entraîne qu'une déformation peu prononcée, on ne se décide guère à une intervention sanglante. Or, ces lésions osseuses pouvant ultérieurement être le point de départ de troubles cérébraux graves — comme en témoigne, entre autres, une observation publiée, il y a deux ans, par M. le docteur Commandeur, accoucheur des hôpitaux de Lyon —, il importe, en réalité, de ne pas négliger leur traitement. M. le docteur P. Baumm (de Breslau) a imaginé, à cet effet, un procédé très simple et inoffensif, qui consiste à se servir, pour relever l'os enfoncé, d'un petit tire-bouchon à pas de vis serré.

Notre confrère a eu l'occasion d'appliquer le procédé en question chez 4 nouveau-nés venus au monde à la suite d'un accouchement pénible par suite de rétrécissement du bassin : la pression exercée par le promontoire avait eu pour résultat de produire, trois fois, des enfoncements de l'os pariétal et, une fois, des fractures multiples de l'os frontal. Deux de ces enfants finirent par succomber, et à leur autopsie on constata la présence d'une hémorrhagie intracrânienne, qui n'était, cependant, nullement en rapport avec la petite blessure produite par le tire-bouchon. Les deux autres enfants (dont l'un atteint de fractures multiples de l'os frontal) ont guéri.

Le tire-bouchon peut être enfoncé directement à travers le cuir chevelu, sans incision préalable des téguments. La blessure que détermine cette intervention rappelle la piqûre d'une ponction exploratrice. Le procédé en question serait, par conséquent, tout à fait inoffensif, à la condition, bien entendu, qu'on eût soin d'enfoncer l'instrument tout juste assez pour avoir une prise suffisante sur l'os.

Traitement des diarrhées infantiles par la teinture de myrtille.

M. le docteur Max M. Bernstein (de Londres) ayant récemment attiré l'attention sur les propriétés antiseptiques et antifermentescibles des baies de myrtille (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 68), il nous paraît intéressant de signaler les bons effets que ce remède a donnés entre les mains d'un médecin militaire russe, M. le docteur N. S. Jdan-Pouchkine, dans 5 cas de gastro-entérite infantile, dont 3 à évolution aiguë et 2 chroniques.

Notre confrère s'est servi de la teinture de myrtille, préparée avec des baies récentes, ayant macéré pendant plus d'un an dans de l'eau-de-vie. Il en prescrivait, suivant l'âge des petits patients, de XV gouttes à une cuillerée à café, en répétant cette dose trois fois par jour et en associant la teinture à de l'eau sucrée tiède. Sous l'influence de cette médication, M. Jdan-Pouchkine a vu le nombre des selles diminuer rapidement, en même temps qu'elles devenaient plus consistantes. Les bons effets du traitement se traduisaient, en outre, par la cessation des vomissements et la disparition du météorisme abdominal, ainsi que par le rétablissement de l'appétit.

Les petits malades, dont l'âge variait entre quatre et quatorze mois, acceptaient volontiers le remède; aucun d'eux n'a présenté le moindre phénomène fâcheux pouvant être attribué à son emploi.

Les badigeonnages de teinture d'iode contre l'eczéma.

D'après l'expérience d'un médecin anglais, M. le docteur P. Heffernan (de Dorchester), les badigeonnages de teinture d'iode constitueraient un excellent moyen de traitement de l'eczéma rebelle aux médications usuelles. Notre confrère commence par appliquer, sur une zone ne dépassant pas la dimension d'une pièce de cinq francs, une solution de cocaïne à 5 %; puis, l'anesthésie locale une fois obtenue, il badigeonne la même région avec de la teinture d'iode. On répète les badigeonnages chaque soir, en les étendant, tous les deux jours, à une nouvelle zone.

Il importe de n'appliquer la cocaïne que sur une région limitée, afin d'éviter les accidents que pourrait déterminer l'absorption de cet alcaloïde en trop grande quantité.

REVUE CRITIQUE

La rétraction de l'anneau de Bandl comme cause de dystocie dans les présentations du siège.

Encore que d'assez nombreux travaux aient été consacrés aux dystocies causées par l'anneau de Bandl, plusieurs manuels ou traités les passent sous silence et, dans la pratique, on songe rarement à elles. Il nous paraît donc utile de rappeler leur existence, notamment dans les présentations du siège, où elles sont des moins communes et où, par suite, on est davantage exposé à les méconnaître.

Elles y sont, disons-nous, des moins communes; en effet, dans sa thèse sur les rétractions de l'anneau de Bandl, M. H. Chéron (1) n'en cite que 5 cas, dus respectivement à MM. Smith (2), Lewis (3), Sinclair Bowen (4), Phillips (5) et Brindeau; on peut y joindre une observation de Crist (6), une de Mason (7), une de M. Demelin (8), une de M. Poux (9), une de M. Hahl (10), une de M. Perret (11), une de M. Meurer (12), deux de M. Rossa (13); en y ajoutant un cas qui nous est personnel et que nous résumons plus loin, c'est donc à 15 faits que se limiterait la casuistique des rétractions de l'anneau de Bandl dans les présentations du siège.

I

Comme on le sait, l'anneau de Bandl (anneau de contraction de Schröder, cercle utérin de Baudelocque, anneau de rétraction de Lusk, etc., etc.) est la zone musculaire circulaire qui termine en bas le segment supérieur de l'utérus. Sur une coupe de la paroi utérine, rien ou à peu près rien ne révèle son existence : entre la musculature épaisse du segment supérieur et celle, fort mince, du segment inférieur, la transition se fait rapidement, mais sur les frontières du premier de ces deux segments on ne voit ni relief ni sillon qui trahisse à l'œil nu l'existence d'un anneau musculaire spécial. Au point de vue macroscopique, son existence est donc fictive ou peu s'en faut. Au point de vue histologique, il n'en serait pas tout à fait de même : d'après M. J. Veit (14), des fibres musculaires circulaires entreraient dans sa constitution en plus grand nombre que dans le reste du corps utérin.

Chez une femme gravide, à terme, mais non en travail, le cercle utérin est à peu près de niveau avec le plan du détroit supérieur, plutôt au-dessous qu'au-dessus. Mais, dès que le travail commence, le cercle utérin, entraîné par les contractions du segment supérieur, remonte plus ou moins haut : avec des contractions énergiques on le rencontre à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis; si l'intensité des douleurs se fait extrême, on peut le voir s'élever jusqu'à l'ombilic.

Etant donnée sa nature musculaire, l'anneau de Bandl constitue un défilé contractile que le fœtus doit franchir. Sous des influences diverses, ce défilé peut se resserrer, se contracturer, voire se tétaniser au point d'arrêter la progression du fœtus. On se trouve alors en présence d'un cas de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl.

Pareille dystocie peut s'observer avec n'importe quelle présentation. Sur 56 complications de ce genre pour grossesse simple, M. Chéron compte 35 présentations du sommet (62.5 %), 12 présentations de l'épaule (21.4 %), 4 présentations de la face (7.1 %) et 5 présentations du siège (8.9 %).

On se ferait cependant une idée très fausse de la prédilection que peut avoir cette dystocie pour telle ou telle présentation, si l'on s'en rapportait aux pourcentages précédents : ils ne tiennent pas compte, en effet, de la fréquence relative des diverses présentations. Les présentations du sommet, par exemple, figurent pour un chiffre sept fois plus considérable que les présentations du siège; mais n'oublions pas qu'habituellement il y a de 25 à 30 présentations du sommet contre *une* présentation du siège!

Si l'on vient au contraire à comparer la fréquence relative des présentations avec les chiffres de M. Chéron, on constate que dans les présentations du sommet, la rétraction de l'anneau de Bandl survient 2 fois moins souvent qu'elle ne le devrait, si sa répartition se faisait uniformément sur toutes les présentations; par contre, dans les présentations du siège, elle se rencontre 3 fois et demie, dans les présentations de la face 35 fois, et dans celles des épaules 71 fois plus souvent que ces présentations n'y auraient droit en cas de partage proportionnel. Abstraction faite des présentations du sommet, nous voyons donc que c'est avec les présentations du siège que la complication ici visée s'observe le plus rarement.

Malheureusement les chiffres précédents ne nous indiquent pas combien de fois la rétraction se produira sur un nombre donné de présentations. Tout ce que je puis dire à ce point de vue, c'est que sur une centaine de présentations du siège je n'en ai vu qu'un seul cas. On ne s'étonnera donc pas que la liste des observations publiées soit encore si pauvre.

II

Le fait que j'ai eu l'occasion d'observer peut être considéré comme un véritable type de la dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl dans les présentations du siège; aussi vais-je tout d'abord le résumer brièvement.

Je fus appelé un soir auprès d'une femme de trente-huit ans, très forte et même un peu obèse, en travail depuis vingt-quatre heures : la poche d'eau s'était rompue au cours de la nuit précédente; dans la journée, le travail ne progressant pas, un médecin avait essayé d'abaisser un pied, puis d'appliquer un forceps, le tout sans succès.

A quelle cause pouvait tenir cet arrêt du travail?

Chez la mère, au terme de sa quatrième grossesse et dont les couches précédentes n'avaient rien présenté d'anormal, on ne découvrait ni tumeur, ni rétrécissement. Les douleurs et la tension des parois utérines paraissaient avoir été — et étaient encore — assez intenses pour exclure l'idée d'inertie; le palper ne révélait ni sillon, ni étranglement qui permît de deviner la véritable cause de l'arrêt du travail; il est cependant juste de remarquer que l'embonpoint de la parturiente gênait l'exploration.

Pour me rendre un compte plus exact de la situation, je fis endormir cette femme et j'enfonçai la main dans le segment inférieur de l'utérus : le siège du fœtus, en sacro-iliaque gauche antérieure, mode des fesses, à demi engagé dans le détroit supérieur, n'offrait aucune tumeur. Poursuivant mon examen, j'essayai de pénétrer dans le segment supérieur en suivant le plan postérieur, c'est-à-dire les cuisses du fœtus. Mais, arrivé près des creux poplités — à mi-hauteur environ de l'utérus — je fus arrêté par un relief circulaire de la paroi utérine postérieure, relief qui embrassait étroitement les cuisses du fœtus et qui s'opposait invinciblement à toute progression de ma main, et même de mes doigts. Le bord libre de ce relief était mince et comme tranchant; sa résistance était extrême et, si elle n'atteignait pas « celle du fer », comme dans une observation de M. Bowen, elle avait bien la consistance du cartilage, comme dans celle de M. Th. Smith.

A la longue, cependant, après avoir cinq ou six fois changé de main, je pus franchir ce relief avec les dernières phalanges de l'index et du médius de ma main droite. Au-dessus de lui, la paroi utérine ne semblait pas accolée au fœtus, car on sentait entre cette paroi et le bord tranchant de l'anneau une sorte de gouttière large de 2 bons centimètres au moins. Toutefois, on ne pouvait pas dire que le fond de l'utérus fût relâché : le contraire eût plutôt été vrai.

Ces manœuvres, très laborieuses, mais exécutées sans violence, eurent à la longue un résultat : celui d'amener sans doute une légère abduction de la cuisse droite et par suite de faire tomber le pied correspondant sur la gouttière qui courait le long du bord supérieur de l'anneau. Mes dernières phalanges arrivaient bien alors à toucher le talon, mais elles ne pouvaient l'accrocher. A tout hasard, et du bout des doigts, je chassai ce talon d'arrière en avant le long du bord supérieur de l'anneau. Arrivé dans la région antéro-latérale de l'utérus, je fus agréablement surpris en constatant que je pouvais accrocher ce talon et l'abaisser dans le segment inférieur : la raison en était que la saillie de l'anneau de Bandl, chez cette parturiente, diminuait progressivement d'arrière en avant, à tel point que sur le dos du fœtus son relief se réduisait probablement à rien ou presque rien.

Le pied abaissé était le pied postérieur (pied droit), c'est-à-dire le mauvais pied. Mais je me trouvais dans une de ces situations où, quoi qu'on en dise, on abaisse le pied que l'on peut. C'eût été une folie que d'aller passer encore quinze ou vingt minutes à essayer d'abaisser le bon pied, au risque de rompre l'utérus ou d'augmenter les chances d'infection de la parturiente. Pour achever l'extraction de l'enfant, je n'eus donc qu'à faire subir au siège une rotation de trois quarts de cercle qui transforma le pied abaissé en « bon pied » et à tirer ensuite dans l'axe de la filière pelvienne. Ces divers mouvements ne rencontrèrent pas de difficultés insurmontables et, si je fus obligé, comme M. Lewis, de confier la manœuvre de Mauriceau à un aide, c'est que vingt minutes d'efforts soutenus avaient littéralement tétanisé mes propres muscles. L'enfant ainsi extrait — il était du sexe féminin — pesait 1,400 grammes; il ne put être ranimé.

Comme on l'a vu, l'anneau de Bandl enserrait le fœtus, à peine engagé dans l'excavation pelvienne, au niveau des cuisses, tout près du creux poplité. Il en était de même dans les observations de Mason, de M. Smith, de M. Phillips et de M. Demelin. C'est là une première variété, et la plus typique, au point de vue des rapports mu-

(1) H. Chéron. Des difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl. (*Thèse de Paris*, 1899.)

(2) Th. C. Smith. Ante-partum hour-glass contraction of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril 1882.)

(3) C. H. Lewis. Dystocia through circular contraction of the upper uterine segment. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv. 1886.)

(4) W. Sinclair Bowen. A case of ante-partum hour-glass contraction of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1897.)

(5) J. Phillips. A case of ruptured uterus treated by abdominal hysterotomy. (*Transactions of the Obstet. Soc. of London*, 6 oct. 1897, p. 260.)

(6) D. L. Crist. (*Chicago Med. Journ.*, 1866, III.) — Cité par M. Th. C. Smith (*loc. cit.*).

(7) E. Mason. (*Atlanta Med. and Surg. Journ.*, 1875, XIII.) — Cité par M. Th. C. Smith (*loc. cit.*).

(8) Demelin. De l'abaissement prophylactique d'un pied dans le cas de présentation du siège décomplété (mode des fesses). (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 29 avril 1891.)

(9) Citée par M. S. Markovitch. De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau appelé cercle utérin de Baudelocque ou anneau de contraction. (*Thèse de Paris*, 1894.)

(10) C. Hahl. Ett fall af förlossning vid striktur af den Bandl'ska ringen. (*Finska läkaresällsk. handl.*, janv. 1900, p. 139.)

(11) Perret. Discussion à propos de la communication de M. J. Veit : Sur la rétraction de l'anneau de Bandl. (*Bull. de la Soc. d'obstét. de Paris*, séance du 18 janvier 1900.)

(12) R. J. Th. Meurer. Over stoornissen bij de baring tengevolge van den gecontraheerden ring van Bandl. (*Geneeskundige Bladen*, 1900, VII, 1.)

(13) E. Rossa. Der Contractionsring in seinen Beziehungen zur Mechanik der Geburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct. 1900.)

(14) J. Veit. Ueber die Dystocie durch den Contractionsring. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév. 1900.)

tuels du fœtus et de l'anneau de rétraction. Dans cette première catégorie de faits, on peut ranger encore l'observation de M. Lewis : ici le siège du fœtus était, comme précédemment, à peine engagé, mais l'anneau de Bandl, beaucoup plus élevé, enserrait le cou et les jambes relevées du fœtus, en sorte que le fond de l'utérus contenait seulement les pieds et la tête de l'enfant.

Dans une deuxième variété, le fœtus entier se trouve placé au-dessus de l'anneau; je citerai les cas de MM. Bowen, Hahl, Rossa (obs. II), Brindeau, Meurer : parfois, comme chez les malades de M. Rossa et de M. Meurer, il y a procidence d'un des membres inférieurs à travers le cercle utérin. Les observations de M. Hahl (1) et de M. Brindeau méritent une mention particulière : dans la première le fœtus subit du fait de la contraction utérine un tel tassement ou reploiement que l'accoucheur, après avoir commencé par sentir le siège dans l'orifice annulaire, finit par y percevoir aussi la tête; dans la seconde, le toucher révéla également au début une présentation du siège, mais, grâce sans doute à une contracture moindre du fond de l'utérus, elle se transforma franchement en une présentation de l'épaule. Le cas de M. Hahl pourrait peut-être expliquer celui de Crist dont la description, au dire de M. Smith, est plutôt obscure : on avait en effet tout d'abord reconnu une présentation du siège, mais, à chaque contraction, on sentait la tête descendre dans le pelvis.

Dans une troisième variété, enfin, la contracture ne se produit qu'au passage de la tête dernière et l'anneau de Bandl vient enserrer le cou du fœtus, ce qui gêne considérablement la manœuvre de Mauriceau; tel fut le cas chez les malades de M. Poux et de M. Perret.

La plupart de ces rétractions se sont produites avec des sièges décomplétés, mode des fesses : les membres inférieurs se trouvaient ainsi relevés en attelles sur le plan antérieur du fœtus. Les observations de MM. Meurer, Perret, Rossa (obs. II) peuvent être aussi bien considérées comme entrant dans cette catégorie, puisqu'un seul membre était procident à travers le col.

Le diagnostic est facile dès qu'on a la main dans l'utérus. Théoriquement, on devrait pouvoir le faire avant : lorsque l'anneau de Bandl se contracture, l'utérus prend en effet une forme « en gourde » ou « en calebasse » (Baudelocque); c'est la contraction en sablier de Jacquemier, l'*hour-glass contraction* des auteurs anglais et américains. Cette forme est généralement signalée, quand il s'agit de présentations du sommet, de la face ou du tronc. Il semble cependant qu'elle fasse fréquemment défaut dans les présentations du siège : sur les 15 observations dont nous disposons, cette déformation n'est notée que dans deux cas, celui de Mason et celui de M. Meurer. Par contre, elle s'accompagnait dans ce dernier fait d'une particularité assez curieuse : « Sur le bord droit de l'utérus se voyait une tumeur qui s'étendait de la région inguinale à l'ombilic et se confondait ensuite avec l'utérus; et, comme la paroi abdominale était très mince, on pouvait çà et là constater très nettement que cette tumeur était formée par des vaisseaux fortement dilatés. » Ces vaisseaux, selon toute vraisemblance, étaient ceux du plexus pampiniforme : le fœtus étant en sacro-iliaque droite postérieure, M. Meurer pense que c'est à la compression des veines par le siège, notamment à chaque contraction, qu'il faut attribuer leur turgescence.

(1) L'observation de M. Hahl a paru une première fois dans les *Finska läkaresällsk. handl.*, janv. 1900, p. 139, et une seconde fois dans les *Arch. f. Gynäkol.*, 1901, LXIII, 3. Dans la première publication, l'auteur la donne comme un exemple de contracture de l'anneau de Bandl; dans la seconde, comme un exemple de contracture de l'orifice interne du col. La lecture de ce double travail nous laisse l'impression que la première pensée de M. Hahl était la meilleure; il nous semble, en effet, difficile de rapporter à l'orifice interne une contracture siégeant à 10 centimètres au-dessus de l'orifice externe.

Pour que la disposition en sablier se rencontre aussi rarement, il y a plusieurs raisons. Comme nous l'avons vu, l'anneau peut occuper des positions variables par rapport au fœtus. Quand il l'enserre à la fois au niveau du tronc et des creux poplités, le tronc et les cuisses relevées forment par eux-mêmes une masse trop importante et trop compacte pour que l'anneau de contraction puisse se resserrer beaucoup : par suite il est possible que son existence ne se traduise guère sur le corps utérin. Si l'anneau siège au-dessous du fœtus ou embrasse son cou au moment de l'engagement de la tête, l'étranglement qu'il détermine est si voisin du pelvis qu'il passera facilement inaperçu. Il est vrai qu'un palper attentif, dans le cas où le fœtus est enserré à mi-hauteur de sa taille, devrait permettre de reconnaître un sillon ou une encoche; malheureusement, dans les présentations du siège, le fœtus a le plus souvent le dos en avant : or, comme nous avons pu le constater chez notre malade, le relief annulaire disparaît peu à peu quand on approche du dos du fœtus. Une autre raison qui s'oppose à la perception de ces détails, c'est que, suivant la remarque de M. A. Turenne (1), les femmes atteintes de contracture du cercle utérin sont le plus souvent des femmes obèses ou jouissant d'un certain embonpoint; c'était précisément le cas chez notre parturiente, alors que chez celle de M. Meurer, au contraire, les parois abdominales étaient extrêmement minces.

Nous n'avons pas fait mention avec les symptômes — et l'on ne peut faire état pour le diagnostic — de la douleur parfois très violente qu'éprouvent les parturientes atteintes de rétraction de l'anneau de Bandl. En effet, cette douleur « atroce » ne paraît pas constante et elle tient peut-être davantage à une tétanisation généralisée de l'utérus qu'à celle de l'anneau de contraction; de plus, le phénomène douleur a une valeur tellement subjective et variable qu'on ne peut faire grand fond sur lui.

III

Pour concevoir l'origine des rétractions de l'anneau de Bandl, il suffit de se demander quel est le rôle physiologique de ce cercle musculaire. Bien que le mécanisme physiologique de la contraction utérine soit loin d'être connu, nous allons rapidement exposer les grandes lignes de ce rôle, tel du moins que nous le concevons.

De même que tous les muscles, les fibres utérines longitudinales, pour agir efficacement, ont besoin d'une insertion fixe ou relativement fixe. Ce n'est pas sur le fond ou les parties latérales de l'utérus — qu'elles tendent au contraire à « exprimer » comme on exprimerait une poire de caoutchouc — qu'elles pourraient la prendre. Il ne leur reste donc que la base du segment supérieur, c'est-à-dire la zone dite de Bandl. Celle-ci, en se contractant, fournit aux fibres longitudinales du segment supérieur l'insertion relativement fixe dont elles ont besoin pour agir sur le fond et les faces latérales de l'utérus. Quant à cet anneau, il s'attache lui-même au segment inférieur (cervico-utérin) et, par son intermédiaire, au vagin et aux parties fibreuses du bassin. Par suite de l'élasticité considérable du segment inférieur, l'anneau de Bandl n'est, il est vrai, qu'une insertion *relativement* fixe, capable d'être elle-même entraînée par les fibres du fond de l'utérus; mais il en résulte précisément un autre avantage : le segment inférieur se trouve ainsi étiré, dilaté, il marche au-devant de la présentation et vient en quelque sorte la « chausser ».

A ce mécanisme on pourrait objecter que la contraction du cercle de Bandl, si elle fournit bien l'appui requis, aurait l'inconvénient de

(1) A. Turenne. Contribución al estudio de la distocia por retracción del anillo de Bandl. (*Rev. méd. del Uruguay*, août 1901.)

s'opposer à la progression de la partie fœtale. Toutefois cet argument perd beaucoup de sa valeur, quand on tient compte de l'énorme masse musculaire du fond de l'utérus, comparée avec celle, fort restreinte, de la zone de Bandl. De plus, comme le fait remarquer M. Rossa, les fibres musculaires du segment supérieur qui viennent s'appuyer sur le cercle utérin n'ont pas une direction verticale : grâce à l'aspect piriforme de l'utérus, elles quittent la région de Bandl en suivant une direction oblique en haut et en dehors. Leur contraction a donc pour effet de neutraliser en partie le resserrement physiologique de l'anneau. D'ailleurs, ainsi que l'a vu M. Keiffer (1) dans ses recherches expérimentales, les fibres circulaires de l'utérus ont sur la progression du fœtus une action « sphinctérienne » : si les sphincters de notre corps peuvent bien à la rigueur s'opposer à la progression des bols alimentaire, fécal, etc., ils favorisent au contraire leur expulsion ou mieux leur « expression », dès que le grand diamètre du bol les a franchis.

Un dernier rôle que joue la zone de Bandl est celui de *glissière* directrice : elle moule, elle pétrit en quelque sorte le fœtus suivant son axe longitudinal et contrebalance ainsi l'effet des contractions du dôme utérin, lesquelles ont, au contraire, pour résultat de tasser le fœtus en sens inverse, voire même, comme dans l'observation de M. Hahl, de le plier en deux et d'amener ainsi à la fois dans l'aire du détroit supérieur le pôle céphalique et le pôle pelvien.

Remarquons en passant que M. Keiffer, s'appuyant sur ses observations expérimentales, nie absolument toute spécificité — si l'on peut dire — à l'anneau de Bandl. Pour lui, sa contraction « n'est qu'une simple réaction motrice banale qui peut se présenter aussi bien près du fond de l'utérus ou de ses bords ». Au point de vue expérimental nous ne contestons pas le fait; il se peut même qu'une observation clinique très attentive permette à la longue de reconnaître que les anneaux de contraction n'occupent pas toujours et rigoureusement la zone de Bandl : l'histoire des enchatonnements placentaires permet de le supposer. Mais entre l'utérus des rongeurs et celui de la femme on trouve tout d'abord, dans la constitution du segment inférieur, de notables différences qui s'opposent à une assimilation complète. De plus, dans certaines circonstances au moins, soit l'observation clinique, soit les opérations, soit les nécropsies ont laissé constater que les rétractions ici visées occupaient toujours sensiblement la même région anatomique de l'utérus, celle de la zone de Bandl. Jusqu'à plus ample informé, nous sommes donc en droit de faire état de ces données.

IV

Telle est, à notre avis, la fonction physiologique de l'anneau de Bandl. Que cet anneau, pour une cause ou une autre, soit maintenant soumis à un labeur excessif, et nous pourrons le voir présenter tous les degrés de la contracture, depuis le simple *spasme* jusqu'à la *tétanisation*.

Cette division, fondée sur un simple *a priori* physiologique, nous paraît confirmée par les faits. Dans le cas relaté par M. Brindeau, par exemple, la rétraction fut facilement vaincue à la main. Dans une observation de M. Rossa (avortement de quatre ou cinq mois), l'auteur a soin de noter que dans l'intervalle des douleurs l'anneau de contraction atteignait 3 centimètres de diamètre, tandis que lors de leur réapparition il se resserrait au point de se fermer presque complètement. De même dans le fait de M. Lewis : en dehors des douleurs on pouvait franchir l'anneau, mais celui-ci se rétrécissait à chaque contraction utérine. Un exemple plus typique encore nous est fourni par M. Perret :

(1) J. H. Keiffer. La fonction motrice de l'utérus. (*Obstétrique*, nov. 1897.)

au moment du passage de la tête dernière, il se produisit brusquement une contraction de l'anneau de Bandl et l'extraction fut arrêtée; peu à peu, cependant, cet état disparut et l'accouchement put se terminer; toutefois, l'auteur ayant dû procéder à l'extraction manuelle du placenta, son poignet fut à son tour saisi par une nouvelle et brusque contraction annulaire qui l'immobilisa pendant une minute environ.

Chez ces diverses parturientes, il y avait donc *spasme*, c'est-à-dire contraction exagérée de l'anneau de Bandl, puisque celui-ci possédait encore d'une manière assez manifeste deux de ses principales propriétés physiologiques : la dilatabilité, autrement dit l'élasticité, et la contractilité.

Dans les autres observations et, en particulier, dans la nôtre, il semble qu'il se soit agi d'un état fort différent, la *tétanisation*. On sait ce qu'il faut entendre par ce terme, emprunté aux physiologistes : quand, dans une expérience, un muscle a été soumis d'une façon prolongée à des excitations répétées et se suivant à de brefs intervalles, il se gonfle, s'immobilise, durcit et perd tout à la fois son élasticité et sa contractilité. Cet état dure plus ou moins longtemps et ne se dissipe que peu à peu. Nous ignorons quelle influence le chloroforme peut avoir sur lui, mais cette influence étant nulle dans le tétanos pathologique, il y a fort à craindre qu'il n'en soit de même avec le tétanos expérimental.

D'ailleurs, les accoucheurs ne sont pas sans expérience personnelle sur ces tétanisations musculaires : les efforts soutenus, presque statiques, exigés par le forceps ou la version transforment souvent nos muscles antibrachiaux en une masse gonflée, douloureuse et d'une dureté extraordinaire, même en l'absence de tout effort; dans cet état on devient incapable de prolonger des tractions et il faut, bon gré mal gré, passer la main à d'autres.

Dans certains faits de rétraction de l'anneau de Bandl, nous retrouvons des caractères identiques aux précédents. Le relief circulaire que l'on rencontre dans l'utérus offre la consistance du « cartilage » ou du « fer »; il résiste à toute tentative de dilatation, c'est-à-dire qu'il manque d'élasticité; le chloroforme est sur lui sans action ou peu s'en faut (obs. de Smith, Bowen, Lewis, Hahl, Demelin et la nôtre); sa rétractilité elle-même semble épuisée ou presque complètement épuisée, car les parties fœtales suivant celle qu'étreignait l'anneau peuvent parfois le franchir sans être à leur tour arrêtées. En pareil cas, il ne s'agit donc plus d'un spasme, mais d'une tétanisation de l'anneau de Bandl.

V

On a beaucoup discuté, dans ces dernières années, pour savoir si la contracture du cercle utérin de Baudelocque s'accompagnait ou non de la contracture du dôme utérin qui le surplombe, autrement dit si la rétraction de l'anneau de Bandl n'était qu'un épiphénomène de la contracture utérine. M. J. Veit, s'appuyant sur ses observations cliniques et sur des considérations anatomiques ou physiologiques, pense que toutes les fois que l'anneau se contracture, le fond de l'utérus en fait autant. M. Rossa partage cette manière de voir.

L'absolutisme des opinions primitives de M. Veit a rencontré nombre de contradicteurs. C'est ainsi qu'à la Société néerlandaise de gynécologie (1), M. Meurer a communiqué deux observations où le fond de l'utérus — en dépit de la rétraction prolongée de l'anneau de Bandl — se relâchait par instants d'une façon complète : l'un de ces faits concernait précisément une présentation du siège, dont il a été déjà question. Dans la discussion qui suivit la communication de M. Meurer, Mme Catherine Van Tussenbroek (1) a cité un exemple analogue aux précédents. A la Société d'obstétrique de Paris (2), où M. Veit a également défendu ses idées, M. Budin a fait remarquer que l'attention des accoucheurs français n'avait pas encore été attirée sur ce point, mais que, très probablement, le fond de l'utérus n'était pas toujours tétanisé : les nombreuses versions exécutées en pareille occurrence par M. Budin ou ses élèves semblent, en effet, le prouver, puisqu'il est de règle en France de ne recourir à la version que si l'utérus a conservé une certaine souplesse. L'observation de M. Perret (3) est encore plus concluante : dans un cas de présentation du siège, il a pu constater à deux reprises différentes un spasme ou une contracture du cercle utérin, alors que « la main appliquée sur le fond de l'organe le sentait mou et inerte ».

A l'appui de l'indépendance des contractures du fond de l'utérus et de celles de l'anneau de Bandl, on peut faire valoir encore les hémorrhagies — habituellement post-partum — qui accompagnent assez souvent la dystocie que nous étudions. Un cas de M. Treub (4), concernant une présentation du sommet, est à cet égard très typique : la rétraction de l'anneau fut ici tellement invincible qu'il fallut recourir à l'opération césarienne et à l'*incision de l'anneau* pour extraire le fœtus; l'extraction et la suture des parois utérines achevées, le fond de la matrice resta mou et se mit à saigner; mais l'anneau était si peu relâché qu'on ne put arriver à tamponner par le vagin; il fallut donc faire sauter quelques fils de suture et tamponner le corps utérin par voie abdominale.

M. Radcliffe (5), M. Commandeur (6), M. Rossa — ce dernier avec une présentation du siège — ont eu également affaire à des hémorrhagies post-partum et il ne serait pas difficile d'allonger cette liste : sur les 56 observations de la thèse de M. Chéron, on compte 3 autres cas du même genre, observés dans le service de M. Budin. Ces hémorrhagies survenant au cours d'une rétraction de l'anneau de Bandl semblent bien indiquer que le fond peut demeurer flasque pendant que l'anneau est contracturé; le fait est en tout cas expressément noté dans une observation déjà ancienne, celle de W. H. Borham (7), de beaucoup antérieure à la présente discussion : l'auteur y remarque que l'utérus donnait la même sensation qu'une poire en caoutchouc pleine de liquide, quant on vient à l'exprimer.

Tout en tenant compte des faits cliniques de M. Veit, il nous paraît donc légitime de conclure qu'entre les spasmes ou tétanisations du fond de l'utérus et les rétractions annulaires de la zone de Bandl, il n'y a pas une coordination fatale. Cependant, avant de se prononcer sur les conditions les plus communes de ce double phénomène, il est prudent d'attendre de nouveaux faits bien observés et tenant un compte rigoureux de la distinction à faire entre les spasmes et les tétanisations, aussi bien pour le fond de l'utérus que pour l'anneau de Bandl. Que des *spasmes* de ce dernier puissent se rencontrer avec la flaccidité complète du fond de l'utérus semble pour le moment un fait acquis; mais que des *tétanisations* du cercle de Baudelocque — c'est-à-dire un état prolongé de rigidité cartilagineuse ou même métallique, sans rétractilité ni contractilité — puissent s'accompagner du relâchement complet du dôme utérin, ceci, bien qu'à la rigueur possible et peut-être démontré, nous paraît exiger des observations nouvelles et précises.

VI

Quant aux causes de ces tétanisations ou de ces spasmes, elles sont évidemment à chercher dans les contractions trop répétées ou prolongées de l'anneau de Bandl. Et celles-ci vont probablement de pair, comme nous l'avons vu, avec celles du corps utérin. Par conséquent, tous les facteurs susceptibles d'amener des contractions violentes, itératives du segment supérieur exposeront à la rétraction de l'anneau de Bandl. Dans les présentations du sommet, par exemple, cette dystocie se produit le plus souvent avec des bassins rétrécis.

Ce n'est donc pas un effet du hasard, si dans les présentations du siège elle s'est jusqu'ici presque toujours montrée avec le mode des fesses; en effet, le relèvement des membres inférieurs diminue notablement la flexibilité déjà faible du siège; la masse fœtale ne s'accommodant à la courbure pelvienne qu'avec la plus grande difficulté, il en résulte pour l'utérus un surmenage qui retentit fatalement sur l'anneau de Bandl.

Il est à remarquer aussi que sur 14 observations mentionnant ce détail, 5 concernaient de grandes multipares (ayant eu 4 grossesses ou plus), 8 de jeunes primipares (la plus âgée avait vingt-six ans) et une seule une secondipare. Ce sont donc les deux extrêmes, au point de vue obstétrical, et surtout la primiparité, qui exposent le plus à la dystocie en question. La raison en est bien simple : chez la jeune primipare le muscle utérin est plus vigoureux, c'est vrai, mais les plans périnéo-pelviens sont beaucoup plus résistants; quant à la grande multipare, en dépit de l'hypertrophie apparente de son utérus, cet organe est plus pauvre en fibres musculaires (1), la paroi abdominale est plus lâche, les enfants sont plus gros, autant de causes pouvant rendre l'accommodation et l'expulsion plus laborieuses. Il peut se faire que la remarque de M. Turenne concernant l'embonpoint soit un corollaire de cette dernière particularité, la multiparité et l'embonpoint allant très communément ensemble.

La rétraction de l'anneau de Bandl dans les présentations du siège semblant frapper soit les primipares, soit les grandes multipares, il ne faut pas s'étonner si le poids des enfants mis au monde offre d'assez notables écarts : dans les 7 observations où il est noté (faits de Meurer, Perret, Lewis, Brindeau, Smith, Poux et cas personnel), il variait de 2,525 à 4,400 grammes. Notre malade qui, sur ces 7 parturientes, tient pour l'instant le « record » du poids de l'enfant, était, avec celle de M. Perret, la seule multipare; les 5 autres étaient des primipares.

Au point de vue du terme de la grossesse, il y a, sur les 15 exemples que nous avons relevés, 2 cas (Phillips, Rossa) d'accouchement prématuré, l'un à six mois et demi et l'autre à huit mois, et un d'avortement, à cinq mois. Mais puisqu'on a vu la rétraction de l'anneau de Bandl ne survenir qu'au moment de la délivrance, il ne faut pas s'étonner de l'observer avant terme. Pour expliquer ce fait, les hypothèses ne font certainement pas défaut; toutefois elles ne reposeraient elles-mêmes que sur d'autres suppositions. Remarquons cependant que, dans les deux observations de M. Rossa,

(1) R. J. Th. Meurer. (*Soc. néerland. de gynécol.*, séance du 11 février 1900, et *loc. cit.*)

(1) C. Van Tussenbroek. (*Soc. néerland. de gynécol.*, séance du 11 mars 1900, *in Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 mai 1900.)

(2) Discussion sur la rétraction de l'anneau de Bandl. (*Bull. de la Soc. d'obstét. de Paris*, séance du 18 janvier 1900.)

(3) Perret. (*Loc. cit.*)

(4) Cité par Meurer. (*Loc. cit.*)

(5) S. J. Radcliffe. Ante-partum hour-glass contraction, which continued post-partum, accompanied by profuse hemorrhage. (*Med. Record*, 5 août 1882.)

(6) F. Commandeur. Insuffisance du ballon de Champetier de Ribes comme agent dilatateur dans un cas de rétrécissement de l'anneau de Bandl. (*Obstétrique*, sept. 1899.)

(7) W. H. Borham. A case of hour-glass contraction of the uterus. (*Lancet*, 11 déc. 1852.)

(1) A. Theilhaber et A. Meier. Die Variationen im Bau des Mesometrium und deren Einfluss auf die Entstehung von Menorrhagien und von Fluor. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1902, LXVI, 1, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 346.)

il ne s'agissait très probablement que de simples spasmes et non de tétanisation du cercle utérin.

VII

Quelques mots, pour terminer, sur la conduite à tenir en cas de dystocie par contracture de l'anneau de Bandl, dans la présentation du siège.

On commencera tout d'abord par endormir la patiente et l'anesthésie devra être poussée jusqu'à la narcose complète : c'est le meilleur moyen de soulager les douleurs, parfois atroces, et de supprimer l'élément spasmodique de ces rétractions. Mais, s'il y a une véritable tétanisation, il ne faut pas s'attendre à ce que le chloroforme la fasse disparaître : le plus souvent elle persistera sans grande modification.

Le mode des fesses étant, comme nous l'avons vu, le cas le plus commun, la première pensée qui s'offre à l'esprit, c'est d'abaisser un pied et de s'en servir comme tracteur. Malheureusement, quand les doigts viennent à essayer de franchir l'anneau, ils se heurtent souvent à une résistance telle que l'accoucheur est aussitôt porté à user de violence. On ne saurait cependant être trop prudent; ou du moins, avant de recourir à tout effort un peu considérable, il faut savoir distinguer entre le simple spasme et la tétanisation : la fixité, la résistance cartilagineuse ou métallique caractérisent cette dernière; des resserrements alternatifs et une certaine dilatabilité sont l'apanage du premier. Or, s'il est possible et permis, en usant de douceur et d'une pression lente et soutenue, de forcer la résistance d'un spasme, il nous paraît souverainement dangereux de vouloir vaincre une contracture tétanique soit à la main, soit avec des instruments. Dans l'observation de M. Phillips, cette dilatation manuelle eut pour effet d'amener une énorme rupture utérine à laquelle succomba la malade. Le moindre inconvénient de ces tentatives de dilatation forcée est encore qu'elles sont parfois inefficaces : dans le cas de M. Bowen on appliqua pendant deux heures de suite un dilatateur métallique sur l'anneau de Bandl, qui se trouvait contracturé au-dessous du siège du fœtus, et, au bout de ce temps, c'est à peine si l'on pouvait introduire deux doigts! Dans le cas de M. Hahl un dilatateur de Tarnier ne paraît pas avoir eu beaucoup plus de succès.

Les dilatateurs plus perfectionnés, construits dans ces derniers temps sur le modèle de celui de Bossi, nous paraissent encore plus dangereux : si la main est parfois brutale, elle peut au moins ne pas être aveugle; or, avec des dilatateurs où il suffit de faire marcher une crémaillère, il est bien difficile de mesurer la résistance utérine.

Quand le tronc du fœtus avec ses cuisses relevées est déjà engagé dans l'anneau, on doit donc tout d'abord essayer la manœuvre de Pinard, c'est-à-dire porter la cuisse en abduction afin de faire tomber le pied et pouvoir alors saisir plus facilement ce dernier. Malheureusement, cette manœuvre n'est pas toujours réalisable, car l'anneau enserre la cuisse si étroitement qu'il est impossible de la déplacer. Dans le cas de M. Demelin on n'y parvint pas. Chez notre parturiente, nous fûmes à la longue plus heureux. Mais, avec la chute du pied, on n'est pas toujours au bout de ses peines : ce n'est pas avec un doigt ou deux, à plus forte raison avec quelques phalanges, qu'on peut espérer accrocher ce pied qu'on effleure à peine. Ce serait alors le cas d'essayer la manœuvre qui nous a réussi : ramener le pied vers le dos du fœtus en contournant la paroi utérine; on a des chances de trouver ici un relief annulaire moins prononcé, et par suite de faire tomber aisément le pied du segment supérieur dans le segment inférieur.

Si ces diverses manœuvres échouent, on peut encore, à condition que le siège soit abordable, c'est-à-dire qu'il soit situé au-dessous du rétrécissement, appliquer un lacs (Demelin) ou un crochet (Mason, Smith) sur l'aine, ou un lacs et un forceps simultanément, comme le proposait déjà Tarnier (1). Mais, quand l'enfant est vivant, les tractions devront être bien prudentes, si l'on tient à ne pas déchirer l'aine (cas de Smith).

D'ailleurs, même si l'on finit par avoir une prise solide sur le fœtus, les tractions devront être toujours fort modérées, car c'est parfois l'utérus et non le fœtus qui obéit aux tractions. Dans l'observation de M. Hahl, par exemple, la résistance de l'anneau était telle, que l'utérus s'abaissa au point de montrer son col à la vulve.

Si la rétraction ne se produit ou ne devient gênante qu'au moment du passage de la tête dernière, lors, par exemple, de la manœuvre de Mauriceau, on est obligé, pour peu que les tractions soient insuffisantes et que la narcose et l'attente n'aient pas dissipé la contracture, de recourir au forceps. Mais comme il y a grand risque que cette application rencontre des difficultés considérables et que l'enfant succombe rapidement, on est vite en droit de s'adresser à la décollation du fœtus et à la céphalotripsie.

Enfin, tous les procédés de douceur peuvent échouer. Faut-il alors recourir à des manœuvres plus violentes ou à des interventions sanglantes? Les premières, comme on l'a déjà vu, ne nous paraissent jamais légitimes : les dilatations forcées, les incisions (Hahl) nous semblent grosses de dangers. Il vaudrait certainement mieux en pareil cas, comme l'a fait M. Treub pour une présentation du sommet, s'adresser à une opération césarienne. Toutefois, avant de recourir à cette extrémité, on pourrait plus simplement, suivant le conseil de M. J. Veit, essayer de la temporisation avec une narcose aussi profonde que possible.

On peut objecter que l'attente, avec un utérus ou tout au moins un anneau de Bandl tétanisé, expose à la rupture. Ce danger est peut-être moins considérable qu'on ne le croit : la tétanisation est justement le contre-pied de la contraction. Le muscle tétanisé est dur, douloureux, plus ou moins rétracté, mais il a perdu sa contractilité. Ayant perdu sa contractilité, il ne tiraille plus sur le segment inférieur; ce dernier est bien tendu, dilaté peut-être au maximum de son extensibilité, mais le muscle utérin et la zone de Bandl ne lui infligent plus de ces secousses brutales, subites, irrégulières, qui sont la véritable cause des ruptures. En tout cas, la clinique ne semble pas trop défavorable à cette conduite : si nous en exceptons le cas de M. Lewis où la dilatation fut obtenue de force, il est digne de remarque que la rupture utérine ne s'est jamais produite dans les 15 observations que nous avons recueillies.

Il est vrai que si l'attente peut ne pas nuire à la mère, elle a pour effet à peu près certain la mort de l'enfant. Mais, là même où l'on a réussi à terminer l'accouchement le plus vite possible, la mortalité fœtale est énorme : sur 14 observations — abstraction faite d'une fausse couche — l'enfant ne put être ramené vivant que 4 fois, à savoir dans les cas de MM. Rossa (obs. II), Poux, Brindeau, Meurer, et encore, dans deux de ces observations au moins, il semble qu'il y ait eu spasme beaucoup plus que tétanisation. Avec la mort de l'enfant, les opérations mutilatrices ont le droit d'entrer en scène; d'ailleurs, comme le prouve le fait de M. Hahl, ces opérations sont alors loin d'être aisées : c'est à un véritable morcellement qu'il faut recourir.

Si l'enfant est vivant, qu'on espère ou qu'on veuille l'obtenir vivant, l'opération césarienne est incontestablement le procédé de choix. Toutefois, nous craignons qu'en l'espèce elle n'amène le sacrifice presque forcé de la mère : les parturientes atteintes de rétraction de l'anneau de Bandl rentrent en effet, généralement, dans la catégorie des infectées; la poche des eaux est souvent rompue depuis longtemps, un ou plusieurs médecins ont touché, manœuvré, tiré à diverses reprises. Or, chez les infectées, les résultats de l'opération césarienne sont loin d'être brillants. Et, à vrai dire, s'il est très légitime de parler des droits de l'enfant *à venir*, les enfants *existants* — ou même *potentiels*, c'est-à-dire les ovules susceptibles d'être fécondés — n'ont-ils pas aussi leurs droits? C'est une considération qui a son poids, si l'on se trouve en présence d'une mère de famille.

Dr R. de Bovis,
Professeur à l'École de médecine de Reims.

(1) Voir : H. Bloc. Du siège décompleté mode des fesses (étude statistique). (*Thèse de Paris*, 1897.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1903.

Du suicide dans la syphilis.

M. Fournier lit un travail dans lequel — à propos d'un cas de suicide observé récemment chez un jeune homme qui venait d'apprendre qu'il était atteint d'un chancre induré de la lèvre — il attire l'attention sur un certain nombre de faits où la syphilis est intervenue soit directement, soit indirectement comme facteur étiologique du suicide.

Ces faits peuvent être groupés en quatre catégories : dans la première l'orateur range les cas où le suicide est la conséquence de troubles mentaux provoqués par une encéphalopathie syphilitique, une gomme du cerveau, etc.; la syphilis ne joue en pareil cas qu'un rôle indirect.

Les faits susceptibles de prendre place dans la deuxième catégorie sont ceux où le suicide est motivé par l'apparition d'un accident syphilitique grave ou jugé tel par le malade; par exemple, un chancre ou une ulcération phagédénique du gland, une gomme de la langue, un double sarcocèle syphilitique, etc., etc. L'orateur a observé 8 suicides appartenant à cette catégorie.

La troisième classe comprend les cas dans lesquels le suicide a été motivé par la notification faite sans ménagement au malade de la nature du mal dont il est atteint. Nombreux, en effet, sont les sujets qui, en apprenant qu'ils sont affectés de syphilis, sont pris d'une terreur indicible et préfèrent se donner la mort plutôt que de continuer à vivre avec de telles appréhensions. Le médecin, en présence d'un malade chez lequel il constate des manifestations de la syphilis, doit donc toujours procéder avec ménagements et ne jamais lui annoncer d'emblée qu'il est atteint de cette affection.

Les cas rangés par M. Fournier dans le quatrième groupe sont ceux où un sujet se tue parce qu'il a contracté la syphilis, par exemple, quelques jours avant ou peu après son mariage et que toutes les conséquences possibles d'un semblable événement prennent à ses yeux des proportions démesurées. Ici encore le médecin, qui se trouve en présence d'un jeune marié ou d'un jeune homme sur le point de se marier, doit donc s'entourer des plus grandes précautions avant de l'instruire du mal dont il est atteint.

En terminant, l'orateur fait remarquer qu'il est actuellement impossible de déterminer, même approximativement, dans quelle proportion la syphilis intervient dans la statistique générale des cas de suicide; il estime cependant que cette proportion, si minime soit-elle, n'est pas négligeable et qu'elle suffit pour justifier les recommandations signalées plus haut, concernant la ligne de conduite à suivre par le médecin qui se trouve en présence d'un sujet syphilitique émotif, impressionnable, dont la santé morale paraît plus ou moins chancelante. Une dernière particularité qui mérite d'être relevée, c'est que les cas de suicide imputables à la syphilis s'observent plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 mai 1903.

Action immunisante du sérum antitétanique sec, employé au pansement des plaies tétanigènes.

M. A. Calmette. — Je me suis assuré qu'on peut conférer à des cobayes l'immunité à l'égard du tétanos en faisant absorber à ces animaux, par une petite plaie cutanée de 3 à 4 millimètres de longueur, une faible quantité de sérum antitétanique, surtout employé à l'état sec et finement pulvérisé; quelques milligrammes de sérum ainsi préparé suffisent à vacciner le cobaye contre une dose dix fois mortelle de toxine.

Fort de ces premiers résultats, j'ai songé à utiliser le sérum desséché pour le traitement préventif du tétanos. Dans des expériences faites sur le cobaye, en collaboration avec M. Rivas (de Philadelphie), nous avons infecté des plaies pratiquées en divers points du corps avec un mélange de poussière de balayage et de terre, copieusement imprégné de spores tétaniques fraîches. Alors que les témoins contractaient un tétanos mortel en quatre à six jours, dix cobayes, qui furent traités, de deux à six heures après l'infection, par l'application de sérum antitétanique sec sur la plaie légèrement avivée, restèrent indemnes. Il suffit de 0 gr. 001 milligr. de sérum desséché pour rendre un cobaye de 400 grammes réfractaire à une dose de toxine sûrement mortelle en quarante-huit heures. Quand le traitement n'est institué qu'à la septième heure, les résultats sont inconstants; à partir de la douzième, ils sont régulièrement négatifs.

Ces faits expérimentaux me paraissent susceptibles d'application clinique; on pourrait en effet recourir au même mode de traitement dans les cas de plaie souillée de terre, surtout à la campagne, sur les champs de bataille, ou encore dans les pays chauds, où le tétanos est si fréquent. L'emploi du sérum antitétanique sec — qui d'ailleurs conserve indéfiniment sous cette forme son activité préventive — me semble également indiqué dans le pansement de la plaie ombilicale, au point de vue de la prophylaxie du tétanos des nouveau-nés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai 1903.

Périthéliome carotidien.

M. Reclus. — Je désire attirer votre attention sur une variété de néoplasmes assez peu connue, que j'ai eu l'occasion d'étudier avec mon interne M. Chevassu. Il s'agit des tumeurs développées aux dépens du corpuscule rétro-carotidien, dont nous avons observé un exemple chez une femme de quarante ans, atteinte simultanément d'une tumeur maligne du sein. Je n'insiste pas sur l'ablation de celle-ci, qui ne présenta rien de particulier. Quant à la tumeur cervicale, elle put être libérée dans toute son étendue sans aucune lésion de la veine jugulaire interne ni des nerfs pneumogastrique et grand sympathique; elle restait cependant en connexion intime avec les carotides externe, interne et primitive; après avoir dégagé les deux premières de ces artères, je constatai que le néoplasme adhérait à la partie postérieure de la fourche carotidienne, ce qui démontrait très nettement qu'il s'était développé aux dépens du corpuscule rétro-carotidien.

L'examen microscopique a confirmé ce diagnostic et révélé que la tumeur enlevée était un endothéliome, ou mieux un périthéliome provenant de la prolifération de la tunique adventice de l'artère, au niveau du corpuscule carotidien.

J'ai pu réunir 9 observations semblables, dans lesquelles l'ablation de la tumeur a été également pratiquée : l'opération a été suivie de mort dans 2 cas, consécutivement à une section du pneumogastrique pour l'un d'eux et à une lésion de la carotide pour l'autre; chez 5 opérés, elle a déterminé des troubles, assez graves, par suite de lésions vasculaires ou nerveuses — dans mon cas j'ai sectionné une branche inférieure du facial —, résultant des adhérences intimes de la tumeur avec les vaisseaux et les nerfs voisins. Étant donnée la bénignité de cette variété néoplasique, je crois que, en présence d'un diagnostic précis, il y a lieu d'hésiter avant de se décider à une intervention aussi grave.

Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire.

M. Lejars. — J'ai eu l'occasion d'opérer il y a cinq mois un étudiant en médecine, atteint de gangrène pulmonaire localisée à la base du poumon droit. Après avoir réséqué deux côtes au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, je pus ouvrir largement la cavité putride et y établir un drainage, qui fut supprimé au bout d'un mois; la guérison complète a été obtenue, sans fistule et sans traces notables, à l'auscultation, de la lésion pulmonaire.

Plus récemment j'ai opéré également, pour un cas de gangrène pulmonaire, un malade de M. Launois, dont l'état général était encore plus grave que celui du sujet précédent. J'ouvris une cavité qui contenait un grand verre de liquide fétide, mais le résultat a été moins satisfaisant, car l'opération date du 14 janvier dernier et la guérison de la lésion pulmonaire n'est pas encore obtenue.

Je peux vous citer 4 autres observations d'intervention chirurgicale pour des cas de gangrène pulmonaire. Dans un premier fait, je n'ai trouvé qu'avec beaucoup de peine un tout petit foyer; le malade a continué à tousser, mais il a fini par guérir. Deux autres opérations, pratiquées dans des conditions particulièrement graves, ont été rapidement suivies de mort. Quant au quatrième patient, il a succombé au bout d'un mois et demi à des lésions tuberculeuses secondaires.

Je crois qu'un bon nombre de gangrènes pulmonaires sont spontanément curables. Il n'y a donc pas lieu de se presser d'intervenir, et, pour que l'opération soit efficace et n'offre pas trop de dangers, je pense qu'il faut attendre que les signes cavitaires et la localisation soient suffisamment nets; on a alors beaucoup de chances de trouver des adhérences pleurales au niveau du foyer, et d'éviter ainsi plus sûrement l'infection de la plèvre qui, à mon avis, a presque toujours été la cause de la mort des opérés, dans les faits malheureux.

Luxation congénitale de la hanche traitée par l'ostéotomie sous-trochantérienne.

M. Kirmisson. — M. Frœlich (de Nancy) nous a adressé 2 observations de luxation congénitale bilatérale de la hanche traitée par l'ostéotomie sous-trochantérienne, sur lesquelles vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille de neuf ans, chez laquelle il existait une différence de 3 centimètres entre les deux côtés; notre confrère a pratiqué l'ostéotomie oblique sur le membre le plus court et l'ostéotomie transversale de l'autre côté; le résultat est parfait et il n'y a plus qu'un centimètre de différence entre les deux membres. Le deuxième fait a trait à un petit garçon de sept ans; la différence de longueur, entre les deux membres inférieurs, atteignait 6 centimètres; l'ostéotomie sous-trochantérienne a été faite, comme dans le cas précédent, après déchirure des muscles adducteurs, à deux mois d'intervalle pour chacun des deux membres; là encore le résultat a été excellent et la différence de longueur entre les deux côtés s'est trouvée réduite à 1 centimètre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mai 1903.

Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans l'hémiplégie syphilitique.

M. Lemierre expose, au nom de M. Widal et au sien, les résultats de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans 13 cas d'hémiplégie syphilitique, dont le plus récent datait de vingt-quatre heures, et le plus ancien de vingt-trois ans. Une seule fois ce liquide s'est montré dépourvu d'éléments cellulaires, chez une femme qui avait été soumise pendant deux ans à un traitement intensif. Dans les 12 autres cas il contenait de nombreux globules blancs : 2 fois il y avait une lymphocytose discrète, 8 fois la leucocytose était abondante et constituée surtout par des lymphocytes et des mononucléaires de moyenne taille, 1 fois il existait de nombreux polynucléaires; chez le dernier malade, une première ponction donna issue à un liquide riche surtout en polynucléaires, et une deuxième ponction, pratiquée un mois plus tard, révéla une lymphocytose abondante.

Une lymphocytose accentuée paraît donc être la règle dans les hémiplégies syphilitiques. Dans les hémiplégies non syphilitiques, au contraire, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a constaté une légère lymphocytose, et seulement pendant les premiers jours après l'ictus.

Traitement de la colique de plomb par les lavements électriques.

M. Belin communique l'observation d'un homme de quarante-neuf ans, peintre en bâtiments, qui entra à l'hôpital en pleine crise de colique saturnine : il n'avait pas eu de garde-robes depuis cinq jours, malgré les purgatifs qui lui avaient été donnés, et éprouvait de violentes douleurs abdominales que la morphine ne calmait qu'imparfaitement. Un lavement électrique de 30 milliampères, administré pendant quinze minutes suivant la technique habituelle, amena, au bout d'une heure, une selle abondante, suivie, à la fin du même jour, d'une véritable débâcle, et de la cessation complète des douleurs quelques heures plus tard.

Rapprochant ce fait de celui qui a été communiqué dans une précédente séance par M. Galliard (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 97), l'orateur estime que les lavements électriques paraissent constituer un moyen de traitement à la fois inoffensif et très rapide des coliques de plomb.

Cyphose hérédo-traumatique.

M. Dobrovitch présente, au nom de M. Marie et au sien, la colonne vertébrale d'un malade qui était atteint de la variété de cyphose décrite pour la première fois par M. von Bechterev. Rarement observée en France, cette affection paraît due à l'ossification de tout l'appareil ligamenteux réunissant les corps et les apophyses des vertèbres. Contrairement à ce qui a lieu dans la spondylose rhizomélique, les articulations de la racine des membres ne participent pas au processus morbide. Deux facteurs étiologiques sont nécessaires pour réaliser cette forme particulière de cyphose : l'hérédité et le traumatisme.

Accidents syphilitiques en activité chez un tabétique et un paralytique général.

M. Babonneix signale, au nom de M. Gaucher et au sien, l'existence de manifestations syphilitiques chez deux malades, atteints l'un de tabes et l'autre de paralysie générale. Le premier a eu la syphilis il y a cinq ans; actuellement il présente, en même temps que tous les symptômes du tabes, une syphilide circinée tertiaire du genou gauche. Le deuxième, dont l'infection remonte à dix ans, offre à la face palmaire de la main gauche des syphilides psoriasiformes typiques.

Tatouage de la muqueuse buccale dans le saturnisme.

M. Galliard attire l'attention sur la coloration brunâtre de la muqueuse buccale de quelques saturnins. Ce phénomène existait, en particulier, chez une femme qu'il a observée récemment et chez laquelle on constatait, outre le liséré gingival classique de l'intoxication saturnine, une ligne sinueuse et noirâtre occupant la face interne des lèvres, et qui s'atténua progressivement en même temps que le liséré des gencives.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 mai 1903.

Emploi du sérum antidiphtérique dans le traitement local de la diphtérie.

M. L. Martin. — Le plus grand nombre des sérums antidiphtériques employés actuellement n'ont pas de propriétés agglutinantes, mais on peut faire apparaître ces propriétés en injectant aux chevaux des corps de bacilles diph-

tériques, soit sous la peau, soit dans le péritoine, soit, mieux encore, dans les veines. J'ai constaté que les sérums ainsi rendus agglutinants renfermaient une substance sensibilisatrice dont les sérums ordinaires sont dépourvus.

J'ai repris, en outre, avec le sérum de chevaux ayant reçu des corps microbiens, les expériences de traitement local de la diphtérie. A la suite d'attouchements répétés des fausses membranes avec de tels sérums, j'ai noté seulement une diminution de la douleur. Mais en incorporant le sérum à de la gomme sous forme de pastilles qui permettent un contact plus prolongé du médicament avec la fausse membrane, celle-ci devient jaune, se tuméfie et se déterge rapidement. De plus, les ensemencements, qui donnaient, avant l'emploi des pastilles, de très nombreuses colonies, en fournissaient beaucoup moins après ce traitement.

Ces essais permettent d'espérer qu'on pourra diminuer la persistance du bacille diphtérique dans la gorge des enfants et, probablement même, se servir de ces pastilles à titre préventif.

De l'élimination de l'albumine dans un cas d'albuminurie orthostatique.

MM. Thaon et **Quilliot**. — Nous avons observé un cas d'albuminurie orthostatique au cours de la convalescence d'un malade atteint de scarlatine, qui n'avait pas présenté d'albumine aux autres périodes de cette affection. Cette albuminurie apparaissait dès le lever. En maintenant le malade debout, et en recherchant l'albumine après chaque miction, nous avons constaté qu'elle atteignait son maximum à la première émission d'urine et qu'elle décroissait ensuite progressivement pour disparaître au bout de cinq ou six heures, que le sujet fût couché ou debout. Il se produit donc une sorte de décharge d'élimination au moment où le malade se lève, puis peu à peu l'albumine disparaît spontanément, quelle que soit la position.

La recherche des chlorures, faite à chaque miction, montra également une élimination abondante de ces sels au lever, puis une diminution dans le reste de la journée.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 29 avril et 6 mai 1903.

Le traitement chirurgical des tumeurs médullaires.

M. H. Oppenheim, à propos de l'observation relatée dernièrement par M. J. Israel (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 97), déclare que, depuis le cas de fibrome médullaire opéré avec succès, qu'il a communiqué l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 220) — et pour lequel la guérison s'est maintenue —, il a eu l'occasion de faire opérer 3 autres patients atteints de tumeur de la moelle ou de ses enveloppes, mais sans que les résultats de ces interventions aient été très favorables; ce n'est que chez un de ces malades, qui présentait un sarcome des première et seconde vertèbres sacrées, qu'il survint une amélioration progressive; toutefois le néoplasme ne tarda pas à récidiver.

M. Jolly donne quelques détails sur un des trois cas auxquels M. Oppenheim vient de faire allusion. Il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans qui se plaignait de douleurs dans le bras droit, auxquelles se joignit progressivement une paralysie des extenseurs de la main du même côté; puis apparurent une parésie et bientôt une paralysie complète de la jambe droite, et enfin des troubles de la sensibilité de la jambe gauche, réalisant ainsi le syndrome de Brown-Séquard; on diagnostiqua une tumeur siégeant au niveau des sixième et septième segments cervicaux. M. König, après résection des arcs de la cinquième et de la sixième vertèbre cervicale, put enlever non sans peine une tumeur qui englobait la racine droite du cinquième nerf cervical. Malgré cette opération, la paralysie fit des progrès, s'étendit à la vessie et au rectum, si bien que la patiente succomba à des phénomènes de cystite. Le néoplasme était un sarcome, qui avait déjà produit des métastases.

L'orateur est d'avis que l'intervention chirurgicale, en dépit de l'incertitude de ses résultats, doit être tentée même dans les cas de tumeur maligne, car elle constitue la seule chance de salut des malades.

Symbiose des aérobies et des anaérobies.

M. von Oettingen rend compte de ses recherches sur la symbiose des aérobies et des anaérobies. On sait que, lorsqu'on ensemence un anaérobie dans un tube de gélatine, ce microbe ne pousse pas, tandis que son développement peut avoir lieu quand on lui associe un aérobie. Ce fait avait été attribué par Pasteur à ce que, dans ces conditions, l'espèce aérobie absorbe l'oxygène dont la présence est nuisible à l'anaérobie; M. Kedrowsky, au contraire, a rapporté l'action favorisante de l'aérobie à la sécrétion d'un ferment permettant le développement de l'espèce anaérobie, mais ce ferment n'a jamais pu être isolé.

L'orateur a cherché à élucider ce point de la façon suivante : deux tubes à culture sont accouplés de telle sorte qu'ils aient une atmosphère commune; dans l'un on ensemence un aérobie, dans l'autre un anaérobie : celui-ci ne pousse pas, bien que le premier soit à même d'absorber l'oxygène; que si, au contraire, on met le tube contenant l'anaérobie en communication avec un récipient renfermant une solution de pyrogallol, le développement de l'anaérobie se fait bien.

M. von Oettingen estime que ce résultat est dû à ce que les anaérobies, à l'inverse des aérobies, ne décomposent pas entièrement le sucre, mais laissent un résidu d'oxygène qui s'oppose à leur développement ultérieur, et c'est en fixant cet oxygène que le pyrogallol permet la croissance de l'espèce anaérobie.

Ces faits démontrent que, dans les cas où il y a symbiose d'un aérobie et d'un anaérobie, comme dans les péritonites par perforation, ce n'est pas, ainsi qu'on l'admet généralement, en donnant accès à l'air et en détruisant de la sorte les anaérobies, que la laparotomie est efficace, mais bien en diminuant la pression et par d'autres mécanismes analogues.

Le microbe spécifique de la coqueluche.

M. Arnheim fait une communication dans laquelle il déclare avoir pu isoler, de l'expectoration de 150 coquelucheux, le microorganisme qu'il a décrit il y a trois ans (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 67), et qu'il a rencontré aussi à l'autopsie de 8 malades ayant succombé à la coqueluche. Les lésions constatées en pareil cas consistent en une hyperémie des muqueuses laryngée, trachéale et bronchique, dont l'ensemencement, sur sérum ou sur agar sanguin, donne des cultures du microbe en question. Celui-ci — le plus souvent associé à des staphylocoques ou à des streptocoques — est un bâtonnet ressemblant au bacille de l'influenza et caractérisé par sa disposition en amas.

L'orateur, après avoir insisté sur la gravité, fréquemment méconnue, de la coqueluche — laquelle aurait, d'après les documents officiels, une mortalité plus de deux fois supérieure à celle de la scarlatine —, combat l'opinion de Henoch attribuant les quintes de la coqueluche à l'excitation du centre bulbaire de la toux par des toxines microbiennes; les cultures sur bouillon, filtrées, déterminent en effet chez la grenouille des phénomènes de paralysie et non d'excitation. Il croit plutôt qu'il s'agit d'un catarrhe dû à l'action directe du microbe sur la muqueuse, et remarquable par la viscosité de l'expectoration.

M. Buttermilch est d'avis que le microorganisme isolé par M. Arnheim, lequel serait d'ailleurs un diplocoque et non un bacille, est identique à celui qu'a décrit M. Ritter il y a onze ans (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 442).

M. Aronson croit aussi à l'identité de ces deux microbes.

Tumeurs malignes chez des animaux à sang froid.

M. L. Pick dit avoir trouvé chez une couleuvre (*Platemys geoffroyana*) une tumeur du volume d'un œuf de poule, située au cou et dont la structure était celle d'un goitre thyroïdien; chez une salamandre du Japon (*Cryptobranchus japonicus*), il a rencontré un néoplasme testiculaire de structure kystique, renfermant des parties nettement carcinomateuses; de son côté M[lle] Plehn a observé des formations également carcinomateuses chez des salmonidés.

Ce sont là les premiers faits de tumeurs malignes constatées chez des animaux à sang froid; ils ouvrent des perspectives nouvelles pour l'étude expérimentale du cancer.

M. von Hansemann confirme la nature carcinomateuse des préparations montrées par M. Pick.

D[r] VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 16 mai 1903.

Les piqûres d'abeilles comme moyen de diagnostic et de traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. P. Terc** (de Marbourg-en-Styrie) a fait une communication sur l'emploi, en vue du diagnostic et du traitement du rhumatisme articulaire aigu, des piqûres d'abeilles. On sait que normalement la piqûre de ces insectes détermine une réaction locale caractérisée par l'apparition d'une vésicule suivie d'un gonflement inflammatoire; toutefois on peut acquérir, par des piqûres répétées, une véritable immunité, qui d'ailleurs ne devient durable que si l'immunisation est prolongée pendant des années. Or, chez les sujets atteints de rhumatisme aigu, la vésicule se développe bien, mais le gonflement inflammatoire fait défaut ou n'apparaît qu'après plusieurs piqûres; au contraire, dans le rhumatisme blennorrhagique, la réaction se fait comme chez les individus normaux. Aussi l'orateur a-t-il recours à ce moyen de diagnostic dans les cas douteux.

En outre, M. Terc a employé dans plus de 500 cas, depuis vingt-trois ans, les piqûres d'abeilles pour le traitement du rhumatisme articulaire. Il les considère comme spécifiques de cette affection, encore qu'elles agissent également contre le rhumatisme musculaire et diverses névralgies : il a en effet remarqué que les sujets possédant une immunité durable à l'égard des piqûres sont réfractaires au rhumatisme. Pour traiter l'attaque rhumatismale, il fait piquer le malade, au voisinage de l'articulation atteinte, par des abeilles dont le nombre est progressivement porté jusqu'à 70 par séance. Sous l'influence des piqûres, les douleurs disparaîtraient bientôt; pour obtenir la guérison il suffirait de faire de nouvelles séances tant que les douleurs reparaîtraient : une femme soignée de la sorte n'a pas reçu moins de 6,592 piqûres.

L'orateur estime que ces effets curatifs sont dus à l'apparition dans l'organisme, à la suite des piqûres, d'une substance antagoniste de la toxine rhumatismale.

Puberté précoce et gigantisme.

M. Knöpfelmacher a présenté un garçon de deux ans, atteint d'imbécillité, dont la taille est celle d'un enfant de cinq ans et chez lequel l'ossification est aussi avancée que chez un enfant de sept ans. Ce sont la tête, le tronc, les mains et les pieds qui ont les plus grandes dimensions; en outre, les organes génitaux ont un développement qu'ils n'acquièrent d'ordinaire qu'à la quatorzième année, et le pubis est déjà recouvert de poils. L'orateur attribue les manifestations de gigantisme qu'offre ce petit malade à une exagération de la sécrétion interne des testicules.

M. Sternberg ne croit pas qu'il y ait un rapport de causalité entre le développement des testicules et le gigantisme, car on observe aussi ce dernier à la suite de la castration et dans les tumeurs détruisant la glande génitale.

Hyperplasie aiguë de l'appareil lymphatique.

Dans la séance du 14 mai de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. Türk** a montré des pièces anatomiques provenant d'un homme de quarante et un ans, qui fut pris, il y

a cinq mois, de douleurs dans les tibias, puis d'une parésie de la jambe droite et de diplopie. L'examen du sang décela de la leucémie : sur 65,000 leucocytes, on comptait 58 % de grands mononucléaires. Plus tard le nombre des leucocytes s'éleva à 121,000, dont 70 % de mononucléaires, le nombre des érythrocytes restant constant. La rate était très augmentée de volume, mais les ganglions lymphatiques étaient normaux. Le patient mourut subitement dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva une infiltration lymphatique diffuse des organes pelviens, de l'intestin, du péricarde et de la plèvre, des hyperplasies folliculaires circonscrites de l'épiglotte et enfin une énorme tuméfaction de la rate avec intégrité de la moelle osseuse. A l'examen microscopique on constata que les infiltrations lymphatiques étaient formées pour la plupart par de grands lymphocytes mononucléaires avec interposition de gouttelettes graisseuses.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui admettent une certaine parenté entre la leucémie et la lympho-sarcomatose.

Dr Schnirer.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Nouvelle-Orléans, 26 avril 1903.

La cure radicale de la hernie inguinale aux Etats-Unis.

Le procédé de Macewen a été, pendant de longues années, adopté par la généralité des chirurgiens américains pour la cure radicale de la hernie inguinale, à peu près à l'exclusion de toute autre méthode. A l'heure actuelle, cependant, ce procédé est complètement abandonné aux Etats-Unis pour celui, plus récent, de Bassini, et c'est ce dernier qui est couramment pratiqué par les chirurgiens américains que j'ai eu l'occasion de voir opérer. Il n'y aurait donc pas lieu d'insister ici sur les interventions en usage aux Etats-Unis pour la cure radicale de la hernie inguinale, si plusieurs chirurgiens de ce pays n'avaient apporté à la méthode primitive de Bassini diverses modifications qui, tout en lui laissant sa physionomie générale, ne manquent pas de lui imprimer certains caractères particuliers qu'il me paraît intéressant de signaler.

New-York possède un hôpital dont la moitié est exclusivement affectée au traitement des hernies. C'est l'*Hospital for Ruptured and Crippled* (hôpital pour hernieux et contrefaits), dont le service des hernies est sous la direction de MM. les docteurs W. T. Bull et W. B. Coley. La méthode employée dans ce service représente dans ses grands traits l'opération de Bassini; elle en diffère cependant par quelques détails de technique dus à M. Coley.

Comme dans le procédé de Bassini, l'opération pratiquée par MM. Bull et Coley a pour but essentiel la réfection du canal inguinal auquel on constitue une paroi profonde à l'aide du tendon conjoint des muscles petit oblique et transverse que l'on suture contre l'arcade fémorale, le cordon spermatique cheminant en avant dudit tendon et en arrière de l'aponévrose du grand oblique. Mais partant de l'idée que, dans le procédé de Bassini ainsi exécuté, il subsiste un point faible de la paroi au niveau de l'orifice inguinal interne, là même où le cordon spermatique s'engage dans le trajet inguinal, M. Coley a pour habitude de placer, immédiatement au-dessus de cet orifice, un point de suture supplémentaire comprenant toute l'épaisseur du muscle petit oblique et attirant ce muscle vers l'arcade fémorale contre laquelle il le maintient. Il en résulte qu'à l'endroit où le cordon traverse le plan musculo-aponévrotique de la paroi abdominale, il se trouve enserré entre deux points de suture, dont l'un est celui dont il vient d'être question et dont l'autre est le plus élevé des cinq ou six points séparés qui fixent le tendon conjoint contre l'arcade fémorale, reconstituant ainsi le plan profond du trajet inguinal.

C'est dans la nature du fil dont se sert M. Coley pour ce plan de suture, ainsi que pour le surjet suturant les deux lèvres de l'aponévrose incisée du muscle grand oblique, que consiste la principale modification apportée par ce chirurgien à la technique primitive de Bassini. On sait que ce dernier a toujours insisté sur la nécessité absolue d'employer, pour les sutures profondes, un fil non résorbable, seul susceptible d'assurer la solidité de la paroi postérieure du canal d'une façon satisfaisante; encore actuellement, c'est de la grosse soie qu'il utilise à cet effet. Or, l'expérience des chirurgiens de l'Hospital for Ruptured and Crippled tendrait à prouver qu'il est parfaitement inutile d'avoir recours aux fils non résorbables. Bien plus, MM. Bull et Coley considèrent qu'une pareille pratique présente de nombreux inconvénients; ils ont observé, en effet, que, fort longtemps après l'intervention (trois ans et plus), on peut encore voir survenir des complications du fait d'une suture profonde faite à la soie, au crin de Florence ou au fil d'argent, alors même que la plaie opératoire avait guéri par première intention. Ces suppurations tardives du trajet d'un point de suture seraient, d'après les chirurgiens newyorkais, beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'admet d'ordinaire. D'autre part, il est certain que le catgut, dont la résorption commence du cinquième au huitième jour, ne saurait constituer un matériel de suture satisfaisant dans une opération comme la cure radicale de la hernie inguinale. Ce qu'il faut, c'est un fil qui résiste trois ou quatre semaines et disparaisse ensuite spontanément. Or, on obtient un fil remplissant ces conditions en traitant le catgut ou le tendon de kangourou par l'acide chromique. C'est notamment au tendon de kangourou ainsi préparé que l'on donne la préférence à l'hôpital des Hernieux, et j'ajoute que cette pratique, sans être générale aux Etats-Unis, est cependant suivie par un grand nombre de chirurgiens américains, même parmi ceux qui ne se servent pas de ce fil comme d'une suture courante, tel par exemple M. Deaver à Philadelphie.

Chez la femme, M. Coley modifie l'opération de Bassini en ce sens qu'au lieu de placer le ligament rond — qui, chez la femme, correspond anatomiquement au cordon spermatique de l'homme — au-dessus du tendon conjoint, il le recouvre par ce tendon, les parois du canal (tendon conjoint et aponévrose du grand oblique) étant traitées comme chez l'homme et suturées séparément. Cette pratique semble rationnelle, si l'on considère que le ligament rond est beaucoup moins volumineux que le cordon spermatique et détermine, par conséquent, un écartement bien moins considérable des éléments constitutifs du plan musculo-aponévrotique de la paroi abdominale.

Le procédé dont se sert M. Deaver, à Philadelphie, ne diffère de celui qui est adopté par MM. Bull et Coley qu'en ce que ce chirurgien, par une réminiscence du procédé de Macewen, au lieu d'exciser le sac, en forme une sorte de tampon allant se loger au niveau de l'anneau inguinal interne.

Au contraire, le procédé que M. Halsted pratique au *Johns Hopkins Hospital* de Baltimore s'éloigne par certains caractères essentiels de la méthode de Bassini. Après avoir isolé le cordon spermatique, M. Halsted excise les veines prenant part à la constitution des plexus spermatiques, à l'exception d'un ou deux troncs qu'il conserve. Il résèque ensuite le sac. La suture du plan musculo-aponévrotique de la paroi abdominale se fait au fil d'argent et en un plan unique. Au-dessus de ce plan vient se loger le cordon spermatique; celui-ci se trouve ainsi immédiatement sous-jacent aux téguments, que l'on réunit par une suture intra-dermique au fil d'argent. Pendant longtemps, M. Halsted a eu pour habitude de prolonger en haut et en dedans l'incision de l'aponévrose du grand oblique par laquelle on pénètre dans le trajet inguinal même. L'échancrure ainsi faite dans le plan musculo-aponévrotique de la paroi abdominale dépassait de 2 centimètres le niveau de l'anneau inguinal interne et intéressait les muscles grand et petit obliques, le transverse et le fascia transversalis. C'est dans l'angle supérieur de cette échancrure que M. Halsted faisait alors passer le cordon. Mais il a actuellement abandonné cette pratique parce qu'elle ne lui semble pas donner des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient sans y avoir recours, et qu'en supprimant ce temps de l'opération on simplifie celle-ci et on l'abrège d'autant.

M. Halsted attache une grande importance à la résection des veines du cordon : pour lui, c'est une des conditions du succès que juge la permanence du résultat. Il semblerait cependant que cette résection veineuse entraînât l'atrophie du testicule dans un certain nombre de cas, dont M. le professeur Keen (de Philadelphie) estime la proportion à 1 %. D'après ce dernier chirurgien, d'ailleurs, on s'expose, par la conservation de ces mêmes veines, à une récidive de la hernie. L'alternative ne laisse donc pas d'être assez embarrassante, puisque l'on n'aurait le choix qu'entre deux éventualités également fâcheuses : l'atrophie du testicule ou la récidive. J'ajoute d'ailleurs que, pour M. Halsted, l'atrophie testiculaire qui survient chez quelques-uns des sujets opérés d'après sa méthode doit être imputée, à en juger par des observations récentes, non à la résection du plexus, mais au déplacement du cordon et à sa situation sous-cutanée.

Le tendon conjoint présente parfois une faiblesse congénitale particulièrement prononcée, si bien que, même après qu'on l'a rapproché de l'arcade de Fallope, la paroi abdominale paraît encore trop faible pour mettre à l'abri d'une récidive de la hernie. Dans les cas de ce genre, M. le docteur Bloodgood, chargé de cours à la *Johns Hopkins Medical School* de Baltimore, utilise la partie inférieure du muscle grand droit de l'abdomen pour renforcer la paroi. Dans ce but, il soulève la lèvre supéro-interne de l'incision suivant laquelle il a fendu l'aponévrose du grand oblique; il reconnaît alors aisément le bord externe du grand droit; sur ce bord, il incise la gaine du muscle qui fait aussitôt hernie à travers l'orifice ainsi pratiqué à sa gaine. Puis M. Bloodgood, attirant le muscle en bas et en dehors, le fixe contre l'arcade fémorale par des sutures au fil d'argent échelonnées depuis l'origine du muscle, à l'épine pubienne, jusqu'au niveau de l'orifice inguinal interne. Cette trappe musculaire semble avoir fourni des résultats durables dans des cas à pronostic plutôt défavorable.

Il me reste à ajouter quelques mots de la pratique de M. Harvey Cushing (de Baltimore), à laquelle j'ai déjà fait allusion dans une précédente correspondance (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 140). Il s'agit là moins d'un procédé particulier de cure radicale de la hernie inguinale que d'une méthode d'anesthésie régionale applicable à cette intervention. Cette méthode trouve d'ailleurs également son indication dans toute autre opération portant sur la région inguinale, comme la kélotomie pour hernie étranglée, surtout chez les vieillards et les sujets débilités. Elle est basée sur ce fait que, les nerfs grand et petit abdomino-génitaux et génito-crural fournissant l'innervation sensitive à la région inguinale, il suffit d'injecter ces trois troncs nerveux à la cocaïne avant leur pénétration dans cette région pour empêcher toute sensation née dans le territoire périphérique auquel ils se distribuent d'être transmise au cerveau et perçue par lui.

Généralement, M. Cushing pratique, une heure avant l'opération, une injection sous-cutanée de 0 gr. 005 milligr. de morphine, injection que l'on répète au moment même de l'intervention. On assure alors, à l'aide d'injections intra-dermiques de cocaïne au centième, l'anesthésie locale suivant la ligne choisie pour l'incision de la peau. La section du tissu sous-cutané n'est pas douloureuse, et il est inutile, par conséquent, d'anesthésier le pannicule adipeux. On peut donc pénétrer d'emblée avec le bistouri jusque sur l'aponévrose du grand oblique, du moins dans l'angle supérieur de la plaie : dans l'angle inférieur, en effet, on trouve, cheminant dans l'épaisseur de la couche adipeuse, des filets du grand abdomino-génital, ainsi que quelques veinules sans importance, mais dont la section est douloureuse. Si donc on ouvre le canal inguinal dans la partie supérieure de la plaie, en incisant l'aponévrose du grand oblique, on met à découvert en haut le nerf grand abdomino-génital, plus bas le nerf petit abdomino-génital et la branche génitale du génito-crural. En « bloquant » ces nerfs par des injections de cocaïne au centième, poussées dans l'épaisseur des troncs, il sera facile d'anesthésier toute la zone opératoire. Le péritoine n'est pas sensible, et la manipulation de l'intestin ne l'est que si les parois intestinales sont altérées. Le muscle, au contraire, est toujours doué de sensibilité; aussi importe-t-il, si l'on exécute l'opération selon le procédé de Halsted, d'assurer son anesthésie avant de l'inciser.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches cliniques et expérimentales sur la valeur des inhalations d'oxygène, par M. E. Rogovin.

L'emploi thérapeutique de l'oxygène est à peu près aussi ancien que la découverte de ce gaz et de ses propriétés. Mais depuis que les physiologistes ont démontré que l'intensité des combustions organiques n'est pas sous la dépendance absolue de la tension de l'oxygène dans l'air respiré, et que le sang se sature presque aussi complètement dans une atmosphère contenant 12 % de ce gaz que dans un mélange en renfermant 85 %, les inhalations d'oxygène ont beaucoup perdu de leur importance thérapeutique. Elles ont été remises en honneur ces dernières années par M. von Leyden et ses élèves, qui dans une série de travaux ont exposé les résultats favorables qu'on en peut obtenir (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 88, 165 et 181). Ce sont surtout les affections pulmonaires, l'emphysème, l'asthme, la bronchite, le pneumothorax et les maladies de cœur qui fournissent des indications au traitement oxygéné; les états dyspnéiques qui caractérisent la plupart de ces affections sont, en effet, dus : 1° à une ventilation insuffisante des alvéoles pulmonaires, soit à cause de la faiblesse des mouvements respiratoires, soit par le fait d'une tuméfaction de la muqueuse des bronchioles ou d'un obstacle trachéo-laryngé; 2° à des troubles circulatoires, par suite desquels le sang circulant trop lentement n'apporte aux organes qu'une quantité insuffisante d'oxygène.

M. Rogovin a pu se convaincre de l'efficacité des inhalations d'oxygène dans quelques cas d'affections cardiaques avec troubles de la compensation, ainsi que chez un malade atteint d'empyème et de bronchopneumonie; la dyspnée disparut et la fréquence du pouls diminua régulièrement après les inhalations. Dans un cas d'insuffisance aortique, le traitement oxygéné, exclusivement mis en œuvre, eut pour effet d'augmenter notablement la sécrétion urinaire.

L'auteur a, en outre, étudié l'action des inhalations d'oxygène sur différentes intoxications expérimentales, provoquées par des toxiques agissant spécialement sur la respiration, tels que la strychnine, la morphine, le chloroforme, le gaz d'éclairage et l'aniline.

En ce qui concerne l'intoxication par la strychnine, il a confirmé les résultats annoncés par Ananoff et par M. Osterwald (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 444) sur l'efficacité de l'oxygène : les convulsions apparaissent plus tard, elles sont moins violentes, et la terminaison mortelle est, à doses égales, beaucoup plus rare chez les animaux inhalant de l'oxygène pur que chez ceux qui respirent de l'air atmosphérique.

L'action de l'oxygène n'est pas aussi évidente dans l'empoisonnement par la morphine; les phénomènes toxiques sont retardés et moins intenses, il est vrai, et les animaux périssent plus tard, mais, à peu d'exceptions près, l'oxygène est impuissant à les sauver.

Pour le chloroforme l'intoxication est plus faible chez les animaux inhalant de l'oxygène en même temps que l'anesthésique; une dose mortelle dans l'air atmosphérique cesse de l'être dans l'oxygène; la narcose est plus lente à venir, et la période d'excitation plus longue et plus accentuée, lorsque les animaux respirent de l'oxygène.

Les inhalations d'oxygène sont également efficaces dans l'empoisonnement expérimental par le gaz d'éclairage; tandis que 50 % des animaux placés dans un mélange de gaz d'éclairage et d'air moururent intoxiqués, ceux qu'on avait placés dans un mélange de gaz et d'oxygène survécurent tous, à l'exception d'un seul, qui périt un quart d'heure après la fin de l'expérience; les phénomènes d'intoxication sont d'ailleurs moins marqués et disparaissent plus vite dans l'oxygène que dans l'air ordinaire.

Enfin, dans l'intoxication par l'aniline, l'oxygène a pour effet de modérer les symptômes toxiques et de retarder la mort, sans cependant l'empêcher. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 5-6.) — A. J.

L'ictus laryngé comme manifestation de la coqueluche chez l'adulte, par M. G. Avellis.

L'observation relatée par l'auteur concerne un homme de cinquante-huit ans qui contracta une toux sèche, très rebelle, sur la nature de laquelle il aurait été difficile de se prononcer, si, quelque temps après, deux autres personnes de la même famille n'avaient été prises à leur tour d'une toux présentant tous les caractères de la coqueluche. Mais chez le malade dont il s'agit la coqueluche se manifestait d'une façon assez singulière : après une sensation de chatouillement dans le larynx, suivie de quelques légers efforts de toux, il perdait connaissance, tombait au hasard, au risque de se blesser gravement, la face devenant rouge, injectée et la salive s'écoulant en abondance. Ces crises, qui duraient quelques secondes, n'avaient jamais été accompagnées de convulsions ni de contractures, et dans leurs intervalles le patient paraissait d'une santé parfaite. Leur fréquence avait augmenté à partir de la cinquième semaine après le début de la toux, pour diminuer ensuite progressivement, en dehors de tout traitement. Elles étaient dans les premiers temps plus répétées la nuit que le jour, et ne se produisaient pas à la suite de l'irritation artificielle des cordes vocales.

Se basant sur le fait que les crises en question étaient toujours précédées d'une sensation de chatouillement dans le larynx, et que cet homme, outre qu'il ne présentait aucun stigmate d'épilepsie, finit par guérir d'une façon complète et définitive, M. Avellis croit qu'il s'agissait dans ce cas d'accès d'ictus laryngé. Cet accident, loin de constituer une entité morbide autonome, ne serait qu'un symptôme, la manifestation d'une excitation centrale convulsive ayant son point de départ dans le nerf laryngé supérieur : c'est donc l'excitation exagérée de ce nerf, ou même du pneumogastrique, au cours de la coqueluche, qui aurait été la cause des crises qui viennent d'être décrites. Il est possible que les altérations du pneumogastrique aient déterminé des troubles circulatoires, dans les méninges en particulier; mais la production brusque des accès, leur brève durée, rendent plus plausible leur explication par une excitation anormale irradiant le long du trajet du vague que par des troubles circulatoires.

Il est à remarquer que dans tous les cas d'ictus laryngé accompagnant la coqueluche, y compris la présente observation, la toux était très légère, se trouvant parfois réduite au minimum, ce qui permettrait de considérer l'ictus laryngé comme une manifestation pour ainsi dire vicariante des quintes de la coqueluche. (*Arch. f. Laryngol.*, XIII, 3.) — S. J.

De la combinaison de l'appendicite et de la cholélithiase, par M. Adolf Becker.

Il n'est pas rare que le diagnostic différentiel de l'appendicite et de la cholélithiase présente de sérieuses difficultés, et l'on s'y trompe assez souvent. Les coliques frustes, sans ictère, de la lithiase hépatique ressemblent assez bien à certaines crises appendiculaires, et la localisation douloureuse n'a rien de constant; même lorsqu'il y a tumeur, elle est loin d'être toujours, par son siège et sa forme, caractéristique : appendue à un foie prolabé et languettiforme, la vésicule, enveloppée d'adhérences, peut descendre jusque dans la fosse iliaque, et nous connaissons bien ces appendices remontants, verticaux, qui donnent lieu à des appendicites sous-hépatiques. La laparotomie a maintes fois réformé l'erreur de diagnostic, commise dans l'un ou l'autre sens.

Or, il arrive que les deux affections se combinent, et que, chez le même malade, l'appendicite, d'une part, la lithiase biliaire, sous telle ou telle forme, d'autre part, évoluent de concert, créent une succession ou une simultanéité de symptômes, dont le départ est presque toujours malaisé, et nécessitent, en fin de compte, une intervention commune. M. A. Becker s'est attaché à étudier les combinaisons de l'appendicite et de la lithiase, peu fréquentes, en somme, si l'on en croit les faits publiés : il n'a pu en rassembler que 34 exemples, auxquels il joint 5 observations inédites, émanant de la pratique de M. le professeur Müller, à Aix-la-Chapelle et à Rostock.

Sur ces 5 malades, le diagnostic de « combinaison » fut porté deux fois; deux fois, on conclut à une probabilité; une fois, enfin, l'appendicite fut seule reconnue d'abord : le patient, un homme de quarante-six ans, souffrait, depuis six années, de crampes d'estomac et de coliques dans le côté droit du ventre; il avait eu de l'ictère, mais le foie n'était pas volumineux, on ne sentait pas la vésicule, et l'on trouvait, au contraire, dans la région cæcale, un cordon gros comme le pouce : c'était l'appendice dilaté en ampoule à son extrémité; il fut enlevé, et seul enlevé. Or, dès la convalescence, les coliques reparaissaient, et, sept mois après, l'opéré, qui n'avait cessé de souffrir, revenait, très amaigri, un peu ictérique, avec un foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt, et une tumeur vésiculaire; il eut, à quelques jours de là, une colique hépatique caractérisée. Une seconde intervention fit découvrir une vésicule petite, adhérente et entourée de fausses membranes épaisses; on l'extirpa; elle ne contenait plus de calculs.

C'est, en fait, au diagnostic de probabilité, que l'on doit se tenir le plus souvent, hormis le cas, toutefois, où les deux types de « coliques » se sont montrés l'un après l'autre, les crises hépatiques s'accompagnant d'ictère; où les patients accusent nettement deux foyers douloureux, que le palper retrouve et distingue aussi; où l'on constate, enfin, deux « tumeurs » bien distinctes, l'une sous-hépatique, l'autre iliaque. Toujours est-il que, sur 34 faits, 13 fois seulement la « combinaison » a été diagnostiquée, ou, tout au moins, prévue.

Quant aux lésions de l'appendice et de l'appareil biliaire, elles sont naturellement fort diverses : 24 fois, on a trouvé des calculs, dans la vésicule ou dans les canaux (cystique, hépatique ou cholédoque), ou encore libres dans un abcès; ailleurs, il n'y avait que des adhérences anciennes de péri-cholécystite. Du côté de l'appendice, on signale toute la série des lésions de l'appendicite chronique, parfois même l'appendicite gangreneuse.

En pratique, on peut et l'on doit réaliser, dans une seule séance, la cure opératoire des deux affections, et la même incision, parallèle au bord externe du grand droit, suffit à cette double besogne, comme le montre l'auteur, sous la réserve d'être suffisamment prolongée en haut ou en bas. Il y a tout intérêt, en effet, à délivrer le malade, du même coup, de ses calculs et de son appendice. Lorsqu'on a le moindre doute, on fera donc bien, si rien ne s'y oppose, d'aller inspecter « l'autre organe », et, si les soupçons se réalisent, de compléter l'intervention d'emblée. A ce point de vue, il convient de rappeler, avec M. Becker, qu'un certain nombre de pseudo-récidives, après les opérations pour lithiase biliaire, sont dues à l'appendice : M. Kehr y a insisté maintes fois. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 3-4.) — L.

Curabilité de la méningite tuberculeuse, par M. F. Mermann.

Le pronostic fatal de la méningite tuberculeuse a longtemps été admis comme une sorte de dogme absolu. Lorsqu'on voyait un syndrome qu'on avait attribué à la méningite tuberculeuse s'améliorer et se dissiper complètement, on était porté à admettre qu'on s'était trompé sur la nature de la maladie. Or, dans ces derniers temps, on a signalé des cas où la preuve péremptoire de la nature tuberculeuse de la méningite guérie ne faisait point défaut (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 285 et 411). L'observation publiée par M. Mermann appartient à cette catégorie de faits.

Il s'agissait d'un petit garçon de six ans qui, après avoir fait une chute sur la tête, fut pris brusquement de vomissements avec céphalalgie. Bientôt on vit se déclarer de la fièvre, en même temps qu'on constatait l'existence de la raideur de la nuque, la rétraction caractéristique des parois abdominales « en bateau », le cri hydrencéphalique, une légère contracture des genoux, etc., etc. Au cours du cinquième septénaire de la maladie, le petit patient contracta la rougeole, et cette affection coïncida avec une atténuation progressive de toutes les manifestations méningitiques, de sorte que, deux mois environ après le début de l'affection, la guérison était complète. Or, au bout de quatre mois, on assista à l'éclosion des mêmes symptômes morbides

avec infiltration des deux poumons. L'enfant succomba au dixième jour de la maladie, et à l'autopsie on trouva une tuberculose pulmonaire, ainsi que des tubercules dans les méninges de la base du cerveau. L'examen microscopique révéla les lésions caractéristiques de la méningite tuberculeuse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIV.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Malaria in India, par M. S. P. James. In-4°, 106 p. avec fig. Calcutta, 1902.

Les observations bactériologiques et épidémiologiques consignées dans le présent mémoire et recueillies par M. James dans plus de quarante localités diverses de l'Inde anglaise éclairent plusieurs points de l'histoire des endémies palustres.

Après avoir mentionné les difficultés de l'étude parasitaire de la malaria et la technique qu'il a adoptée, l'auteur s'occupe des infections expérimentales des moustiques du genre *anopheles* avec le sang des paludéens. A ce point de vue, ses expériences ont toujours été positives et avec n'importe quelle espèce d'*anopheles*. Par contre, à l'état de nature, certaines espèces, telles, par exemple, que l'*A. Rossii*, n'ont jamais présenté de parasites, ce qui tient sans doute à ce qu'elles se nourrissent de préférence avec le sang des animaux ou avec des sucs végétaux.

Un fait capital dans l'histoire de la malaria fut la découverte de l'infection des tout jeunes enfants (depuis la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans) dans les pays où les fièvres palustres règnent à l'état endémique. Quoi qu'on en ait dit, cette infection des jeunes sujets n'est pas latente : elle est simplement méconnue, en raison de l'ignorance des parents et de l'insouciance des petits malades. Au cours de ses pérégrinations, l'auteur a pu en effet recueillir d'assez nombreuses observations de malaria aiguë typique chez des enfants indigènes. En tout cas, le grand nombre des enfants infectés et non traités par la quinine fait que ceux-ci présentent dans leur sang une réserve toujours fraîche de parasites; ils constituent ainsi la principale source qui entretient l'endémie palustre.

Si donc l'on veut se faire une idée du danger que peut offrir la malaria dans un pays donné, le mieux est de rechercher le pourcentage d'enfants ayant des parasites dans leur circulation. C'est ce pourcentage que M. James appelle *l'index endémique* : en certaines régions de l'Inde, il atteint 86 % ! Règle générale, la proportion d'*anopheles* infectés est à peu près parallèle à l'index endémique de la localité correspondante. Vouloir apprécier l'endémicité d'un pays par d'autres méthodes expose à de graves erreurs; la mégalosplénie des enfants, par exemple, met un certain nombre de mois ou d'années pour s'atténuer ou disparaître; or, pendant ce temps, les conditions et les dangers de l'infection : espèces de moustiques présentes, proportion d'insectes infectés, « terrains d'élevage » (*breeding grounds*) des larves, etc., peuvent complètement changer.

Quant au nombre des adultes atteints de malaria aiguë ou chronique, c'est le procédé le plus trompeur pour juger de l'insalubrité d'un pays. Là où les fièvres palustres frappent presque infailliblement tout étranger, les enfants, comme on l'a vu, sont très fréquemment infectés; mais ceux d'entre eux qui survivent, et qui deviennent adultes, possèdent alors une sorte d'immunité, et chez eux on ne rencontre plus d'accès fébriles ni de mégalosplénie. L'étude des adultes fournirait donc des résultats en contradiction flagrante avec la réalité. Inversement, moins un pays est dangereux et plus on a de chances de rencontrer la malaria chez les adultes, puisque ceux-ci, dans leur jeune âge, n'ont pas été immunisés ou ne l'ont été qu'insuffisamment. Ainsi s'expliquent les réputations injustifiées de certaines localités : Calcutta ou Madras, par exemple, passent pour très fiévreux, et pourtant l'index endémique y est nul ou extrêmement faible.

Dans une même localité, les dangers résultant de l'endémie présentent souvent des variations énormes et qui exposent à de grossières méprises. C'est ainsi, par exemple, que la saison des pluies, en créant un grand nombre de « terrains d'élevage », peut multiplier énormément les moustiques et par suite les chances de contagion et le nombre des malades. Vienne alors une sécheresse intense, les mares se dessèchent, les larves meurent et finalement les moustiques disparaissent à peu près complètement: en pareille occurrence un esprit non prévenu serait fort exposé à taxer d'exagération la théorie de la contagion par les moustiques et à méconnaître son importance pratique.

Les espèces d'*anopheles* sont aussi en relation étroite avec la malaria. A Calcutta, par exemple, où l'index endémique est nul, l'auteur n'a trouvé que des *A. Rossii*; mais, à partir de cette ville, en remontant à travers le Bengale jusqu'au pied de l'Himalaya, dans la région du Duars, l'*A. Rossii* est peu à peu remplacé par l'*A. fluvialis* et l'on voit simultanément les index endémiques s'élever pour atteindre leur maximum dans la région du Duars. En tout cas, cette dernière espèce de moustique, qui joue le principal rôle dans l'étiologie de la malaria indienne, ne peut vivre à partir de 1,200 mètres d'altitude.

Si la découverte du rôle des moustiques dans l'infection palustre met en lumière bien des côtés étiologiques de la malaria et permet toute une série de mesures prophylactiques — moustiquaires, comblement des mares, etc. —, il faut reconnaître qu'elle n'explique pas encore pourquoi certains pays recèlent en abondance telle espèce « malarifère » de moustique, alors que certains autres n'en contiennent que peu ou point. L'étude des mœurs et de la physiologie des nombreuses espèces d'*anopheles* pourra seule l'expliquer. — R. DE B.

Syphilis pulmonaire simulant la tuberculose, par M. H. W. Berg.

D'après l'expérience de M. Berg, les lésions syphilitiques du poumon seraient beaucoup moins rares qu'on ne l'admet généralement. Mais comme ces altérations se traduisent par des phénomènes cliniques qui rappellent de fort près la symptomatologie de la tuberculose pulmonaire, on comprend qu'en raison de la très grande fréquence de cette dernière affection, le praticien soit porté à poser le diagnostic de phtisie plutôt qu'à songer à l'existence de lésions spécifiques du poumon. Aussi celles-ci resteraient-elles souvent méconnues, au grand préjudice du malade.

L'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration s'observe trop fréquemment dans les cas de tuberculose pulmonaire récente pour qu'elle puisse, à elle seule, faire soupçonner un processus autre que la tuberculose. D'autre part, l'ubiquité du bacille de Koch, pour lequel un poumon atteint de lésions syphilitiques peut constituer un terrain favorable de culture, fait que même la présence de ce microorganisme dans les crachats du patient ne permet pas d'exclure, d'une façon absolument certaine, l'hypothèse de syphilis pulmonaire.

Les lésions spécifiques du poumon peuvent être sous la dépendance soit de la syphilis congénitale (infiltration du tissu conjonctif interalvéolaire avec occlusion des bronchioles terminales), soit de la syphilis acquise. C'est surtout cette dernière variété que l'auteur a en vue dans son mémoire.

La syphilis pulmonaire peut se manifester dès la période secondaire de la diathèse spécifique, sous forme de pneumonie syphilitique à évolution plus ou moins aiguë ou de bronchite. Par contre, la sclérose pulmonaire et la sténose bronchique, dues à l'infiltration et à l'épaississement des parois des bronches par des lésions gommeuses, constituent l'apanage de la syphilis tertiaire.

La symptomatologie des pneumopathies syphilitiques ne présente rien de caractéristique, de sorte qu'on est toujours exposé à les confondre avec des affections pulmonaires plus communes et, en particulier, avec la tuberculose. Toutefois, une observation attentive permet de saisir quelques différences entre les tableaux cliniques de ces deux états morbides. C'est ainsi que la toux est moins constante et moins tenace dans la syphilis, en raison même du peu d'abondance des sécrétions bronchiques; d'autre part, les hémoptysies y sont moins fréquentes et il en est à peu près de même pour la fièvre hectique, encore que celle-ci ne fasse guère défaut dans les cas où il existe des bronchectasies remplies de pus. La diminution du poids du corps, tout en étant un symptôme assez commun de la syphilis pulmonaire, est cependant moins marquée que dans la tuberculose. L'anémie y est également moins accentuée, et les sueurs nocturnes y sont tout à fait rares.

Il va de soi que le traitement spécifique pourra toujours faciliter le diagnostic, les lésions syphilitiques subissant sous l'influence de ce traitement une amélioration considérable et évoluant rapidement vers la guérison, tandis que les mêmes moyens thérapeutiques ne font qu'aggraver la tuberculose pulmonaire. C'est assez dire que l'épreuve du traitement antisyphilitique ne doit guère être continuée longtemps pour qu'on soit en mesure de trancher la question : une cure d'une dizaine de jours suffirait à cet effet. (*Med. Record*, 13 décembre 1902.) — L. CH.

Angiomes cutanés et leur signification pour le diagnostic des tumeurs malignes, par M. D. Symmers.

Quelques cliniciens allemands ayant récemment attiré l'attention sur les angiomes cutanés multiples en tant que signe des affections cancéreuses (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 107 et 147), M. Symmers a institué une série de recherches cliniques en vue de se rendre compte du degré de fréquence de ces petits néoplasmes aux différentes époques de la vie, et des rapports qu'ils affectent avec le cancer. L'auteur a examiné 373 patients atteints d'affections diverses, et dont l'âge variait entre dix et cent ans. Sur ce nombre, 53.1 % présentaient des angiomes cutanés. Ceux-ci faisaient complètement défaut chez les jeunes enfants et ne se rencontraient que chez 4.8 % des sujets âgés de dix à vingt ans. Par contre, à partir de la vingtième année, la proportion des individus porteurs d'angiomes cutanés augmente rapidement, pour atteindre 60.5 % entre quarante et cinquante ans, 74.5 % entre cinquante et soixante ans, 77.7 % entre soixante et soixante-dix ans, 82 % entre soixante-dix et quatre-vingts ans. Cela étant, M. Symmers serait porté à ne voir, dans la coexistence de petites tumeurs angiomateuses et du cancer, qu'une simple coïncidence, la fréquence des affections cancéreuses augmentant, elle aussi, au fur et à mesure qu'on avance en âge.

D'autre part, sur 17 cas de néoplasmes malins que l'auteur a eu l'occasion d'examiner à cet égard, il nota 13 fois seulement (76,4 %) la présence d'angiomes cutanés, le plus souvent peu nombreux, et dont la localisation n'avait, d'ailleurs, rien de commun avec le siège du cancer.

Se basant sur ces faits, M. Symmers estime qu'il n'y a aucun rapport entre les angiomes cutanés et les tumeurs malignes, et que la constatation de petits néoplasmes angiomateux, même en grand nombre, ne doit pas faire craindre l'existence d'un cancer. Il serait porté à croire que les angiomes en question sont tout simplement liés à la dégénérescence athéromateuse des artères. (*Med. News*, 27 décembre 1902.) — L. CH.

Traitement chirurgical de la fièvre rhumatismale, par M. J. O'Conor.

Partant de cette considération que le rhumatisme aigu n'est autre chose qu'une arthrite aiguë, au même titre que les arthrites blennorrhagique et pyohémique, l'auteur avait proposé, il y a cinq ans environ, de traiter cette affection par l'incision et le drainage des jointures malades (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 135 et 1899, p. 239). Depuis lors, M. O'Conor a eu maintes occasions de se convaincre de l'efficacité de cette méthode thérapeutique, qu'il est, cependant, loin de considérer comme une panacée, puisqu'elle n'est guère applicable au rhumatisme chronique et, en particulier, à l'arthrite sèche, résultant de l'action prolongée de l'agent infectieux sur la synoviale articulaire. Par contre, dans les cas qu'on désigne sous le nom de *fièvre rhumatismale* ou de *rhumatisme articulaire aigu*, l'intervention chirurgicale se montrerait très efficace non seulement à l'égard des lésions de la jointure, mais aussi des symptômes de toxémie générale, sans compter qu'elle

permettrait d'éviter le développement des complications cardiaques.

A l'appui de sa manière de voir, l'auteur relate 20 nouveaux cas d'arthrite rhumatismale, dont la plupart avaient résisté au traitement médical, et qui ont tous rapidement guéri sous l'influence de l'arthrotomie.

En terminant, M. O'Conor insiste sur les précautions d'asepsie à prendre lors de l'intervention, ainsi que sur la nécessité qu'il y a de drainer à ciel ouvert les articulations malades. Pour le genou, on assurera ce drainage au moyen d'un tube en caoutchouc, qu'on pourra retirer au bout de trois ou quatre jours, après avoir pratiqué des lavages quotidiens de la jointure avec une solution tiède d'acide phénique à 1 pour 60. Dans les cas où le processus morbide intéresse des articulations moins volumineuses (coude, poignet), il suffira d'insérer dans la plaie articulaire une mèche de gaze. (*Lancet*, 24 janvier 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

La cuna del Asilo de Expósitos y Huérfanos. In-8°, 235 p. avec graphiques. Montévidéo, 1902. — **La crèche de l'Asile des Enfants abandonnés et des Orphelins,** par M. L. MORQUIO.

Chargé du service des enfants abandonnés de Montévidéo, M. le professeur Morquio a eu l'occasion d'y faire d'intéressantes études qu'il résume dans le présent travail, basé sur les observations de 1,010 enfants recueillis à la crèche pendant ces deux dernières années.

Au point de vue de la santé générale des nourrissons, l'auteur met tout d'abord en garde contre la consultation aveugle du thermomètre ou de la balance. A ne s'en rapporter qu'au premier, notamment, on risquerait bien souvent de laisser échapper certaines affections — telles que les infections pulmonaires — ou de croire à des maladies n'existant pas; en été, par exemple, lors des fortes chaleurs, il a vu souvent la température des enfants monter à 38° et 39°, sans qu'ils fussent aucunement souffrants.

Pour l'alimentation des débiles ou des prématurés, M. Morquio s'en tient à la règle de M. Budin : retrancher le dernier chiffre du poids, multiplier par 2, et faire du chiffre ainsi obtenu la ration journalière de lait en grammes. Ces nourrissons, et même parfois ceux qui sont bien portants, offrent assez souvent des crises de cyanose plus ou moins passagères : elles sont dues à la surdistension de l'estomac qui, chez les débiles, offre une atonie spéciale tant au point de vue du chimisme que de la contractilité de la musculeuse. Les injections de sérum artificiel (de 5 à 10 grammes chaque fois) lui paraissent un excellent moyen de stimuler la nutrition des enfants dont l'état général laisse à désirer ou dont le poids n'augmente pas.

L'auteur n'est que médiocrement satisfait des résultats que lui a donnés la couveuse; il les impute à la viciation de l'air hospitalier. Il n'y a donc recours que pour les prématurés de moins de 1,400 grammes; pour les autres, il aime mieux s'en passer et les élever à l'air libre dans une pièce chaude (32°) et bien ventilée. Chez les enfants en couveuse, il n'est pas rare non plus de voir la température du corps s'élever tout à coup; la constance des appareils éloignant l'idée de « coup de chaleur », il est probable que ces incidents sont le fait d'une infection quelconque.

Les infections bronchopulmonaires sont d'une extrême fréquence chez le nouveau-né et viennent compliquer la plupart de ses maladies (gastro-entérite, syphilis, etc.). C'est pour cette raison qu'elles font des victimes surtout nombreuses parmi les enfants au biberon, par suite des infections intestinales si communes chez ces derniers. Le diagnostic des lésions pulmonaires des nouveau-nés est des plus difficiles : le plus souvent elles ne se trahissent que par une sorte de cachexie progressive, une diminution de poids parfois énorme (jusqu'à 100 gr. par jour), de l'hypothermie ou des poussées fébriles intermittentes et des troubles digestifs. Il est peut-être encore plus malaisé de savoir quand la maladie est terminée, car, dans les autopsies d'enfants guéris en apparence et morts de toute autre cause, on trouve fréquemment des lésions pulmonaires en évolution. Une terminaison extrêmement commune dans les affections du poumon est la mort subite : cet accident chez un nouveau-né permet de diagnostiquer presque à coup sûr une bronchite capillaire.

Mais c'est la syphilis héréditaire qui est le « clou » d'un service d'enfants trouvés. A Montévidéo, M. Morquio estime que 20 % de cette catégorie d'enfants en sont atteints. Cependant, pour diverses raisons, le diagnostic ne put être établi à la crèche que dans 12.1 % des cas. L'hérédo-syphilis apparaissant dans les trois premiers mois de l'existence, il importerait que les asiles conservassent les enfants au moins jusqu'à cet âge. Le diagnostic de la syphilis héréditaire est des plus délicats, d'autant plus que les nourrissons qui en sont atteints sont parfois gros et au début paraissent avoir une santé prospère. Cependant, en dépit de leur poids, on s'aperçoit qu'ils sont pâles, dorment mal, pleurent facilement; puis, leur physionomie devient souffreteuse, le poids cesse d'augmenter, les commissures s'ulcèrent, le nez s'obstrue, le coryza syphilitique apparaît, la voix devient aigrelette ou voilée. L'épistaxis accompagne le plus souvent la syphilis héréditaire, mais son pronostic n'est pas aussi fatal qu'on l'a dit. Quant aux plaques muqueuses buccales, l'auteur n'en a jamais vu : par suite on peut, avec une surveillance et des précautions antiseptiques convenables avant et après les tétées, éviter la contagion des nourrices pendant la période où un enfant se trouve en observation. La mortalité de ces nourrissons, du fait de leur maladie et de l'alimentation artificielle à laquelle il faut les soumettre, est vraiment effrayante : sur 66 nouveau-nés syphilitiques, 52 ont succombé.

A l'égard du muguet, les lavages et attouchements à l'eau oxygénée diluée d'un peu d'eau bicarbonatée sont le traitement qui a le mieux réussi à l'auteur.

Les observations détaillées prises par M. Morquio sur chaque nourrice de la crèche lui ont également fourni des faits intéressants. Grâce aux pesées des nourrissons, faites tous les cinq jours, il était loisible de suivre de très près le « rendement » des nourrices. Ce rendement est très variable et provient, entre autres causes, de ce que « la succion est le meilleur galactagogue » : quand une nourrice n'allaite que des enfants chétifs et débiles, la quantité de lait diminue; dès qu'elle a des nourrissons vigoureux, elle peut fournir aisément 2,000 grammes de lait par jour; certaine nourrice a même deux fois dépassé 3,000 grammes en vingt-quatre heures (3,149 et 3,315 grammes). La moyenne paraît être 1,500 grammes; c'est à six mois que le lait semble atteindre son maximum qualitatif et quantitatif. Ajoutons que, pour l'auteur, le traitement de choix des crevasses serait les lavages avec une solution bichlorurée faible et les attouchements au nitrate d'argent.

L'influence fâcheuse de la menstruation sur les qualités du lait est bien connue; heureusement cette influence est passagère et 10 % seulement des nourrices sont réglées. Par contre, une nouvelle grossesse ne constitue pas un danger pour le nourrisson; on peut sans inconvénient faire continuer l'allaitement pendant les trois ou quatre premiers mois, constatation qui a son importance, car elle permet, le cas échéant, d'éviter le sevrage durant la saison chaude. — R. DE B.

Kyste hydatique de la colonne vertébrale, comprimant la moelle, par M. R. LEMOS.

L'auteur relate l'observation d'une jeune femme de vingt ans, qui se fit admettre dans le service de M. del Arca, à l'hôpital Rivadavia de Buénos-Ayres, pour des phénomènes de paralysie des membres inférieurs ayant débuté quelques mois auparavant. Au moment de l'entrée de la malade, la paraplégie était complète, de type flaccide, et s'accompagnait d'abolition du réflexe rotulien, de trépidation épileptoïde et du signe de Babinski; le réflexe cutané abdominal inférieur faisait défaut, le supérieur était conservé. L'anesthésie était totale, pour tous les modes de sensibilité, à partir d'une ligne passant par les deux hypocondres. La patiente perdait inconsciemment ses urines et ses matières, et présentait depuis une quinzaine de jours une large eschare sacrée.

Un peu à droite de la colonne vertébrale, au niveau des huitième et neuvième vertèbres dorsales, on constatait une tuméfaction très rénitente, sans fluctuation, dont la ponction exploratrice donna issue à un liquide clair comme de l'eau de roche. On conclut donc à un kyste hydatique, bien que l'examen hématologique n'eût pas révélé une éosinophilie appréciable (2.8 %), mais seulement une polynucléose (75.4 %) imputable à la plaie de *décubitus*.

Une ponction au trocart n'ayant permis de retirer qu'une dizaine de centimètres cubes de liquide, on décida d'intervenir : une incision au niveau de la tumeur fit découvrir quatre kystes, situés sous la couche musculaire et dont un passait entre deux apophyses transverses pour pénétrer jusque dans le corps vertébral. Un de ces kystes avait proliféré et les vésicules filles avaient envahi le canal rachidien. Les résultats de cette première opération ayant été à peu près nuls, on réséqua, quelques jours plus tard, les lames des huitième et neuvième vertèbres dorsales, ainsi que les apophyses articulaires et l'extrémité des côtes correspondantes, de façon à pouvoir cureter les corps vertébraux intéressés; on trouva, au niveau du neuvième, un « nid » de petites vésicules.

Cette intervention ne fut cependant pas radicale, car les jours suivants des vésicules furent expulsées par le drain. L'eschare sacrée s'étendit bientôt, et la malade ne tarda pas à succomber; l'autopsie ne put être faite. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, novembre-décembre 1902.)

Dystocie par kystes hydatiques pelviens, par M. L. P. BOTTARO.

La rareté des kystes hydatiques pelviens comme cause de dystocie nous engage à résumer l'observation relatée dans le présent travail.

Une femme de trente-trois ans, syphilitique, dont les 5 grossesses antérieures s'étaient terminées par des avortements ou des accouchements prématurés, était au terme d'une sixième grossesse, au cours de laquelle elle n'avait rien présenté d'anormal, sauf un peu de diarrhée durant les derniers temps. Après douze heures de travail, le fœtus ne progressant pas, M. Bottaro, convoqué à ce moment, découvrit par le toucher une tumeur fixe, du volume d'une orange, occupant le fond du cul-de-sac vaginal droit et se prolongeant un peu en avant et en arrière. Croyant à un fibrome, il incisa la muqueuse à ce niveau; en isolant la tumeur avec le doigt, il put s'apercevoir bientôt qu'elle était indépendante de l'utérus, se prolongeait jusque dans le cul-de-sac vésico-utérin et adhérait à l'épiploon. Une ponction en fit sortir 500 grammes de liquide environ et de nombreuses vésicules hydatiques. La membrane du kyste fut alors isolée et extirpée.

L'enfant perdant depuis quelque temps déjà son méconium, on appliqua le forceps, mais tout d'abord sans succès. Dans le cul-de-sac postérieur existait, en effet, une seconde tumeur prolongeant la première et qui, depuis la disparition de celle-ci, était devenue beaucoup plus aisément perceptible; cette poche s'étant rompue, la parturiente put finalement être délivrée d'un enfant vivant de 3,700 grammes.

Les suites opératoires furent des plus sérieuses : l'extirpation du kyste s'était accompagnée d'une déchirure vésicale qu'on ne reconnut que le lendemain à l'odeur du pansement. Il s'en suivit une péritonite qui, grâce au siphonnage de la vessie et aux soins généraux, resta cantonnée au pelvis. Après une paralysie légère du sphincter vésical la malade finit par se rétablir. Entre le huitième et le douzième jour après l'opération, en allant à la selle, elle expulsa 7 ou 8 vésicules hydatiques.

L'auteur pense que le kyste occupait initialement la cloison recto-vaginale et que de là il s'était développé vers la vessie et le cul-de-sac vésico-utérin. Malgré l'examen le plus attentif, on ne put découvrir chez cette femme aucune autre manifestation échinococcique. (*Rev. méd. del Uruguay*, janvier 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Paralysie pseudo-bulbaire par lésion cérébrale unilatérale chez un enfant de cinq ans, par M. L. CONCETTI.

Le diagnostic différentiel entre la paralysie bulbaire et la paralysie pseudo-bulbaire par lésion cérébrale repose sur un certain nombre de symptômes dont la valeur est assez généralement acceptée; toutefois il s'en faut qu'aucun

de ces signes puisse être considéré comme pathognomonique, ainsi qu'en témoigne le fait relaté par M. Concetti.

Un garçonnet de cinq ans fut amené dans le service de l'auteur au troisième jour d'une diphtérie de moyenne gravité, qui fut aussitôt traitée par la sérothérapie. Une semaine environ plus tard, alors que le petit malade, apyrétique et débarrassé de ses exsudats pharyngés depuis quatre jours, pouvait être considéré comme en pleine convalescence, il fut pris de vomissements alimentaires, puis, au bout d'à peu près deux heures, d'un ictus apoplectiforme sans perte de connaissance, qui lui laissa une paralysie des quatre membres et de la face, prédominant à gauche et surtout au membre supérieur, et accompagnée d'hypoesthésie.

Le lendemain, cette paralysie paraissait en voie d'amélioration; à gauche, l'hémiplégie était moins absolue; à droite, on constatait un peu d'hypertonie et d'hyperesthésie, ainsi que des oscillations et des mouvements ataxiques du bras. Les réflexes tendineux étaient abolis des deux côtés; les réflexes superficiels, conservés à droite, étaient supprimés à gauche, et du même côté le signe de Babinski était positif. Les deux portions du facial gauche étaient parésiées; au niveau de la langue et du voile du palais, il y avait paralysie double, mais plus marquée à gauche, et la déglutition était impossible. L'enfant ne pouvait plus parler, moins par aphasie vraie, semblait-il, que par dysarthrie; l'intelligence était d'ailleurs conservée. La respiration, superficielle, fréquente, suspirieuse, prit bientôt le type périodique de Cheyne-Stokes. Le pouls était petit et rapide, et vers la fin devint filiforme, puis imperceptible; à l'auscultation du cœur, le second bruit fut trouvé dédoublé. Un peu d'albumine apparut dans l'urine. Enfin la mort survint au bout de trente-deux heures, après une période d'agitation motrice suivie de prostration, avec abolition du sensorium et de la conscience.

En présence de cet ensemble symptomatique, on pouvait légitimement s'attendre à trouver une lésion bulbaire. Or, l'autopsie révéla l'intégrité absolue de la moelle allongée et de la protubérance, et l'examen par la méthode de Nissl confirma ce résultat macroscopique. La seule lésion encéphalique était une embolie oblitérant la sylvienne droite et ayant entraîné une légère ischémie et un début de ramollissement du territoire cortical et sous-cortical irrigué par cette artère, notamment des parties inférieure et moyenne des deux rolandiques, de la base de la troisième frontale, de la pariétale inférieure et de la première temporale. L'oreillette gauche contenait un caillot du volume d'une amande, qui paraissait être l'origine de l'embolus cérébral. Il existait enfin des signes de néphrite parenchymateuse et de myocardite récentes.

A l'occasion de ce fait, M. Concetti a pu recueillir dans la littérature 50 observations de paralysie pseudo-bulbaire avec nécropsie; sur ce nombre, un seul cas, relaté par Barlow, concerne un enfant : la lésion cérébrale — également une embolie de la sylvienne — était bilatérale.

Parmi les symptômes sur lesquels on se base d'ordinaire pour distinguer ces formes pseudo-bulbaires des paralysies bulbaires vraies, on accorde surtout créance à ce que, dans celles-ci, les troubles moteurs seraient immédiatement bilatéraux, après une seule attaque, tandis que dans les premières ils ne deviendraient bilatéraux que s'il survient une seconde attaque, créant une lésion dans l'hémisphère jusque-là indemne; cette règle peut se trouver cependant en défaut, et il en fut ainsi dans le fait que nous venons de résumer. On admet, en outre, que les phénomènes psychiques et l'ictus caractérisent les formes pseudo-bulbaires, cérébrales, alors que les vomissements et le hoquet témoigneraient plutôt d'une paralysie bulbaire vraie : or, chez le petit malade de M. Concetti, il n'y eut pas de troubles psychiques, et par contre on nota des vomissements. Aussi l'auteur est-il d'avis que le signe le plus sûr pour ce diagnostic différentiel est l'atrophie des muscles innervés par les nerfs bulbaires; malheureusement, on ne saurait la constater que si la mort n'est pas une conséquence trop rapide de l'attaque. La glycosurie et la polyurie peuvent aussi avoir quelque utilité à ce point de vue, mais elles sont loin d'être constantes. (*Policlinico*, partie méd., X, 1.) — F. F.

Contributo allo studio del ricambio materiale nella clorosi. In-8°, 32 p. Bologne, 1902. — **Les échanges matériels dans la chlorose,** par M. G. Vannini.

Si l'étude hématologique de la chlorose a suscité d'innombrables travaux, par contre la question des échanges matériels dans cette affection est encore fort incomplètement élucidée. Aussi l'auteur a-t-il entrepris une série de recherches sur ce point, en analysant soigneusement, chez 5 chlorotiques traitées à l'Ospedale maggiore de Bologne, et soumises à un régime alimentaire constant, d'une part les aliments ingérés, d'autre part les fèces et les urines, notamment au point de vue de l'assimilation des albuminoïdes, ainsi que de la désassimilation du soufre, du phosphore et du chlore.

De ces expériences, il résulte que l'on constate le plus souvent dans la chlorose une rétention d'azote, sans qu'il soit toutefois possible de reconnaître s'il s'agit là d'un processus de réparation des tissus ou tout simplement — ce qui paraît à M. Vannini plus vraisemblable — d'un ralentissement dans le métabolisme des substances protéiques. L'absorption intestinale des albuminoïdes s'effectue d'ailleurs d'une manière normale, dans cette affection, tout comme celle des hydrocarbonés ou des graisses.

En ce qui concerne l'excrétion urinaire, le taux, le poids spécifique, le point cryoscopique, le degré d'acidité de l'urine sont d'ordinaire physiologiques, et le bilan de l'eau n'offre rien de particulier; mais le rapport des divers déchets azotés urinaires entre eux varie dans des limites plus étendues que chez l'individu sain, notamment le rapport de l'ammoniaque à l'urée.

Touchant les transformations du soufre, on remarque que, dans l'immense majorité des cas, la proportion d'acide sulfurique d'éthérification n'est pas augmentée, tandis qu'assez souvent la quantité de soufre neutre est supérieure à la moyenne; 13 à 16 % du soufre introduit avec la nourriture sont au total rejetés avec les fèces, le reste étant éliminé par le rein; il semble qu'il y ait rétention ou déperdition de soufre, selon qu'il y a augmentation ou consommation de l'albumine des tissus.

Quant au phosphore, l'auteur signale une diminution fréquente des phosphates terreux, d'où élévation du rapport entre les phosphates alcalins et les phosphates terreux. Les fèces contiennent proportionnellement un peu plus de phosphore que normalement; pour ce qui est de l'élimination urinaire du même élément, les résultats ont été assez contradictoires : tantôt on note une rétention en rapport avec la quantité d'albumine fixée par l'organisme, tantôt au contraire on relève une déperdition, bien que l'assimilation de l'azote s'effectue bien. D'où la conclusion que chez les chlorotiques il doit y avoir destruction d'un tissu riche en phosphore, probablement du tissu osseux.

Enfin, pour le chlore, on ne saurait non plus considérer la question comme tranchée : on trouve, en effet, une chlorurie parfois supérieure, parfois inférieure à la moyenne; d'autre part, il existe toujours des composés chlorés, mais en très faible proportion, dans les matières fécales. — F. F.

Un cas de tuberculose ulcéreuse du conduit auditif externe, par M. G. Ostino.

La tuberculose du conduit auditif, sous toutes ses formes, étant extrêmement rare, le cas relaté par M. Ostino n'est pas dépourvu d'intérêt. Il concerne un jeune homme de vingt-sept ans, ayant des antécédents héréditaires et personnels nettement tuberculeux, et atteint depuis l'enfance d'une otorrhée gauche, à laquelle étaient venues s'ajouter depuis peu des douleurs localisées dans la moitié correspondante du crâne et de la face. Le conduit auditif était obstrué par une tumeur ronde, pédiculée, à surface lisse, rose, baignant dans un liquide séro-sanguinolent. Elle put être enlevée facilement à l'anse froide, et on se trouva alors en présence d'une ulcération arrondie à bords finement dentelés, de 2 millimètres de diamètre, située sur la paroi postéro-supérieure du conduit, à 2 millimètres environ de la membrane du tympan, et reposant sur du tissu osseux dépourvu de périoste. L'examen bactériologique des sécrétions recueillies au fond de cette ulcération révéla la présence de nombreux bacilles tuberculeux. L'ulcération fut cautérisée à l'acide trichloracétique et touchée ensuite tous les deux jours à l'alcool borique; au bout de dix jours, elle était complètement cicatrisée. Mais bientôt apparut sur la paroi postéro-inférieure du conduit une nouvelle ulcération, de forme ovalaire, à base légèrement infiltrée et à bords nettement découpés, qui était recouverte d'une croûte et dont l'attouchement provoquait des douleurs assez vives. Sa nature tuberculeuse ayant également été reconnue, on lui appliqua le même traitement qu'à l'ulcération précédente; le succès fut très rapide et complet.

Vu les antécédents de son malade, l'auteur croit que l'otorrhée dont celui-ci souffrait était l'expression d'une affection tuberculeuse de la caisse et de l'antre mastoïdien, ayant abouti à la carie de la paroi antérieure de ce dernier et à l'ouverture de la collection purulente intra-mastoïdienne au niveau de la paroi postérieure du conduit auditif osseux : il en était résulté une ulcération de cette paroi, sur laquelle se développa plus tard un polype. Quant à la deuxième ulcération, elle serait, pour M. Ostino, l'effet d'une auto-inoculation effectuée soit par le malade lui-même, soit par l'opérateur, au moment de l'ablation du polype.

Le diagnostic de ces ulcérations est assez difficile, et, dans les cas douteux, l'examen bactériologique peut seul le trancher. La forme ulcéreuse constitue une des manifestations les plus bénignes de la tuberculose du conduit auditif et guérit vite, sans qu'on soit obligé de recourir à des moyens très énergiques. (*Arch. ital. di otol.*, XIV, 1.) — S. J.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Pseudo-anémie angiospastique, par M. F. Vermehren.

Chez nombre de malades présentant toutes les apparences de l'anémie ou de la chlorose, on est assez surpris, si l'on vient à examiner le sang, de constater qu'il est normal. C'est parmi ces pseudo-anémiques que, durant ces dernières années, M. Vermehren a rencontré une dizaine de patients dont l'état lui a paru suffisamment caractéristique pour mériter une dénomination et une description spéciales.

Les malades de ce genre accusent une sensation continuelle de lassitude : le moindre effort, une émotion, provoquent de l'essoufflement et des palpitations. Mais le trait le plus saillant de leur état est la pâleur du visage, des oreilles et des extrémités des membres, pâleur qui, par instants, peut être remplacée par une cyanose légère; les doigts sont, en outre, le siège de sensations de picotement et les mouvements ne s'accomplissent qu'avec une certaine raideur. Les muqueuses sont généralement décolorées, mais peuvent cependant avoir une teinte normale. Sous des influences diverses, ou spontanément, on voit parfois les territoires ischémiés prendre subitement une coloration rouge. La pâleur se manifeste fréquemment avec une intensité particulière pendant une période de vingt à trente minutes; l'aspect de la face est alors véritablement cadavérique et les patients sont souvent pris en même temps de vertige, d'amnésie, d'embarras de la parole ou de parésie des membres. Ces sortes de crises reparaissent sous l'influence du froid, d'une émotion, de la fatigue.

Du côté des autres organes on peut noter diverses anomalies : souffles vasculaires au niveau des gros vaisseaux du cou, renforcement du deuxième bruit du cœur, hypertension artérielle, troubles gastro-intestinaux, entéroptose. Les urines, tantôt rares, tantôt abondantes, n'étaient albumineuses dans aucun des cas observés par M. Vermehren; quant au sang, sa constitution parut toujours absolument normale : la proportion d'hémoglobine et le nombre des globules rouges étaient même généralement supérieurs à la moyenne, ce qui pourrait tenir à un léger degré de concentration du sang.

Au point de vue physiologique, il s'agit donc de la vasoconstriction de certains territoires vasculaires. Quelle que puisse être la cause première de l'affection, il n'est pas sans intérêt de constater que, sur les 10 malades dont l'auteur relate l'histoire, 9 appartenaient au sexe masculin; que 3 avaient des ascendants ou des collatéraux épileptiques, fous ou « presque

fous », que 3 avaient offert des manifestations hystériques, que 1 était épileptique, que 3 étaient des sujets « extrêmement nerveux ». L'âge des patients et la durée de l'affection sont très variables; la maladie peut débuter pendant la première enfance ou la puberté et s'étendre ensuite à la vie entière.

Le syndrome décrit par M. Vermehren a quelques ressemblances avec la maladie de Raynaud; toutefois, il s'en distingue par la plus grande extension des territoires ischémiés et par les symptômes généraux qui l'accompagnent. D'autre part, l'absence des signes de l'artériosclérose ne permet pas de songer à certaines névroses vasculaires qui dépendent de ce processus morbide.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur a obtenu des améliorations notables et parfois de véritables guérisons en soumettant ses malades au régime végétarien et à l'emploi de la valériane. Les courants continus appliqués le long de la colonne vertébrale exercent une action favorable, mais la récidive apparaît dès qu'on suspend ce traitement. (*Hospitalstidende*, 22 et 29 octobre et 5 novembre 1902.) — R. DE B.

Gangrène et perforation du cæcum dans le cas de cancer de l'S iliaque, par M. L. KRAFT.

Les perforations du cæcum dans le cas de cancer de l'S iliaque étant fort rares, M. Kraft met à profit 5 faits qu'il a observés pour étudier le mécanisme de cette complication.

Avec les cancers du gros intestin, les perforations, quand il s'en produit, siègent au niveau même de la tumeur, car en amont les parois s'hypertrophient afin de vaincre l'obstacle qui s'oppose à la progression des matières. Or, dans les 5 cas de l'auteur, la perforation siégeait très loin du cancer, puisqu'elle occupait le cæcum. Celui-ci était considérablement dilaté, mais pas trop aminci : les ulcérations perforantes, qui avaient tous les caractères d'un processus de nécrose, étaient situées sur la paroi opposée au méso-cæcum, c'est-à-dire la moins riche en vaisseaux; elles avaient une forme tronconique, leur base correspondant à la muqueuse et leur sommet s'ouvrant à la surface de la séreuse. A côté de l'ulcération principale on en rencontrait parfois quelques autres analogues et en voie de perforation plus ou moins avancée; en certains cas même on comptait deux ou trois perforations simultanées.

La dilatation du cæcum et ses ulcérations nécrotiques semblent dues, au premier abord, à l'accumulation des matières au-dessus du cancer. Cependant, sur les 5 observations de M. Kraft, 4 fois l'intestin placé en aval de l'obstacle n'était pas affaissé, mais presque aussi large qu'en amont, et les patients n'avaient point accusé jusque-là de phénomènes d'obstruction ancienne ou marquée. Il est donc possible que le processus de dilatation et de perforation du cæcum soit précédé et favorisé par une structure particulière de l'intestin, telle que la maladie de Hirschsprung (dilatation congénitale du cæcum et du côlon).

Le diagnostic de ces dilatations cæcales se fonde sur la douleur sourde, l'empâtement et les indices plus ou moins nets d'une sténose intestinale concomitante et bas placée. Malheureusement, cette dernière évolue souvent d'une manière tout à fait insidieuse, si bien que le sujet se présente au chirurgien en pleine occlusion ou avec une péritonite par perforation, dont les conditions rendent le pronostic opératoire presque forcément fatal. (*Bibliotek for Læger*, janvier 1903.) — R. DE B.

Opération césarienne avec compression de l'aorte, par M. K. DAHLGREN.

Les hémorrhagies qui accompagnent l'opération césarienne étant parfois fort graves, M. Dahlgren a eu l'idée de recourir à la compression de l'aorte pour les prévenir.

Il a eu l'occasion d'expérimenter cette manœuvre chez une femme de vingt-quatre ans qui, lors de deux accouchements antérieurs, survenus cependant avant terme, avait eu un travail extrêmement pénible, terminé chaque fois par l'expulsion d'un fœtus mort-né; le diamètre sous-promonto-pubien ne mesurait en effet que 83 millimètres. A l'occasion d'une troisième grossesse, l'auteur proposa l'opération césarienne, qui fut acceptée et pratiquée quinze jours avant le terme, le travail s'étant déclaré à cette date. Aussitôt que l'abdomen fut ouvert, on plaça sur l'aorte un compresseur spécialement construit à cet effet, et ressemblant à un étrier dont la semelle aurait été remplacée par une forte bande caoutchoutée, destinée à aplatir l'aorte. Un aide pouvait maintenir l'instrument en place au moyen d'une tige coudée. L'utérus fut ensuite incisé sur la ligne médiane, l'enfant extrait et la cavité utérine lavée avec la solution physiologique chaude de chlorure de sodium, ce qui détermina une contraction rapide des parois. Le compresseur fut alors retiré; les tranches de l'incision se mirent à saigner un peu, mais 7 ou 8 ligatures placées sur des vaisseaux pour la plupart veineux eurent facilement raison de cette hémorrhagie. La paroi utérine fut ensuite suturée et un fragment d'épiploon fixé à sa surface. L'enfant était vivant, et la mère guérit sans complication.

Devant l'innocuité de ce procédé, M. Dahlgren pense qu'on pourrait le substituer avec avantage à la striction circulaire élastique de la base de l'utérus. (*Hygiea*, décembre 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le citrate de cuivre et son emploi en oculistique.

Découvert par Gay-Lussac en 1832, le citrate de cuivre — qui, jusqu'à présent, n'a guère été employé en thérapeutique — se présente sous la forme d'une poudre verte inodore et insipide, très peu soluble dans l'eau, un peu plus soluble dans une solution de chlorure de sodium. Comme sa teneur en cuivre est assez élevée (35.69 %) et qu'il possède des propriétés bactéricides énergiques, M. le docteur F. von Arlt (de Gratz) a eu l'idée de le substituer au sulfate de cuivre pour le traitement de la conjonctivite granuleuse. Il y a un an environ, notre confrère a fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus de la sorte, et depuis lors le remède en question a été utilisé avec succès contre le trachome dans un certain nombre de cliniques ophtalmologiques autrichiennes et allemandes.

A son tour, un médecin militaire russe, M. le docteur A. G. Krotov, vient d'expérimenter le citrate de cuivre dans le service de M. le docteur L. G. Belliarminov, professeur de clinique ophtalmologique à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. M. Krotov a employé ce sel soit sous forme de poudre (de 5 à 10 grammes de citrate de cuivre pour 100 grammes de sucre), soit sous forme de pommades dont la teneur en principe actif variait de 5 à 20 % et qui avaient pour excipient tantôt un mélange de vaseline et de lanoline, tantôt le glycérolé d'amidon, préconisé à cet effet par M. von Arlt. De plus, notre confrère russe a aussi fait préparer des *crayons* de citrate de cuivre à 10 ou à 20 %.

Quelle que soit la forme sous laquelle on applique le médicament, il provoquerait toujours un larmoiement intense (avec coloration verdâtre des larmes), une sensation de chaleur et un certain degré de cuisson qui se dissiperait au bout d'une trentaine de secondes. La conjonctive, tout d'abord hyperémiée, reviendrait à l'état normal au bout d'une dizaine de minutes.

M. Krotov a essayé le citrate de cuivre sur 89 malades, dont 39 étaient atteints de *pannus tenuis*, 17 de *pannus crassus*, 7 d'ophtalmie granuleuse, 5 de conjonctivite chronique et 21 de taies de la cornée. Dans 63 % de ces cas, notre confrère a obtenu des résultats encourageants; l'état de 35 % des patients resta stationnaire; 2 % seulement subirent une aggravation.

Aussi M. Krotov estime-t-il que le citrate de cuivre mérite de prendre une place importante dans la thérapeutique des maladies des yeux. Par la rapidité et l'énergie de son action sur le pannus et sur les taies de la cornée, il serait de beaucoup supérieur à tous les remèdes employés habituellement en pareille occurrence. Dans la conjonctivite granuleuse, les crayons de citrate de cuivre pourraient être utilement substitués à ceux de sulfate de cuivre. Par contre, le médicament en question serait contre-indiqué dans les cas où l'on a généralement recours au nitrate d'argent, ainsi qu'en présence d'ulcères de la cornée. La conjonctivite chronique ne paraît pas non plus justiciable du citrate de cuivre.

En ce qui concerne le mode d'emploi de ce sel, M. Krotov est d'avis que l'usage du crayon — qu'il a été le premier à expérimenter — doit être réservé pour la conjonctivite granuleuse; dans tous les autres cas, il est préférable de se servir de pommades que l'on peut, sans inconvénient, confier aux malades.

Quelquefois, surtout chez les sujets atteints de pannus, les applications de citrate de cuivre détermineraient une aggravation passagère de l'état morbide, se traduisant par de l'épiphora, de la photophobie avec injection de la conjonctive et vascularisation de la cornée, ainsi que par une diminution de l'acuité visuelle. Mais il suffirait, en général, de suspendre la médication pendant trois ou quatre jours et d'atropiniser l'œil pour voir ces phénomènes se dissiper.

Traitement de la dysenterie par le permanganate de potasse administré par la bouche et en lavements.

Les bons résultats que M. le docteur Gastinel, médecin de la marine française, a obtenus dans le traitement de la dysenterie par des lavements au permanganate de potasse (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 320) ont engagé un médecin militaire russe, M. le docteur L. A. Kharitonov, à expérimenter ce médicament au cours d'une épidémie de dysenterie qui a récemment sévi à Guirine (Mandchourie du Nord).

M. Kharitonov a employé des solutions de permanganate de potasse, dont le titre variait, suivant la gravité des cas, de 0.25 à 1 ou 2 ‰. Dans la dysenterie vraie (mucus et sang dans les selles), le médicament était administré à la fois par la bouche et en lavements; dans les cas de colite avec selles muqueuses, mais sans trace de sang, on avait exclusivement recours à l'usage interne du permanganate de potasse.

Les essais ont porté sur 11 cas de dysenterie vraie et sur 25 cas de colite. Ils ont donné des résultats très encourageants, ce qui mérite d'autant plus d'être pris en considération que, contrairement à la pratique de M. Gastinel, notre confrère russe ne prescrivait aucun autre médicament concurremment avec le permanganate de potasse.

M. Kharitonov estime, d'ailleurs, qu'on pourrait se borner à faire prendre le permanganate par la bouche, les petits clystères étant impuissants pour agir sur les lésions haut situées dans le gros intestin et les grands lavages comportant le risque de déterminer une péritonite par perforation intestinale.

Traitement de la variole par des applications d'un mélange d'acide phénique et d'alcool.

Nous avons signalé l'année dernière que M. le docteur L. Petraroja (de Naples) recommandait de se servir, contre les pustules varioliques, de solutions phéniquées beaucoup plus concentrées que celles que l'on utilisait depuis longtemps à cet effet; tout récemment nous avons indiqué la pratique de M. le docteur J. T. Neech (de Halifax), qui préconise dans le même but les badigeonnages à l'acide phénique pur (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 232 et 1903, p. 68). De son côté, M. le docteur G. Carrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, vient de faire connaître les bons résultats qu'il obtient dans le traitement de la variole par des applications d'un mélange composé, à parties égales, d'acide phénique et d'alcool à 90°. Il semblerait donc que l'acide phénique, employé soit pur, soit à l'état de dilution variable, exerçât une action marquée sur l'évolution des pustules varioliques.

Quoi qu'il en soit, voici quelle est la façon dont procède M. Carrière : dès qu'une maculo-papule apparaît, il la badigeonne à l'aide d'un pinceau fin, sans dépasser ses limites, avec la solution phéniquée, et il laisse soigneusement sécher. Dès le lendemain, la papule paraît atrophiée, ratatinée, de coloration rouge brun : une seule application suffirait pour produire une véritable momification du derme, et aucune des maculo-papules ainsi touchées n'évoluerait en pustule; la desquamation se ferait au bout d'une huitaine de jours, sans laisser de cicatrices.

Utilisé tardivement, lorsqu'il existe déjà des pustules, l'attouchement à l'acide phénique réussirait moins bien, les cicatrices étant inévitables par suite des lésions du derme,

TRAVAUX ORIGINAUX

Le développement chirurgical d'une double circulation complémentaire dans le traitement de quelques maladies hépato-spléniques.

Je donne le nom de « développement chirurgical d'une double circulation complémentaire » à une néoformation de vaisseaux destinés à assurer d'une façon efficace la correction des phénomènes d'hyperémie passive qui peuvent exister au niveau de l'intestin d'une part, de la rate d'autre part, cette correction étant obtenue au moyen d'une double intervention chirurgicale.

I

On sait que, par suite de dispositions anatomiques et fonctionnelles spéciales, la plus grande partie du sang provenant des intestins et de la rate pénètre dans le foie par l'intermédiaire d'un tronc veineux unique, la veine porte; cette voie est parcourue non seulement par des éléments physiologiques, mais aussi par des substances morbigènes, lesquelles, parvenues au foie, y créent des altérations multiples, d'où le dicton ancien : *vena porta, porta malorum.* Aussi, en schématisant à cet égard les lésions hépatiques qui reconnaissent une telle pathogénie, je crois que l'on peut admettre l'existence, au point de vue physio-pathologique, de deux veines portes, toutes deux susceptibles d'être, pour le foie, la source d'altérations particulières (1). De fait, si nous partons de cette constatation anatomique que le tronc de la veine porte résulte presque exclusivement de l'union de deux gros rameaux veineux ayant sensiblement le même calibre (10 et 12 millimètres), mais provenant d'organes différents au point de vue topographique, structural et fonctionnel, nous sommes autorisés à considérer séparément les affections hépatiques engendrées par la voie de chacune de ces veines.

Encore qu'un tableau bien défini des troubles de l'une et l'autre catégorie ne puisse être tracé dès maintenant, il n'en reste pas moins que, lorsque nous nous trouvons en présence d'abcès aréolaires du foie, nous en attribuons pour la plus grande part l'origine à l'intestin qui, par la mésaraïque, déverse dans la glande hépatique son contenu microbien; pour les lésions de nature toxique, nous portons un jugement analogue, sachant que la cirrhose de Budd, par exemple, sur laquelle Hanot et M. Boix ont insisté il y a quelques années, est incontestablement causée par des intoxications gastro-intestinales.

Parallèlement à ces lésions hépatiques ayant leur point de départ dans l'intestin, nous en connaissons d'autres qui tirent leur origine de la rate; et c'est ainsi que M. le professeur Hayem a montré que certains ictères infectieux sont dus à l'influence exercée par la rate sur le foie, par l'intermédiaire de la veine splénique, et que M. le professeur Banti a établi que certaines cirrhoses hépatiques sont déterminées par l'action sclérosante d'éléments nocifs provenant de la rate.

Sans qu'il soit nécessaire d'ajouter à cette liste les nombreux autres exemples de même genre que nous pourrions citer, il nous paraît donc légitime de reconnaître deux groupes distincts de lésions hépatiques analogues, mais dont la source est à chercher dans des organes différents; et c'est pour cela que, ainsi que je l'écrivais tantôt, on peut, au point de vue pathogénique, admettre qu'il existe deux veines portes, l'une intestinale (grande mésaraïque), l'autre splénique (veine splénique).

II

Si de nombreux et intéressants travaux ont été récemment publiés sur la pathogénie des cirrhoses, nous ne pouvons en dire autant des moyens thérapeutiques à opposer à ces affections. Un des phénomènes qui les accompagnent le plus fréquemment, et qui en aggravent considérablement le pronostic, est assurément l'ascite; contre cette complication on a tenté un traitement opératoire, l'omentopexie — dont j'ai fait connaître, il y a deux ans, un procédé nouveau (Voir *Semaine Médicale,* 1901, p. 145-146) —, et dans bien des cas les résultats en ont été encourageants, quoiqu'on ait aussi relaté des insuccès de cette méthode. D'après ma propre expérience, je crois pouvoir avancer que l'omentopexie est susceptible de corriger les phénomènes d'hyperémie passive de l'intestin, accompagnant les cirrhoses, à condition qu'elle soit pratiquée chez des sujets non encore trop affaiblis par des lésions accentuées du foie et par les troubles fonctionnels d'autres organes, tels que le cœur ou le rein. C'est dans les cirrhoses non alcooliques, et surtout dans celles qui sont d'origine splénique, que cette intervention produit les meilleurs effets.

III

Toutefois, quand la rate est intéressée, il me paraît qu'il y a avantage à associer à l'omentopexie la *splénopexie.* Les vues théoriques et les faits cliniques s'accordent à légitimer cette double intervention.

Si nous considérons par exemple un des types les plus évidents de cirrhose hépatique d'origine splénique, la maladie de Banti, nous voyons qu'à la troisième période de cette affection, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, un traitement radical, comme la splénectomie, n'est plus indiqué, parce que les patients succombent presque tous à l'intervention; les faits de MM. Colzi, Silva, et de tant d'autres, le démontrent amplement. La cause de cette mortalité excessive est à rechercher dans les conditions très fâcheuses de l'organisme des opérés, et aussi dans les difficultés qu'éprouve le chirurgien à vaincre les adhérences que la rate a contractées avec les organes voisins, dans l'hémorrhagie non négligeable qui en résulte, sans compter que par l'ablation même du viscère hypertrophié on soustrait une quantité considérable de sang, et cela chez des individus déjà en état d'olighémie; enfin la splénectomie trouble assez gravement l'innervation abdominale, pour que souvent un collapsus au-dessus de nos ressources emporte les malades quelques heures après l'intervention.

Si la splénectomie donne de si mauvais résultats, comment soulager ces splénomégaliques affectés de cirrhose avec ascite ?

On peut y parvenir en pratiquant simultanément deux opérations visant, l'une à corriger les troubles de la circulation intestinale, l'autre, ceux de la circulation splénique.

En ce qui concerne la première de ces indications, je pense qu'il est inutile d'insister pour démontrer la valeur de l'omentopexie : en dehors de faits cliniques bien observés, de multiples recherches expérimentales ont établi à satiété que le sang de la circulation intestinale peut être dérivé en grande partie à travers des anastomoses omento-pariétales.

Quant au second objectif que nous nous proposons, à savoir le développement de voies aptes à transporter une portion du sang splénique, il sera atteint par une opération analogue à la fixation de l'épiploon, à savoir la splénopexie.

Il est bien connu que, en matière de chirurgie conservatrice de la rate, d'aucuns ont eu recours à l'exosplénopexie (1); d'autres, pour des incidents opératoires imprévus, ont dû suturer une rate hypertrophiée entre les lèvres d'une incision de laparotomie; certains, dans le but de remédier à des infarctus de petites dimensions, ont été amenés à fixer le même viscère, également augmenté de volume, à la paroi abdominale (1). Et tous les chirurgiens qui ont effectué des tentatives de ce genre sont d'accord pour reconnaître qu'au bout de quelque temps les dimensions de la rate ainsi traitée s'étaient notablement réduites. Bien que divers auteurs aient paru surpris de cette modification, aucun n'en a discuté les causes : celles-ci, à mon sens, sont à chercher dans les nouvelles conditions circulatoires réalisées en pareille occurrence par la splénopexie. Il s'agit, en effet, le plus souvent, dans les cas de ce genre, de splénomégalies dues non seulement à l'hyperplasie conjonctive, mais aussi à des troubles graves de la circulation de retour. De fait, M. Banti déclare avoir vu dans un cas « les parois de la veine splénique fortement épaissies » ou bien « la veine splénique atteinte d'endophlébite sclérosante » ou encore « un thrombus oblitérant dans la veine splénique ».

Au reste, les obstacles mécaniques ne sont pas seuls à gêner la décongestion de la rate. Celle-ci, à l'état physiologique, est un organe élastique et contractile qui se dilate, puis se resserre pour expulser le sang qu'il contient; or, dans les cas que nous étudions, une grande quantité de tissu fibreux l'envahit, diminuant ou même abolissant sa contractilité, si bien qu'une certaine masse de sang ne peut être chassée des mailles de la pulpe splénique.

Telles sont les deux conditions pathogéniques de la plus haute importance qui créent l'hyperémie passive de la rate, et pour lutter contre elles ce viscère cherche *spontanément* des voies supplémentaires de retour : nombre d'opérateurs, au cours de splénectomies pour maladie de Banti, ont eu à détruire de multiples adhérences *très riches en vaisseaux.*

Les considérations précédentes valent également pour d'autres splénomégalies. Kelsch et Kiener, par exemple, ont observé, dans la rate des paludéens, outre l'abondance du tissu conjonctif, des lésions d'endophlébite chronique.

Il faut savoir que la rate est heureusement un des viscères les plus aptes à contracter des rapports conjonctivo-vasculaires, et quand le chirurgien lui applique un des procédés de fixation intra ou extra-abdominale dont il dispose, les adhérences qui se forment renferment en abondance des vaisseaux veineux de nouvelle formation, qui mettent en communication plus ou moins large le sang splénique avec la circulation générale.

Que le sang contenu dans la rate puisse quitter cet organe par des voies autres que celles qui lui sont naturelles, le fait a d'ailleurs été expérimentalement établi.

Déjà M. Balacescu a démontré qu'après ligature isolée de la veine ou de l'artère spléniques il survient bien une atrophie très lente de l'organe, mais que de nombreuses voies collatérales en assurent la vie et jusqu'à un certain point le fonctionnement. Moi-même, chez des chiens ayant subi une splénopexie intra ou extra-abdominale, j'ai, au bout de quinze à vingt-cinq jours, lié et réséqué la veine splénique; le sang apporté à la rate par l'artère n'en communiquait pas moins avec la circulation générale par l'intermédiaire de nouvelles anastomoses vasculaires.

En somme, l'observation clinique et les recherches de laboratoire s'accordent à légitimer une intervention directe sur la rate dans le sens indiqué, puisque : 1° en faisant cheminer une partie du sang splénique à travers la paroi, on corrige l'excès de pression dans la veine « porto-splénique »; 2° le sang ainsi dérivé transporte avec lui une partie des toxines élaborées dans la rate, toxines qui, sans cela, seraient amenées jusqu'au foie dont elles aggraveraient la sclé-

(1) Ceci dit sans vouloir discuter pour l'instant la théorie émise naguère par M. H. Sérégé (de Bordeaux) (Voir *Semaine Médicale,* 1901, p. 313).

(1) Voir notamment les observations communiquées à l'avant-dernier Congrès français de chirurgie. (*Semaine Médicale,* 1901, p. 347-348.)

(1) F. Parona. Della splenectomia nella milza malarica e, più specialmente, dell'efficacia delle iniezioni ipodermiche jodo-jodurate nella cura della stessa. (*Policlinico,* 15 janv. 1898, et *Semaine Médicale,* 1898, Annexes, p. XXX.)

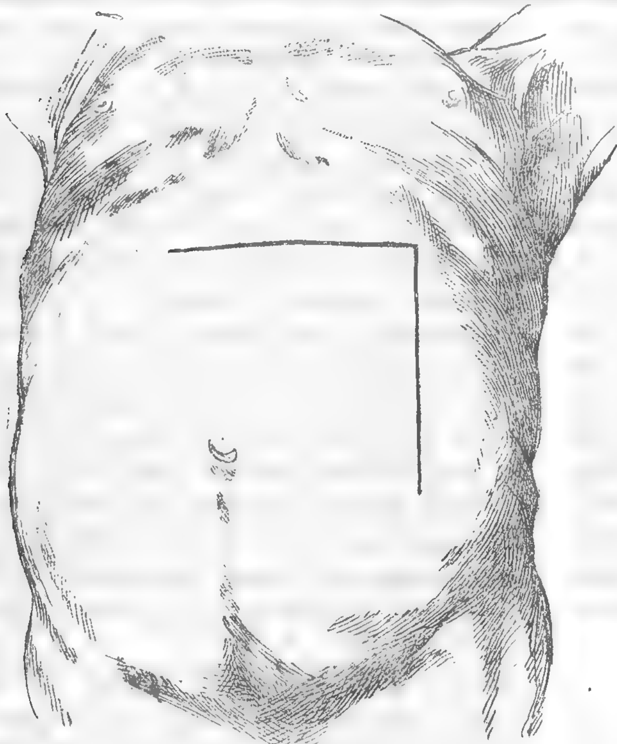


Fig. 1. — Incision des téguments.

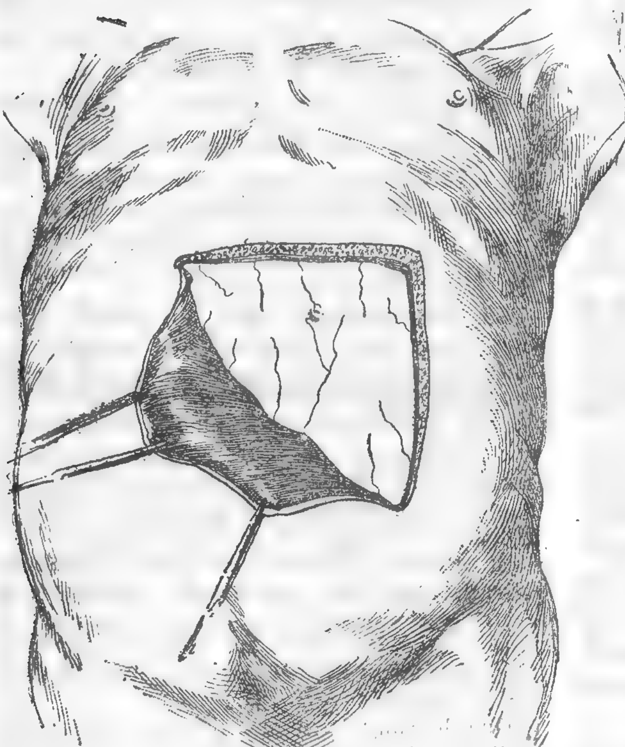


Fig. 2. — Le lambeau musculo-cutané est renversé à droite et en bas.



Fig. 3. — Le péritoine est transversalement incisé.

rose commençante; ces mêmes toxines, versées dans la circulation générale, y sont aisément éliminées ou neutralisées; 3° par suite de la circulation intrasplénique devenue plus rapide, les échanges organiques sont plus actifs dans cet organe, de sorte que les phénomènes biochimiques s'y accomplissent d'une façon plus rapide et moins nuisible.

IV

Ces considérations m'ont paru justifier l'emploi simultané de l'omentopexie et de



Fig. 4. Extériorisation de l'épiploon.

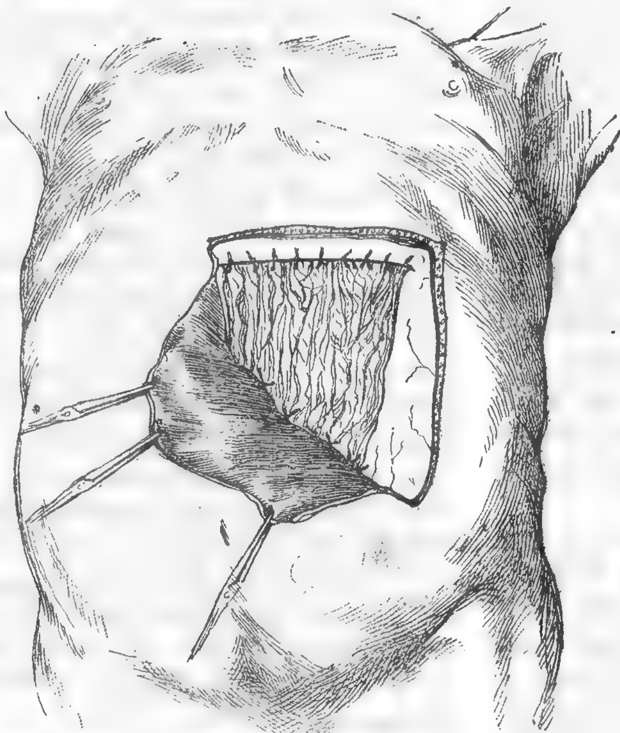


Fig. 5. — L'épiploon extériorisé est étalé au-dessus du péritoine.

la splénopexie comme moyen de traitement de l'ascite dans les cirrhoses avec splénomégalie. Voici comment je procède à cette double intervention:

Premier temps.— *Incision de la paroi.*
On trace une incision verticale commençant au point de rencontre de la ligne hémiclaviculaire avec l'arcade costale gauche, et se prolongeant vers le bas sur une longueur de 15 ou 20 centimètres. De son extrémité supérieure se détache à angle droit une seconde incision qui se dirige transversalement vers l'épigastre et dépasse quelque peu la ligne médiane (*fig. 1*).

Ces deux incisions intéressent les divers plans de la paroi jusqu'au péritoine exclusivement; le muscle droit de l'abdomen du côté gauche est donc sectionné.

Deuxième temps.— *Ouverture du péritoine et formation d'un lambeau musculo-cutané.*

Au milieu à peu près de l'incision transversale, on soulève avec deux pinces un pli du péritoine et on y fait au bistouri une petite ouverture, de façon à permettre l'écoulement lent de transsudat abdominal; cependant, on sépare du péritoine, soit avec des instruments mousses, soit en quelques coups de bistouri, un large lambeau musculo-cutané triangulaire dont le sommet correspond à l'angle de la ligne d'incision, et dont la base est située au voisinage de l'ombilic; ce lambeau est rabattu autour de sa base et maintenu dans cette position par des pinces de Kocher (*fig. 2*). Puis on agrandit l'incision péritonéale au niveau de l'épigastre, de façon à pouvoir y introduire deux doigts, et l'on poursuit *vers la droite* l'ouverture de la séreuse abdominale, sur ces doigts servant de guides. Ainsi l'opérateur peut examiner, *de visu* et *de tactu*, une partie du foie, du péritoine, etc., etc. (*fig. 3*).

Troisième temps. — *Extériorisation de l'épiploon.*

L'épiploon attiré hors de la plaie est suturé de la manière habituelle, par ses deux faces supérieure et inférieure, aux deux lèvres de l'incision péritonéale, en ayant soin de commencer la suture par l'extrémité épigastrique de la plaie et de placer successivement les points séparés, séro-séreux, à mesure que l'épiploon est bien étalé vers la gauche; il va sans dire qu'on avisera à ne point comprendre de vaisseau dans la suture. Arrivé ainsi jusqu'au point où le péritoine a été ouvert tout d'abord, on complétera de la même façon l'incision de la séreuse *vers la gauche*, et dans cette nouvelle partie de la plaie opératoire, qui est prolongée à peu près jusqu'à l'arc costal, on achève l'extériorisation de l'épiploon (*fig. 4*).

Quatrième temps. — *Fixation de l'épiploon.*

L'épiploon ayant été frotté avec une gaze imbibée de solution de sublimé à 1 ‰, on l'étale sur la surface péritonéale précédemment préparée, où l'on fixe son bord libre par quelques rares points musculo-épiploïques (*fig. 5*).

Cinquième temps. — *Ouverture du péritoine dans la région parasplénique et introduction de deux mèches de gaze.*

A partir de l'angle costal de la plaie on procède à l'ouverture verticale du péritoine, sur

toute la longueur de la première incision cutanéo-musculaire; de la sorte la surface de la rate hypertrophiée est découverte sur une grande étendue (*fig. 6*); on la frictionne aussi loin que possible avec une gaze imbibée de la

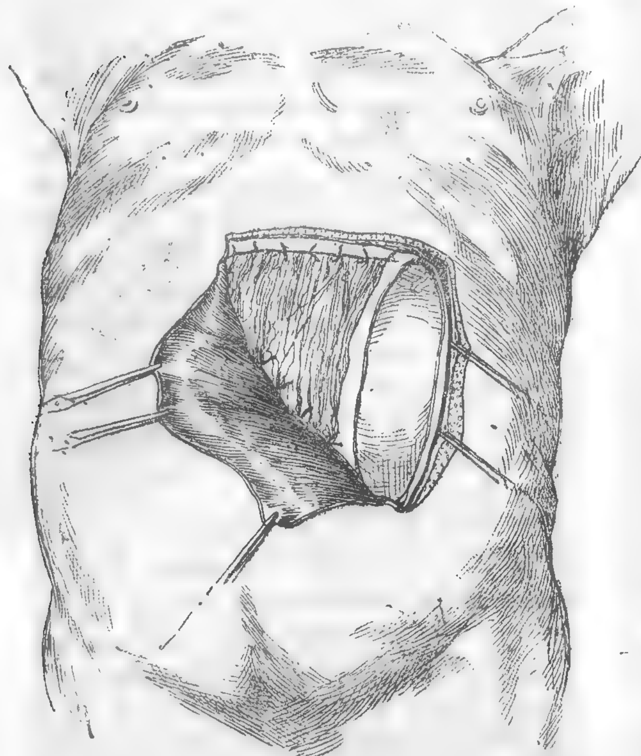


Fig. 6. — Incision verticale du péritoine; entre les lèvres de la plaie péritonéale, on aperçoit la surface de la rate hypertrophiée.

solution de sublimé, comme on l'a fait pour l'épiploon; puis on insinue dans l'espace spléno-costo-diaphragmatique une large mèche de gaze iodoformée, en ayant soin de bien l'étaler sur la surface supéro-externe de l'organe; une seconde mèche est ensuite introduite au-dessous de la rate, de façon à en circonscrire le pôle inférieur et à plonger, par son extrémité, jusqu'au fond de l'hypocondre (*fig. 7.*)

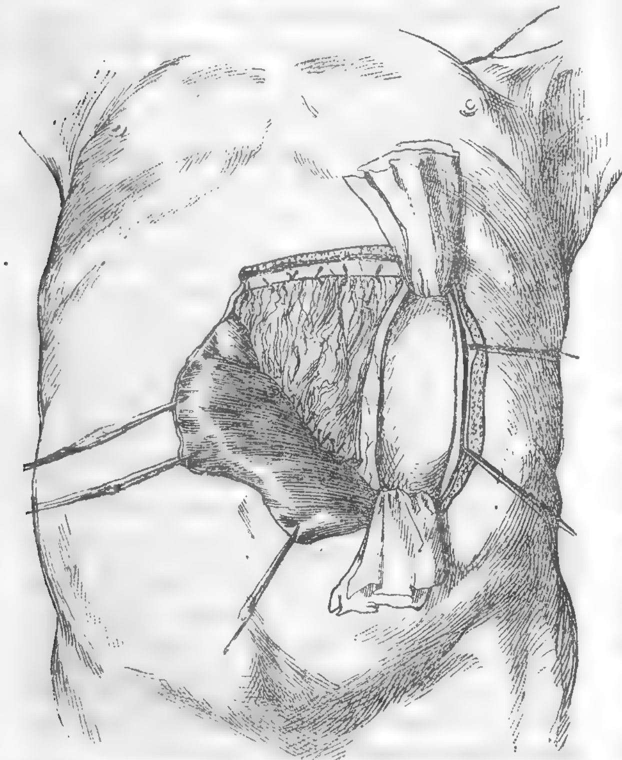


Fig. 7. — Situation des deux mèches de gaze, l'une dans l'espace spléno-costo-diaphragmatique, l'autre sous le pôle inférieur de la rate.

Sixième temps. — *Passage des fils parenchymateux.*

Le grand lambeau musculo-cutané, jusque-là renversé vers l'ombilic, est soulevé et appliqué sur l'épiploon précédemment étalé et fixé. Au moyen d'une aiguille cylindrique courbe, ayant la forme d'un demi-cercle de 6 à 8 centimètres de diamètre, sur 1 millimètre d'épaisseur (*fig. 8*),



Fig. 8. — Aiguille cylindrique pour le passage des fils parenchymateux (grandeur naturelle).

et armée d'un gros catgut (n° 5), on pénètre, après avoir écarté la peau, à 4 centimètres du bord gauche de la plaie, et on traverse le fascia, les muscles et le péritoine; l'aiguille chemine ensuite en plein tissu splénique; l'organe une fois transpercé, la pointe de l'aiguille est dirigée vers le haut, sous le contrôle de la vue, et embroche la paroi abdominale de la profondeur vers la superficie, c'est-à-dire en perforant successivement le péritoine (au-dessus du bord gauche de l'épiploon déjà fixé), puis les muscles et le fascia replacés sur la lame épiploïque (*fig. 9*). Ces fils perforants, distants l'un de l'autre de deux travers de doigt, sont au nombre de 3, 4, 6, suivant le volume de la rate; on ne les noue pas tout de suite, mais leurs extrémités sont repérées au moyen de pinces à forcipressure.

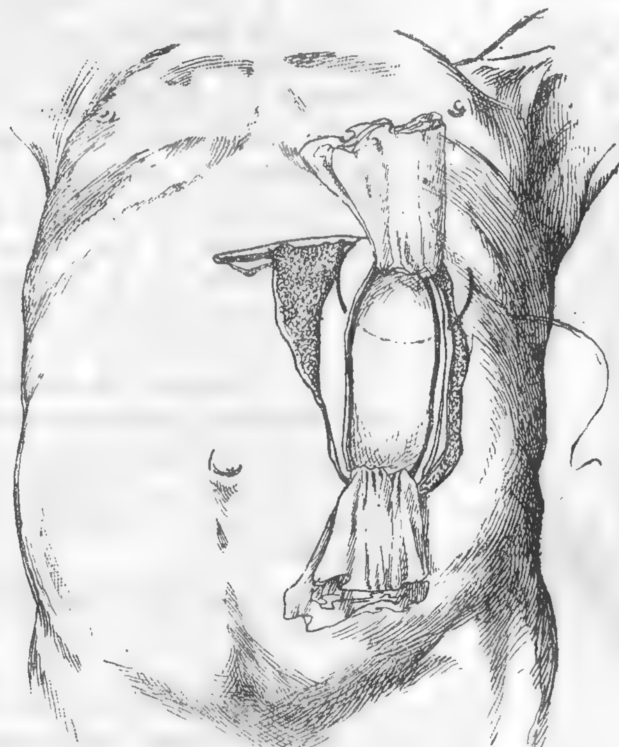


Fig. 9. — Le lambeau musculo-cutané est ramené par-dessus l'épiploon; on passe le premier fil parenchymateux.

Septième temps. — *Suture des téguments et serrage des fils parenchymateux.*

Il reste à effectuer la suture en masse de la paroi, comprenant le fascia, les muscles et le péritoine pariétal de chaque côté. On commence par l'angle supérieur de la plaie, autour de la mèche de gaze, en se servant de soie ou de catgut très fort (n° 5 ou 6), et en nouant les fils sitôt posés; toutefois, en haut et en bas, aux points d'issue des mèches de gaze, il sera bon de ne pas nouer les fils immédiatement, mais de les maintenir longs et de ne les serrer qu'au bout de quelques jours, afin de combler les vides laissés par l'extraction des mèches. Au fur et à mesure que l'on avance vers le bas, on rencontre les fils perforants munis de leurs pinces : on exerce sur eux une traction modérée et on les noue un à un (*fig. 10*). Enfin la suture musculo-aponévrotique est achevée par la fermeture de l'incision transversale, et ainsi se trouvent rapprochés les muscles et le fascia, le péritoine étant déjà suturé à l'épiploon (*fig. 11*). Les lèvres de la plaie cutanée sont réunies à la soie.

V

Quelques mots seulement pour justifier la technique que je viens d'exposer.

L'omentopexie et la splénopexie, au lieu d'être exécutées simultanément, peuvent être faites en deux temps, à quinze ou vingt jours d'intervalle. C'est ainsi que, dans un cas, j'effectuai d'abord la fixation de l'épiploon, à droite, et quatre semaines plus tard celle de la rate, à gauche. Mais depuis lors j'ai pu me convaincre qu'il vaut mieux s'en tenir à la manière de faire que je viens de décrire en détail, tant parce que certains malades, après avoir subi une première intervention, se montrent rebelles à la seconde, qu'en raison du peu de gravité de la double opération exécutée en une seule séance, surtout quand le chirurgien est habile à faire rapidement les sutures.

L'incision verticale a pour but de permettre à l'opérateur de bien « dominer » la rate; on peut la remplacer par une incision oblique en dehors, presque parallèle à l'arc costal. L'incision horizontale donne un jour assez étendu sur le foie, le péritoine, etc., et se prête admirablement à l'omentopexie; il n'y a pas à se préoccuper de la section des divers muscles, notamment du droit de l'abdomen, car une bonne suture du fascia met à l'abri de toute éventration ultérieure.

L'ouverture du péritoine est effectuée transversalement et *petit à petit*, d'abord à droite, puis à gauche; si on la faisait d'un seul coup, non seulement l'épiploon mais aussi une partie des intestins feraient hernie, gênant pour l'exécution minutieuse du reste de l'intervention.

En ce qui concerne la fixation de la rate, l'idéal serait de loger cet organe, en totalité ou partiellement, entre les muscles et le péritoine; c'est en effet dans cette situation que se développent le mieux les anastomoses vasculaires, et pour cela le manuel opératoire de choix est celui de Rydygier. Malheureusement, on rencontre des splénomégalies trop accentuées pour que cette méthode soit applicable; et pour les cas de ce genre, force est de se contenter d'une splénopexie intra-abdominale, en cherchant à rendre aussi étendue que possible la zone d'adhérence. C'est dans ce but que j'ai recours aux mèches de gaze, qui remplissent un double rôle : leur présence met la surface

séreuse, pariétale et viscérale, dans les meilleures conditions pour la formation d'une symphyse, et en outre elles drainent, par capillarité, le peu de sang qui peut sourdre des

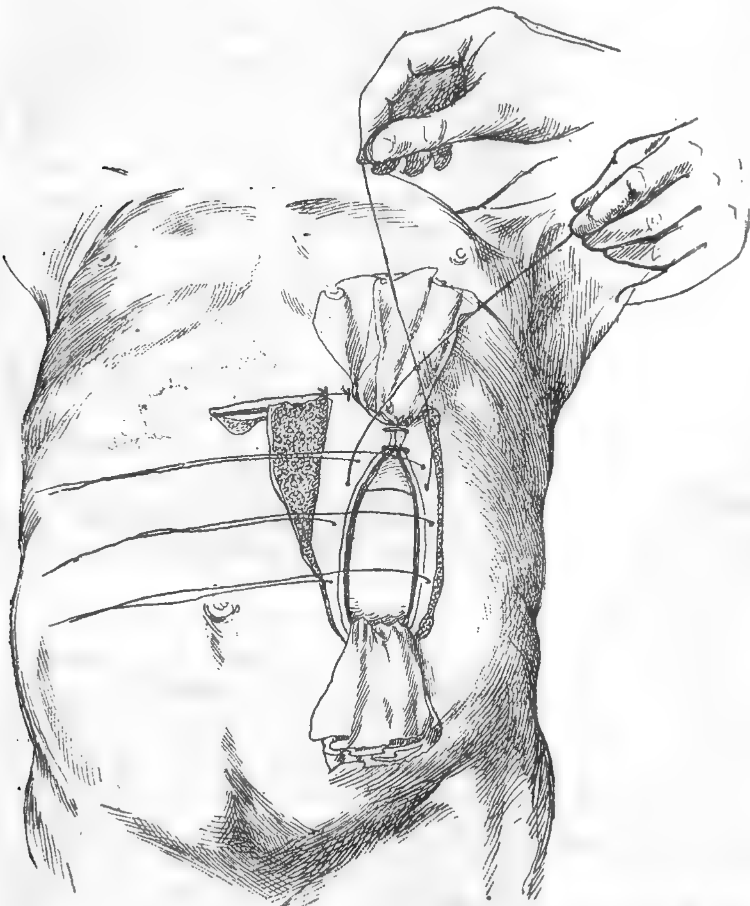


Fig. 10. — On passe et on noue les fils péritonéo-musculo-aponévrotiques, et, au fur et à mesure, on serre également les fils parenchymateux.

petites plaies spléniques réalisées par le passage de l'aiguille et par les tractions exercées sur les fils perforants. Il n'y a pas à craindre une infection exogène à travers ce drain, d'au-

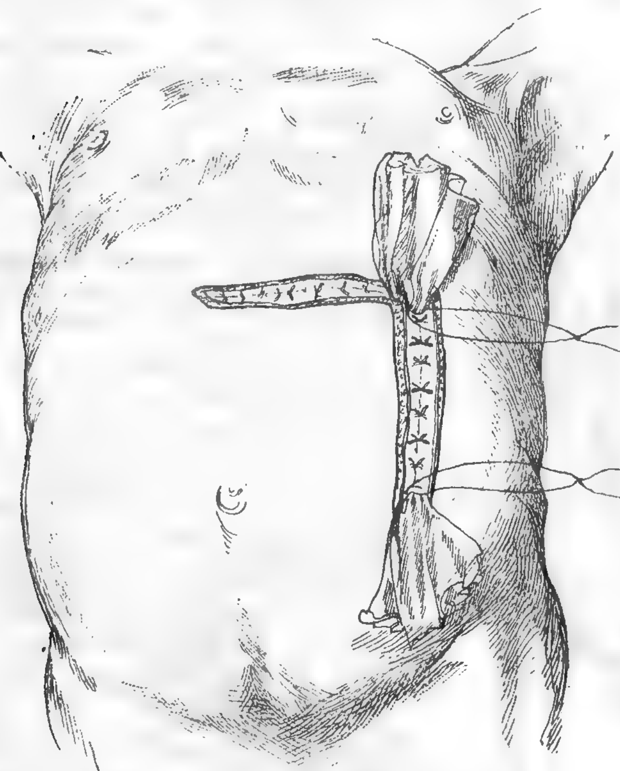


Fig. 11. — Il ne reste plus qu'à exécuter la suture de la peau; les deux fils maintenus longs seront serrés seulement après l'extraction des mèches de gaze.

tant que les mèches de gaze circonscrivent très rapidement la région et l'isolent du reste de la cavité abdominale.

J'ajouterai qu'il est bon, après cicatrisation de la plaie opératoire, de prescrire un massage journalier convenable, afin de favoriser les néoformations vasculaires.

J'ai eu l'occasion de pratiquer 3 fois l'omento-splénopexie. Deux de mes malades avaient une splénomégalie avec cirrhose hépatique, d'origine paludéenne; le troisième était atteint de maladie de Banti; tous trois étaient ascitiques. Dans ces 3 cas, les résultats ont été favorables, car l'ascite a disparu, l'hypertrophie de la rate a beaucoup diminué, les fonctions du foie se sont notablement améliorées, et, comme conséquence, l'état général, un et deux ans après l'opération, se maintient bon.

VI

La conclusion qui découle de tous les faits que je viens d'exposer, c'est que la « double circulation complémentaire » trouve ses indications dans quelques-unes de ces affections que M. Chauffard a fort heureusement appelées *hépatites d'origine splénique*, et, plus particulièrement, dans :

1° La splénomégalie primitive avec cirrhose hépatique du type Banti;

2° La splénomégalie paludéenne avec cirrhose hépatique.

D'ailleurs, la fixation isolée de la rate, la « splénopexie sans omentopexie », pourrait, je crois, donner de très bons résultats dans diverses autres maladies, au cours desquelles le foie ne traduit pas par la sclérose sa réaction aux substances toxiques élaborées par la rate.

Dans les cas de ce genre, il faut ou supprimer la rate, ou abolir les communications circulatoires existant entre ce viscère et le foie, ou s'efforcer de modifier les phénomènes qui se passent au sein de son parenchyme. Or, l'expérience a démontré que la splénectomie, en pareille occurrence, donne une mortalité considérable; d'autre part, interrompre les connexions vasculaires qui unissent le foie à la rate, par la ligature ou la résection de la veine splénique, est une intervention remplie d'aléas, car on ne peut savoir *a priori* dans quelle mesure la rate est déjà pourvue d'une néo-circulation de retour. Aussi me semble-t-il qu'il est alors de meilleure pratique de s'en tenir à la splénopexie, opération qui a pour conséquence le développement d'une circulation supplémentaire, laquelle à son tour influe « médiatement » sur le métabolisme intra-splénique.

Pour ces raisons, la splénopexie seule, exécutée selon la technique que je viens de décrire, me paraît indiquée :

1° Dans l'anémie splénique des adultes et dans celle des enfants;

2° Dans la maladie de Banti à la période préascitique;

3° Dans la cirrhose splénomégalique de type Popov-Gilbert.

Quelle que soit l'intervention pratiquée, il va sans dire qu'on pourra, en outre, mettre en œuvre les divers moyens d'ordre médicamenteux, tels que l'opothérapie, les préparations iodées, arsenicales ou ferrugineuses.

Dr B. SCHIASSI,
Chirurgien des hôpitaux de Bologne.

MÉDECINE PRATIQUE

Un signe précoce de la fièvre typhoïde chez les enfants.

On sait que le diagnostic de la fièvre typhoïde est assez malaisé chez les enfants, surtout pendant le premier septénaire de la maladie; à ce moment, le tableau clinique présenté par le petit patient n'est encore qu'à l'état de simple ébauche, et peut faire songer aux affections les plus diverses. Plus l'enfant est jeune, plus les difficultés diagnostiques sont considérables. Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler un phénomène qui, d'après l'expérience d'un médecin hongrois, M. le docteur J. Bernard (de Zichyfalva), serait de nature à faciliter le diagnostic précoce de la dothiénentérie infantile.

Lorsque la courbe thermique, l'hypertrophie de la rate, le bruit de gargouillement perçu au niveau de la région iléo-cæcale et la sensibilité de cette région à la pression, ainsi que les troubles digestifs, font soupçonner l'existence d'une fièvre typhoïde, notre confrère pratique l'exploration que voici : se plaçant à droite du petit patient, il applique la pulpe des doigts de ses deux mains sur la fosse iliaque droite et procède à une palpation soigneuse, en roulant entre ses doigts les tissus sous-jacents, comme on le fait, par exemple, pour apprécier l'état de la surface du foie dans les affections de cet organe. Quand il s'agit réellement de fièvre typhoïde, cette palpation permettrait de reconnaître, dans la région iléo-cæcale, l'existence de deux ou trois tuméfactions dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon et qui sont disposées sur une ligne droite, parallèle à l'axe du corps. Ces intumescences sont séparées les unes des autres par une distance de 1 ou 2 centimètres et leur grand diamètre est également parallèle à l'axe du corps.

Les petites tumeurs en question ne s'observeraient qu'à la fin du premier septénaire et disparaîtraient au bout de trois ou quatre jours.

Si l'on cherche à se rendre compte de la signification de ce phénomène clinique, deux hypothèses se présentent à l'esprit : on peut incriminer soit les follicules hypertrophiés de l'iléon, soit les ganglions mésentériques tuméfiés. Toutefois, la situation même de ces ganglions, cachés derrière la masse intestinale, rend peu plausible la seconde supposition, et il est évident que les follicules siégeant sur la paroi même de l'intestin doivent être plus accessibles à la palpation que les ganglions mésentériques. D'autre part, il convient aussi de tenir compte que le grand diamètre de ces ganglions tuméfiés présente une direction oblique de bas en haut et de droite à gauche, tandis que les petites tumeurs qu'on perçoit dans la région iléo-cæcale sont situées sur une ligne droite, leur grand diamètre étant parallèle à l'axe du canal intestinal, disposition qui prouve suffisamment que ces intumescences ne sont autre chose que des plaques de Peyer à la phase d'infiltration. Ce qui domine, en effet, dans l'anatomie pathologique de la dothiénentérie infantile, ce sont les processus hyperplasiques, tandis que les phénomènes de nécrobiose, qui sont de règle chez les adultes, s'observent exceptionnellement chez les enfants. Aussi les petites tumeurs en question ne restent-elles guère longtemps perceptibles, l'infiltration des follicules lymphatiques ne tardant pas à se résorber.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation théorique, les faits enregistrés par M. Bernard méritaient d'être signalés, en raison de l'intérêt qu'il y a à assurer la possibilité d'un diagnostic précoce de la fièvre typhoïde chez les enfants, le sérodiagnostic et la recherche du bacille d'Eberth dans le sang, dans les fèces ou dans les urines étant loin d'être toujours réalisables dans la pratique courante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 mai 1903.

Sur la physiologie comparée des deux reins.

M. J. Albarran. — Des recherches exécutées par différents auteurs tant sur l'homme que sur les animaux avaient amené à la conclusion que les deux reins sécrètent dans l'unité de temps des quantités égales d'urines et que ces urines ont des deux côtés la même composition.

J'ai fait des recherches de contrôle sur ce point, en recueillant isolément, par cathétérisme urétéral double, les urines de chaque rein chez 11 chiens, pendant un temps variable de deux heures à douze heures; chez 18 femmes et 2 hommes, à reins normaux, j'ai également recueilli les urines des deux reins par cathétérisme unilatéral ou bilatéral de l'uretère, durant un laps de temps qui oscilla entre trente minutes et deux heures.

J'ai pu m'assurer de la sorte que, contrairement à l'opinion courante, les deux reins sécrètent, dans l'unité de temps, des quantités différentes d'urine à composition dissemblable. En ce qui concerne la quantité, l'écart d'un rein à l'autre, pendant la première demi-heure, dépasse 10 % dans la moitié des cas et peut atteindre 40 %; pour l'urée, la différence de concentration par litre varie de 1 gramme à 0 gr. 50 centigrammes, pour les chlorures elle va de 0 gr. 50 centigr. à 5 grammes. Toutefois, ces différences s'atténuent quand l'expérience se prolonge : le rein qui au début donnait le moins d'urine en fournit davantage, sans que cependant l'égalité se trouve en général rétablie.

En conséquence, j'estime que si l'on veut apprécier avec quelque exactitude le fonctionnement des deux reins, on doit recueillir séparément, pendant deux heures au moins, le liquide sécrété par chacun de ces organes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1903.

Embolie pulmonaire consécutive à l'appendicite.

M. Le Clerc (de Saint-Lô) adresse une note relative à un cas d'embolie mortelle, consécutive à une appendicite. Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans qui eut — dix-sept jours après une indigestion suivie à quarante-huit heures de distance par l'apparition d'une douleur violente, en barre, dans la région lombaire — une attaque classique d'appendicite; celle-ci fut marquée par un réveil de la douleur lombaire et par une crise fulgurante dans la cuisse droite. Au bout d'une douzaine de jours, alors que les phénomènes abdominaux avaient rétrocédé et que l'on était en droit d'espérer une guérison prochaine, la malade fut subitement emportée par une embolie.

Cet accident est attribué par M. Le Clerc à une phlébite iliaque ayant évolué d'une manière à peu près latente, et dont le début aurait été signalé par la douleur lombaire survenue près d'un mois auparavant.

M. Jalaguier estime que l'embolie consécutive à une appendicite constitue un accident relativement rare, attendu que, pour sa part, il n'avait jamais eu, jusqu'à ces derniers temps, l'occasion de l'observer; mais en l'espace de quinze jours il en a constaté 3 cas, dont un suivi de mort; dans 2 de ces faits l'évolution de la maladie avait été assez grave, dans le troisième il s'agissait d'une appendicite à froid. L'orateur se demande si ces embolies ne sont pas en rapport avec un état particulier d'infection.

M. Guinard dit avoir également vu des embolies pulmonaires se produire chez plusieurs malades atteints d'appendicite.

M. Tuffier déclare avoir observé une embolie pulmonaire dans un cas où il avait simplement ouvert une collection de la fosse iliaque droite, chez un jeune homme.

M. Quénu, se basant sur les faits d'embolie qu'il a pu observer en chirurgie gynécologique, ne pense pas qu'il y ait corrélation entre la production d'une embolie et la gravité de l'affection appendiculaire. Il ajoute qu'il a constaté 2 cas de thrombose de la veine fémorale gauche à la suite de l'appendicite.

M. Routier relate le fait d'un jeune médecin américain, atteint d'appendicite, dont l'état général et local parut si satisfaisant que l'orateur ne jugea pas à propos d'intervenir immédiatement. Le lendemain matin, la température s'étant élevée, il l'opéra. Les suites furent des plus simples, et, au bout de quinze jours, le malade allait si bien qu'il voulait se lever; il n'en succomba pas moins le lendemain à une embolie, sans qu'il semble y avoir eu un rapport entre cet accident et la gravité de l'appendicite.

M. Rochard dit que, dans un cas non opéré, il a vu la mort survenir par embolie au cours d'une appendicite légère, alors qu'il n'y avait plus de fièvre depuis huit jours.

M. Hartmann signale un fait de phlébite avec thrombose survenue au cours d'une appendicite non opérée.

M. Schwartz cite 2 observations de phlébite consécutive à l'appendicite; dans un cas le malade avait guéri d'une crise sévère sans opération et six semaines après le début de la maladie il eut une phlébite grave; dans l'autre, il s'agissait d'un confrère qui, dix jours après avoir été opéré pour une appendicite, eut une double phlébite.

M. Brun se demande si dans tous les cas de mort subite consécutive à l'appendicite, opérée ou non, la mort a bien été produite par une embolie; récemment il a vu une petite fille succomber brusquement avec des convulsions, ce qui le porte à croire que, dans les cas dont il a été question, la cause de la mort n'a pas toujours dû être recherchée avec soin.

En ce qui concerne la phlébite de la fémorale, il a eu l'occasion de l'observer trois fois chez des malades atteints d'appendicite, et cela exclusivement du côté gauche.

M. Walther déclare avoir observé plusieurs cas de phlébite à la suite de l'appendicite, mais aucun de ses malades n'a eu d'embolie.

M. Broca relate un fait d'embolie pulmonaire qui se produisit quelques semaines après le début d'une phlébite survenue au cours d'une appendicite grave et non opérée.

Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire.

M. Tuffier. — Il faut distinguer, dans la gangrène pulmonaire, les cas où il n'y a qu'un foyer localisé et les formes diffuses auxquelles nous ne devons pas toucher. Les gangrènes déterminées par la présence de corps étrangers dans les bronches constituent une variété à part; j'ai vu notamment deux cas d'abcès interlobaire avec gangrène du poumon, consécutivement à l'ablation de végétations adénoïdes; un de ces malades a succombé à la suite d'un abcès du cerveau. Dans un autre fait, j'ai ouvert une cavité de gangrène pulmonaire due à la pénétration d'un fragment d'os dans les bronches. Sur 11 cas de gangrène pulmonaire, j'ai eu 4 morts et 7 guérisons.

En ce qui concerne le beau succès obtenu par M. Lejars chez l'étudiant en médecine dont notre collègue nous a parlé dans la dernière séance, je pense que ce malade avait une pleurésie interlobaire avec une gangrène superficielle du poumon.

M. Walther. — J'ai eu l'occasion de suivre ce patient pendant quelque temps, et je n'ai pu constater à aucun moment l'existence d'un foyer circonscrit; je ne crois donc pas qu'il y ait eu chez lui une pleurésie interlobaire.

Blastomycose péritonéale d'origine appendiculaire.

M. Schwartz relate l'observation détaillée de blastomycose péritonéale d'origine appendiculaire, que M. Blanchard a communiquée en partie il y a deux mois à l'Académie de médecine (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 96). On avait tout d'abord porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse, mais après l'opération — au cours de laquelle l'appendice, qui paraissait avoir été le point de départ des lésions (un examen microscopique a fait voir que dans les parois de l'appendice, ainsi que dans le liquide de la poche, il y avait en abondance des champignons appartenant au groupe des blastomycètes), fut enlevé et la cavité kystique largement drainée — le malade a rapidement et complètement guéri.

M. Guinard fait un rapport sur une observation de *cholédochotomie pour calcul biliaire*, adressée par M. Ardouin (de Cherbourg).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai 1903.

Paralysie traumatique du membre inférieur.

M. Soupault communique l'observation d'une jeune femme, névropathe, qui a été atteinte d'une paralysie exclusivement motrice du membre inférieur gauche, localisée au territoire du nerf sciatique poplité externe, vingt-quatre heures après une opération pendant laquelle elle avait été maintenue plus de deux heures dans la position dite gynécologique; cet accident paraît devoir être attribué à la compression exercée sur le sciatique poplité externe gauche par des lacs trop serrés.

Il existe seulement 3 observations analogues dans la littérature, mais il ne faut pas en conclure que ces paralysies post-opératoires des membres inférieurs sont très rares, car il est probable que beaucoup de faits du même ordre n'ont pas été publiés. Bien qu'il s'agisse là d'accidents bénins qui disparaissent complètement au bout de deux à quatre mois, il est utile de les signaler; on pourra les éviter à l'avenir en serrant un peu moins les jambes des malades qui subissent une opération, et en diminuant le tiraillement des nerfs des membres inférieurs au moyen d'un coussin placé sous les épaules.

Leucoplasie précancéreuse du col utérin.

M. Verdalle (de Bordeaux) relate l'observation d'une femme de cinquante-deux ans, née d'une mère cancéreuse, chez laquelle une leucoplasie du col utérin, offrant tous les caractères de la leucoplasie linguale, a précédé de plusieurs années le développement d'un épithélioma de l'utérus. Deux autres faits semblables ont été communiqués à l'orateur par M. Labadie-Lagrave. Il semble donc qu'il y ait là autre chose qu'une simple coïncidence et M. Verdalle estime que la leucoplasie du col utérin a les mêmes affinités avec la syphilis et l'épithélioma que la leucoplasie des autres muqueuses.

Caverne pulmonaire d'origine gangreneuse datant de quatorze ans.

M. Souques montre un malade de cinquante-neuf ans, qui est atteint depuis 1889 d'une gangrène pulmonaire localisée au sommet droit, ayant débuté par un point de côté, de la fièvre, de la dyspnée, une expectoration abondante et fétide, etc. Ces accidents ont disparu peu à peu, mais on constate toujours, au-dessous de la clavicule droite, des signes manifestes d'une vaste excavation pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 mai 1903.

La diathèse d'auto-infection et les polycanaliculites microbiennes.

MM. Gilbert et Lereboullet. — Il existe chez certains sujets une prédisposition spéciale à l'auto-infection des muqueuses et des conduits glandulaires, prédisposition que nous proposons de désigner sous le nom de *diathèse d'auto-infection* et qui entraîne la production de canaliculites microbiennes multiples.

Cliniquement, nous avons observé de nombreux malades atteints d'infection biliaire chronique et présentant en même temps des parotidites, des stomatites, des angines, des sinusites, des périostites alvéolo-dentaires, ou bien ayant une disposition spéciale aux furoncles, aux coryzas, aux otites, aux dacryocystites, etc.; nous avons en outre constaté, soit chez un même sujet, soit chez divers membres d'une même famille, la coïncidence de l'appendicite et de la cholémie familiale ou d'une autre forme d'infection biliaire chronique.

Nous avons eu la confirmation anatomique de ces faits en trouvant, à l'autopsie de sujets

morts de maladies avérées des voies biliaires, des lésions simultanées de l'appendice, des canaux biliaires, du pancréas, etc. Nous signalerons en particulier l'observation d'un homme atteint de cholémie familiale et ayant succombé à un rhumatisme, chez lequel on put simultanément mettre en relief des lésions d'angiocholite chronique avec, en certains points, oblitération complète des voies biliaires, une cirrhose pancréatique péri-acineuse avec lésions marquées des conduits excréteurs et une appendicite folliculaire hypertrophique, bien que le foie, l'appendice et le pancréas eussent paru sains à l'œil nu. Un autre fait probant a trait à un sujet mort d'appendicite aiguë et dont le foie présentait des lésions nettes d'angiocholite chronique.

Ces cas de polycanaliculites chez un même individu ne peuvent se comprendre que par une prédisposition spéciale qui fait que l'infection ne se cantonne pas dans certaines parties des conduits glandulaires, mais se propage dans toute leur étendue, et au lieu de demeurer cavitaire devient pariétale.

De toutes les infections glandulaires ainsi réalisées, l'infection biliaire est la plus importante; mais il ne faut pas oublier que cette diathèse biliaire n'est qu'un cas particulier d'une loi générale, et qu'à côté d'elle d'autres auto-infections peuvent évoluer, notamment l'infection pancréatique et l'infection appendiculaire. Peut-être aussi l'infection pariétale du tube digestif explique-t-elle la fréquence, chez les sujets atteints de ces polycanaliculites, des diverses formes de l'entérite chronique. Ces infections peuvent, enfin, ne pas se limiter aux organes primitivement lésés et donner lieu à des accidents plus ou moins éloignés, tels qu'arthrites, néphrites, pleurésies, etc.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Nouvelle-Orléans, 3 mai 1903.

Sur les causes du shock chirurgical.

On a fréquemment l'occasion d'observer, soit en clinique chez l'homme, soit en médecine expérimentale sur les animaux, que certains sujets résistent mal à une intervention souvent fort minime en elle-même. On explique ce fait par l'hypothèse d'un état particulier que l'on désigne sous le nom de *shock chirurgical* ou plus simplement de *shock*. Celui-ci peut aussi apparaître en l'absence de toute prédisposition particulière; il est alors consécutif à un violent ébranlement nerveux, tel que celui qui résulte d'un traumatisme intense, d'une hémorrhagie abondante, d'une frayeur violente. L'anesthésie est également un facteur susceptible de créer l'état de shock. On connaît des cas où des interventions peu graves mais pratiquées sous le chloroforme ou l'éther ont été suivies de mort à brève échéance. Dans les faits de ce genre, il faut tenir compte dans une large mesure, outre l'action de l'anesthésique en tant que poison cellulaire — action actuellement bien connue —, des troubles fonctionnels ainsi que des toxines qui résultent de l'administration de la drogue.

Les effets qui ressortissent à ces deux dernières catégories de perturbations organiques étant moins bien élucidés que ceux qui sont attribuables à l'intoxication de la cellule, M. le docteur Fenton B. Turck (de Chicago) en a fait l'objet de recherches prolongées, qui jettent un jour intéressant sur le mécanisme suivant lequel se produit le shock chirurgical; aussi m'a-t-il paru intéressant de signaler ces recherches d'après des documents que M. Turck a bien voulu me communiquer. Cette étude servira d'introduction au traitement du shock chirurgical, qui fera l'objet d'une prochaine lettre.

La défaillance de la pression sanguine et de la respiration que l'on invoque habituellement ne saurait rendre compte, à elle seule, d'une manière satisfaisante, du shock qui résulte de l'administration en excès d'un agent anesthésique, quel que soit d'ailleurs celui-ci. Il importe de faire intervenir également les toxines qui apparaissent dans le sérum sanguin. Si, en effet, on injecte à des animaux normaux le sérum provenant d'animaux en état de shock, on voit survenir une syncope avec respiration stertoreuse et chute rapide de la pression sanguine. On doit en conclure que le sérum injecté renfermait des substances toxiques susceptibles de provoquer l'état de shock chez un animal neuf. Au point de vue de leur nature, ces poisons peuvent être de deux ordres, soit qu'ils soient élaborés dans le sang, soit qu'il n'y ait qu'une simple rétention de poisons préexistant à l'état normal dans le sang. Il y a même tout lieu de penser que ces deux hypothèses contiennent chacune une part de vérité. On sait, en effet, que l'acétonurie a été constatée chez des individus normaux après une anesthésie prolongée, ce qui est l'indice de la présence, dans la circulation, de substances anormales; d'autre part, on a signalé, dans des circonstances identiques, un retard de l'élimination du bleu de méthylène, ce qui témoigne d'un ralentissement dans le métabolisme, se manifestant par un retard dans les phénomènes d'excrétion.

M. Turck a fait un certain nombre d'expériences en vue d'établir quel était le motif de ce métabolisme anormal. Pour cela, il a ajouté à du sang du chloroforme et de l'éther et a maintenu le mélange à l'étuve jusqu'à évaporation complète du chloroforme et de l'éther. Si alors on place dans ce liquide un disque de blanc d'œuf, on voit ce disque fondre et disparaître par suite de la digestion de l'albumine. En répétant cette même expérience avec du sang normal, non additionné de chloroforme ni d'éther, c'est à peine si le disque d'albumine est attaqué par la pancréatine. Il semble donc qu'il se soit produit, dans le premier cas, une substance entravant l'action antitoxique que l'on attribue au sang depuis les recherches bien connues de M. Bordet.

Le sérum sanguin des animaux chez lesquels on a provoqué un état de shock par l'anesthésie présente également des propriétés hémolytiques fort marquées. Si, en effet, on recueille le sang d'un animal se trouvant dans une pareille condition en le saignant à blanc, on s'aperçoit que ce sang a une grande tendance à devenir laqué. On fait apparaître le même état dans le sérum d'un autre animal en injectant à celui-ci le sérum du premier.

Pour mettre ce phénomène en évidence d'une façon plus précise, M. Turck maintient un chien sous le chloroforme pendant cinq heures. Au bout de ce laps de temps, le sérum de l'animal en expérience renferme déjà 15 % d'hémoglobine. En l'ajoutant à du sang neuf, on obtient, après centrifugation, un sérum contenant jusqu'à 50 % d'hémoglobine. Cette action paraît d'ailleurs assez énergique, car il ne faut qu'une faible quantité du premier sérum pour déterminer un laquage intense du sang neuf. Dans un cas, par exemple, où il s'agissait d'un chien maintenu sous la narcose pendant six heures, il suffit de 15 millimètres cubes pour provoquer le laquage de 4 c.c. de sang normal.

Le sérum d'un animal en état de shock possède en outre des propriétés agglutinantes, variables d'ailleurs dans leur intensité suivant la durée de l'anesthésie. C'est ainsi que dans une expérience où M. Turck ajouta à une goutte de sang normal du sérum d'un animal ayant été chloroformé pendant trois heures, l'agglutination fut immédiate. Elle l'était encore après quatre et cinq dilutions consécutives, la narcose ayant été prolongée six heures.

Quant à la tendance à la coagulation qui se manifeste dans le sang après une longue anesthésie, elle a été maintes fois constatée en clinique. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'y insister ici autrement que pour la rappeler.

Il résulte des expériences relatées ci-dessus que le shock s'accompagne de l'apparition, dans le sang, de toxines qui en sont normalement absentes. La présence de ces substances explique l'effet mortel, à dose non mortelle, des injections de staphylocoques ou de colibacilles chez des animaux se trouvant sous l'influence d'une anesthésie prolongée. L'action isolée, soit du microbe, soit de l'agent anesthésique, est alors insuffisante pour déterminer la mort; mais en réunissant ces deux facteurs, l'effet cumulatif qui en résulte fait périr l'animal.

En dehors de ces différentes modifications qui se produisent dans le sang d'un sujet en état de shock, il importe de tenir compte que les troubles gastro-intestinaux dont s'accompagne normalement l'anesthésie générale donnent également naissance à des poisons qui pénètrent rapidement dans le torrent circulatoire et qui, par cet intermédiaire, vont exercer leur action délétère sur l'organisme. Le fait en lui-même est connu depuis longtemps par les cliniciens, mais le mécanisme n'en a guère été étudié jusqu'ici.

Or, si l'on fait à un chien porteur d'une fistule stomacale des inhalations de chloroforme ou d'éther à l'aide d'une canule de trachéotomie ou, ce qui est plus simple et produit le même effet, que l'on pratique les inhalations par les voies naturelles après avoir soigneusement tamponné l'œsophage, on constate par la fistule stomacale que le suc gastrique devient d'abord hyperchlorhydrique, qu'ensuite la proportion d'acide chlorhydrique et de ferments y diminue et que finalement la muqueuse stomacale sécrète une abondante quantité de mucus, témoin de l'irritation de cette muqueuse. En mettant à macérer dans l'eau la muqueuse stomacale d'un chien soumis à une anesthésie de deux ou trois heures, on obtient un liquide dans lequel on peut isoler par distillation le chloroforme ou l'éther employé pour la narcose. L'anesthésique a vraisemblablement été apporté aux parois stomacales par la voie sanguine et y a exercé un effet analogue à celui que détermine l'application locale de nitrate d'argent, de tannin ou de moutarde, telle qu'elle est mise en évidence dans les travaux publiés dès 1894 par M. Turck et confirmés depuis lors à Saint-Pétersbourg par M. le professeur Pavlov et son école.

La muqueuse gastrique n'est d'ailleurs pas la seule des tuniques du tube digestif où l'on retrouve l'anesthésique employé. Celui-ci peut également être décelé dans la muqueuse intestinale, ainsi que dans la musculeuse gastro-intestinale. Ce dernier fait explique les troubles de la motricité stomacale qui viennent se surajouter à ceux de la sécrétion. On obtient facilement les réactions caractéristiques du chloroforme ou de l'éther après la distillation du liquide de macération des tuniques de l'estomac ou de l'intestin, même quand l'anesthésie n'a duré qu'une heure. Mais les quantités ainsi retrouvées augmentent en raison directe de la durée de l'anesthésie. D'ailleurs, l'anesthésique ne disparaît pas rapidement de la muqueuse; plusieurs heures après la fin de la narcose, on en décèle encore des quantités appréciables dans la membrane interne de l'estomac.

L'atonie de la musculeuse gastro-intestinale résultant à la fois de l'action locale de l'anesthésique et de l'effet de celui-ci sur le centre vasomoteur rend compte de la congestion viscérale qui est la règle dans une anesthésie prolongée. C'est de ces troubles vasculaires qu'à son tour provient la distension du tube digestif, ainsi que M. Turck s'en est assuré par l'expérience suivante : si l'on place des ligatures sur le cardia et le pylore et qu'on évacue les gaz de l'estomac par une fistule stomacale, on voit ces gaz se reproduire immédiatement, non du fait d'une fermentation, impossible à admettre dans les circonstances données, mais par suite des gaz du sang qui se dégagent dans l'estomac. Il est évident que le météorisme qui en est la conséquence réagit à son tour sur les troubles circulatoires qui l'ont déterminé, et ainsi s'établit une sorte de cercle vicieux entre la circulation splanchnique et le développement des gaz gastro-intestinaux. Ce sont là des conditions qui favorisent hautement l'augmentation de la toxicité du chyme gastrique et la pullulation de la flore stomacale.

Les expériences de M. Turck, que nous venons de relater, montrent donc que le shock n'est pas dû uniquement à une paralysie du centre vasomoteur, mais aussi à une auto-intoxication gastro-intestinale. Les modifications hématologiques rendent également compte d'un certain nombre de phénomènes, témoignant ainsi de la complexité d'un syndrome qui ne consiste pas en un simple épuisement nerveux

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Quelques faits d'abcès juxta-laryngés,
par M. Deguy.

Communs chez les nourrissons, les abcès péripharyngiens ou périlaryngiens sont rares dans la seconde enfance; l'auteur a eu l'occasion d'en

observer 7 cas sur des enfants de vingt mois à trois ans et demi, dans le service de M. Marfan. Voici les principales données qu'il tire de l'examen de ces faits :

Les abcès prélaryngiens, qu'ils proviennent d'une laryngite sous-glottique — éventualité la plus commune — ou de la migration d'une collection rétro-pharyngienne, sont le plus souvent latents : il n'y a pas de tuméfaction de la région antérieure du cou, pas de rougeur, pas de fluctuation, pas d'œdème des téguments, et ce n'est d'ordinaire qu'à l'occasion d'une trachéotomie que l'opérateur est tout étonné de voir sourdre du pus par l'incision cutanée ou aponévrotique. Si les signes physiques font à peu près complètement défaut, les troubles fonctionnels sont en général assez marqués; ils consistent essentiellement en dyspnée avec tirage; mais c'est là un symptôme qui paraît tenir moins à la présence du pus qu'à la laryngite sous-glottique ordinairement pré-existante.

Ces abcès sont assez fréquemment cause d'un accident des plus redoutables, la syncope, qui peut être mortelle malgré la mise en œuvre immédiate de la respiration artificielle. Elle a vraisemblablement pour cause un réflexe à point de départ pharyngo-laryngé et survient souvent à l'occasion d'une simple exploration, au moment où le doigt, introduit dans la bouche, arrive au niveau du pharynx.

Au point de vue pathogénique, les collections prélaryngiennes, avons-nous dit, ou bien dépendent de la migration d'un abcès rétro-pharyngien, lui-même consécutif à une angine à caractères variables et pouvant passer inaperçue, ou bien se forment *in situ*, comme complication d'une laryngite sous-glottique. Dans l'un et l'autre cas, le diagnostic en est des plus malaisés; on pourrait cependant le soupçonner parfois, et cela dans deux circonstances différentes : quand l'abcès rétropharyngien a été reconnu, et qu'il existe, en outre, du tirage et des accès de suffocation intenses; quand il s'agit d'un enfant intubé de nombreuses fois à cause d'un tirage très marqué qui reparaît dès qu'on retire le tube laryngé.

Le traitement consiste essentiellement à évacuer la collection purulente et à assurer la respiration, soit par la trachéotomie, soit par le tubage. En cas de syncope, on pratiquera immédiatement la trachéotomie et on fera la respiration artificielle. (*Rev. de méd.*, février 1903.)

Œdème dur traumatique, par M. H. Secrétan.

Nous avons récemment eu l'occasion de signaler cette variété particulière de contusion du dos du métacarpe sur laquelle l'auteur du présent mémoire a, le premier, appelé l'attention, en la désignant sous le nom d'*œdème dur traumatique du métacarpe dorsal* (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 77-78). Depuis la publication de son premier travail, paru en 1901, M. Secrétan a observé 22 cas du même genre, dans lesquels la radiographie a toujours montré l'intégrité du squelette. Aussi persiste-t-il à croire que le pronostic de l'affection dont il s'agit est toujours bénin et que les deux observations (l'une de M. Borchard et l'autre de M. Secrétan lui-même) qui avaient trait à des contusions du troisième degré avec néoplasme cicatriciel *permanent* constituent des curiosités pathologiques négligeables en pratique.

D'autre part, il ressort de la nouvelle publication de M. Secrétan que l'œdème dur persistant d'origine traumatique peut se produire dans d'autres régions qu'à la main ou au pied. S'il est particulièrement fréquent au dos de la main, c'est que celle-ci est plus exposée aux contusions et que l'infiltration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané reposant directement sur un plan osseux est plus nette que dans les régions où les téguments recouvrent des masses musculaires. Mais l'auteur a observé les mêmes phénomènes dans un cas de contusion du genou, ainsi qu'à la suite d'un choc sur l'avant-bras, près du coude.

Dans le premier fait, on vit apparaître, peu après l'accident, un œdème diffus de la portion interne du genou, gardant l'empreinte du doigt. Puis, la plaque œdémateuse devint dure et épaisse. Nettement délimitée et mobile sur les plans profonds, elle persista pendant plus de six semaines, l'articulation restant parfaitement indemne.

Dans la seconde observation, l'œdème dur de la partie antéro-externe de l'avant-bras, absolument indépendant du plan osseux, ne permit au sinistré de reprendre son travail qu'au bout de quatre mois. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril 1903.) — L. CH.

Zona ophtalmique chez l'enfant, par M. Gevaert.

On sait que le zona en général est peu fréquent chez l'enfant; quant au zona ophtalmique, il est remarquablement rare : M. R. Millon, dans sa monographie, n'en cite que 4 cas sur 70 zonas infantiles; aussi nous paraît-il intéressant de résumer le fait relaté par M. Gevaert.

Une fillette de dix ans, très nerveuse, présenta, à la suite de l'application d'un appareil plâtré pour une coxalgie au second degré — petite opération qui avait été pour elle l'occasion d'une vive émotion —, une éruption typique d'herpès zoster sur la région frontale gauche, accompagnée d'un état fébrile intense, d'embarras gastrique, de somnolence, sans douleurs bien vives, sauf au début. Cette éruption, confluente d'emblée et hémorrhagique par place, occupait le territoire de distribution de toutes les branches sensitives du nerf ophtalmique (nasal interne, frontaux interne et externe), constituant une large plaque herpétiforme rectangulaire, qui avait sensiblement les limites anatomiques de l'os frontal gauche quoique empiétant de quelques millimètres sur la ligne médiane. La paupière supérieure, qui paraissait être le point de départ de l'éruption, était tout particulièrement intéressée, et de nombreuses vésicules, siégeant sur la conjonctive palpébrale, faisaient craindre des complications cornéennes. La dessiccation s'accomplit cependant sans encombre du huitième au dixième jour, mais la chute des croûtes exigea encore trois semaines et laissa des cicatrices indélébiles.

Étant donnée la rapidité avec laquelle l'éruption succéda à l'émotion suscitée chez la petite malade par l'application de l'appareil plâtré, l'auteur se demande si, de même qu'on admet l'existence d'un *zona traumatique*, il ne conviendrait pas de décrire un *zona de cause psychique*. (*Arch. de méd. des enfants*, mars 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La spinalgie en tant que symptôme précoce de l'infection tuberculeuse, par M. J. Petruschky.

Partant de cette considération que la tuberculose pulmonaire est toujours précédée d'une infection tuberculeuse des ganglions lymphatiques, infection qui présente une évolution très lente, l'auteur estime qu'on doit s'efforcer de dépister cette tuberculose primitive des ganglions bronchiques, avant que le processus morbide ait eu le temps d'envahir les poumons. On a indiqué comme signes de l'adénopathie bronchique une fréquence exagérée du pouls, une toux coqueluchoïde, pouvant s'accompagner de vomissements, un enrouement par paralysie d'une corde vocale, la dyspnée, la stase veineuse et l'inégalité pupillaire. Mais la plupart de ces symptômes ne se manifestent que dans la tuberculose ganglionnaire très avancée, lorsqu'il existe déjà des lésions pulmonaires suffisamment nettes. Or, à en juger d'après l'expérience de M. Petruschky, il y aurait un phénomène susceptible de faciliter le diagnostic de la tuberculose des ganglions bronchiques au début.

Ce phénomène, peu connu et signalé récemment par M. E. Neisser et par l'auteur du présent mémoire, consiste en une sensibilité particulière, à la pression de quelques apophyses épineuses, alors que les autres apophyses restent complètement insensibles. Cette différence ne ferait que s'accentuer, si l'on renouvelle la palpation. Pendant cette manœuvre, on aurait souvent la sensation que les apophyses épineuses sensibles (comprises, le plus souvent, entre la deuxième et la septième vertèbre dorsale) sont quelque peu plus larges, plus molles et plus élastiques que les autres.

Il va sans dire que, pour pouvoir attribuer au symptôme dont il s'agit une valeur diagnostique, il faut que la différence de sensibilité soit assez notable et qu'elle se manifeste de la même façon à chaque palpation.

Sur 79 cas de spinalgie dans lesquels on a pratiqué l'épreuve de la tuberculine, M. Petruschky n'a eu à enregistrer que 2 résultats négatifs, tandis que les 77 autres malades (32 enfants au-dessous de seize ans et 45 adultes) ont présenté une réaction typique. Or, c'est seulement dans 14 de ces cas que la présence de quelques bacilles dans les crachats permit de poser en même temps, avec certitude, le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

D'autre part, l'auteur a réuni 26 observations où, la spinalgie et les signes pulmonaires faisant défaut, on pouvait cependant soupçonner l'existence de la tuberculose en raison des résultats positifs de l'épreuve de la tuberculine et des renseignements fournis par l'anamnèse.

En se basant sur ces faits, M. Petruschky estime que, sans constituer un moyen infaillible de diagnostic de la tuberculose des ganglions bronchiques, la spinalgie mérite cependant de prendre place parmi les signes de probabilité de l'infection tuberculeuse : anémie, nutrition défectueuse, affaiblissement, toux, etc., etc. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mars 1903.) — L. CH.

De l'influence du cancer de l'estomac sur le chimisme gastrique, par M. Ch. P. Emerson.

Le cancer de l'estomac a généralement pour effet de faire disparaître complètement l'acide chlorhydrique libre contenu dans le suc gastrique, ou du moins d'en réduire notablement la proportion; l'acidité totale, il est vrai, est souvent encore exagérée; parfois cependant le suc gastrique a une réaction alcaline. M. Emerson a cherché à déterminer les causes de ce déficit d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique des cancéreux.

Un premier facteur est constitué par la nature des aliments, qui peuvent contenir des corps capables de fixer l'acide chlorhydrique; on sait, en effet, que non seulement les matières albuminoïdes, mais aussi les albumoses, les peptones et même les produits ultimes de la digestion protéique sont doués d'une grande avidité pour l'acide chlorhydrique; d'ailleurs, nombre d'aliments donnent des cendres alcalines.

La diminution de l'acide chlorhydrique libre peut être également attribuée à une anomalie de la sécrétion gastrique, la muqueuse de l'estomac malade sécrétant des substances susceptibles d'absorber l'acide chlorhydrique. C'est ainsi que M. Stähelin a constaté que la cendre du suc gastrique de plusieurs sujets atteints de cancer de l'estomac avait une réaction alcaline, même lorsqu'on avait pris la précaution de donner à ces patients, comme repas d'épreuve, de la cervelle de veau, dont la cendre est acide.

Enfin, il faut tenir compte de la possibilité d'une intervention directe du cancer et des sucs qu'il sécrète sur le chimisme stomacal. Pour élucider ce point, l'auteur a étudié l'influence du cancer sur la digestion artificielle de la fibrine et remarqué que l'acide chlorhydrique libre disparaît plus rapidement dans les tubes contenant un fragment de tumeur que dans les tubes témoins. Le déficit d'acide chlorhydrique est, en outre, plus considérable dans les tubes auxquels on a ajouté un fragment de tumeur fraîche, que dans ceux qui contiennent un morceau de cancer préalablement chauffé à 80°. Il en conclut que le cancer renferme, à l'état frais, une substance active agissant à la manière d'un ferment et ayant le pouvoir de provoquer par autolyse la formation de corps doués de propriétés basiques.

La matière cancéreuse modifie profondément, du reste, la qualité de la digestion gastrique. Dans la digestion normale, on retrouve la majeure partie de l'albumine sous forme de protalbumose et de deutéro-albumose, tandis que les peptones précipitables par l'acide phosphotungstique ne se rencontrent qu'en faible quantité, et les corps non précipitables par ce même acide en proportion plus faible encore. Au contraire, dans la digestion artificielle en présence de matière cancéreuse, le taux des albumoses diminue considérablement au profit des peptones et surtout du résidu non précipitable par l'acide phosphotungstique; on ne connaît pas exactement la nature de ce résidu, mais il constitue vraisemblablement un mélange de divers acides amidés et d'alcalamides.

Le résultat de ces expériences *in vitro* a été confirmé par des recherches cliniques. M. Emerson a pu s'assurer, en effet, chez des individus sains et chez des malades atteints d'affections de l'estomac autres que le cancer, que la propor-

tion de l'azote absorbé avec le repas d'épreuve et se retrouvant dans le suc gastrique à l'état d'albumine et d'albumoses variait de 30 à 91 %, soit en moyenne 51 %, tandis que l'azote contenu dans le suc gastrique à l'état de peptone et de résidu non précipitable ne représentait que 5 à 37 % (17 % en moyenne) de l'azote total. Dans le cancer, par contre, la proportion d'azote sous la première forme oscillait entre 2.6 et 57 %, soit en moyenne 27.5 %, alors que l'azote des composés du second groupe constituait de 42 à 97 % de l'azote total du suc gastrique. Il déduit de ces dosages que la tumeur cancéreuse produit un ferment capable de détruire l'albumine plus complètement que ne le fait la pepsine, ferment dont l'activité n'est pas entravée par la réaction acide du milieu. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXII, 5-6.) — A. J.

Séquestre du nez; contribution à l'étude de l'innervation motrice du voile du palais, par M. A. Ephraim.

L'auteur relate l'observation d'un homme de quarante ans, ayant contracté la syphilis deux années auparavant, et chez lequel il avait extrait de la fosse nasale gauche un séquestre énorme, composé de plusieurs pièces dont la principale représentait la plus grande partie de la moitié gauche du sphénoïde, parcourue par le canal vidien et munie de deux prolongements dont l'un correspondait à la base de l'apophyse ptérygoïde et l'autre, plus pointu, à la partie initiale de la grosse aile du sphénoïde; ce dernier prolongement devait donc se trouver dans le voisinage immédiat du trou rond, qui livre passage à la branche maxillaire du trijumeau. Deux autres fragments osseux extraits semblaient appartenir à l'apophyse ptérygoïde.

En examinant son malade quatorze jours plus tard, M. Ephraim constata l'existence d'une large communication entre la fosse nasale et le sinus sphénoïdal gauches. La sonde se heurtait, à 10 centimètres environ de la fosse nasale postérieure, à une résistance dure. Le plancher du sinus sphénoïdal et de la moitié gauche du naso-pharynx était rempli de granulations. La cloison nasale était détruite aussi bien dans sa portion cartilagineuse que dans sa partie osseuse, sans qu'il en résultât la moindre déformation extérieure du nez. Les mouvements du voile du palais s'accomplissaient normalement; il n'existait aucun trouble de la sensibilité au niveau des muqueuses nasale et palatine et de la peau du visage; l'ouïe était intacte, l'odorat conservé, en partie tout au moins; il en était de même du goût, sauf au niveau de la moitié gauche de la langue où il semblait quelque peu diminué.

Sans parler du volume peu ordinaire du séquestre, ainsi que de cette autre particularité que, malgré la destruction presque complète de la cloison nasale, le nez n'avait subi aucune déformation extérieure — ce qui tendrait à prouver que la déformation de cet organe au cours de la syphilis tertiaire ne se produit qu'à la suite de la destruction des os propres du nez —, le principal intérêt du présent cas consiste dans la contribution qu'il apporte à la question très discutée encore de l'innervation du voile du palais.

D'après le schéma établi par Erb, il s'agirait d'une lésion située dans le ganglion géniculé ou au-delà, toutes les fois qu'on se trouverait en présence d'une paralysie de la face compliquée d'une paralysie du voile du palais. C'est, en effet, au niveau de ce ganglion que le grand nerf pétreux superficiel se sépare du facial, pour se diriger, à travers le canal vidien, vers le ganglion sphéno-palatin qui innerve le voile du palais, ce nerf formant l'unique trait d'union entre ce dernier et le nerf facial. On a ainsi pris l'habitude d'incriminer le facial dans tous les cas de paralysie du voile du palais. Mais des observations ont été publiées depuis quelques années, qui sont de nature à infirmer cette manière de voir : on a relaté notamment des cas de lésions du ganglion géniculé sans paralysie du voile du palais, et d'autres tendant à faire considérer la paralysie du voile comme étant sous la dépendance d'une lésion du pneumogastrique. C'est donc le nerf de la dixième paire, et non le facial, qui serait le nerf moteur de l'éleveur du voile du palais.

Or, le séquestre extrait par M. Ephraim renfermait le canal vidien, qui livre passage, comme on sait, au nerf vidien, lequel se compose du grand nerf pétreux profond, venant du sympathique, et du grand nerf pétreux superficiel. Ce dernier nerf avait par conséquent été détruit, et cependant le malade n'avait à aucun moment présenté le moindre trouble moteur du voile du palais, ce qui serait nécessairement arrivé si le grand nerf pétreux superficiel, c'est-à-dire le facial, était le nerf moteur de cet organe, ainsi qu'on l'admet généralement. (*Arch. f. Laryngol.*, XIII, 3.) — S. J.

Fistules cervico-vaginales élastiques, par M. E. Dirmoser.

L'intérêt qui s'attache à la rareté des fistules cervico-vaginales se trouve augmenté, dans l'observation de M. Dirmoser, par la façon dont l'orifice fistuleux se comporta durant l'accouchement.

Une femme de trente-trois ans, indemne de toute diathèse, avait eu déjà deux fausses couches, l'une à quatre, l'autre à cinq mois. Lors du premier avortement, elle avait, paraît-il, beaucoup souffert avant l'expulsion de l'œuf, mais pas plus dans l'un que dans l'autre il n'avait fallu intervenir. Désireuse d'avoir un enfant, cette jeune femme se soumit à un examen gynécologique : le col utérin était en tout semblable à celui d'une vierge; son orifice admettait à peine une petite sonde, mais à la partie postérieure du col, à son union avec la muqueuse vaginale, on voyait un point recouvert de bourgeons charnus, par où s'écoulaient quelques mucosités; en y introduisant une sonde utérine du calibre habituel, on pénétrait facilement jusque dans la cavité de la matrice. La malade refusant toute intervention, l'auteur se contenta de dilater le col et d'aviver ou de cautériser la fistule.

Deux ans plus tard, alors que la fistule n'avait plus que les dimensions d'un petit pois, la patiente redevint enceinte et, vers la fin du septième mois de sa grossesse, elle accoucha d'un enfant vivant, pesant 1 kilogr. 1/2. M. Dirmoser, qui surveilla l'accouchement dès son début, put constater que la tête, d'ailleurs petite, sortit par l'orifice de la fistule, lequel se dilata comme l'aurait fait le col utérin. Quant à ce dernier, il se dilata à peine et fut refoulé, au passage de la tête, contre la symphyse du pubis. Deux mois après l'accouchement la fistule était revenue à ses dimensions antérieures; sa périphérie semblait libre de toute cicatrice (1). (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 novembre 1902.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'emploi du chloroforme à titre de tænifuge.

D'après l'expérience de M. le docteur M. Léger (médecin des troupes coloniales françaises), le chloroforme exercerait une action tænifuge tout au moins aussi efficace que celle des anthelminthiques usuels (extrait de fougère mâle, kousso, pelletiérine). Voici quelle est la façon de procéder adoptée par notre confrère : le patient étant à la diète lactée et ayant reçu, dans la soirée, un lavement purgatif, on lui fait prendre le lendemain matin, en quatre fois, à trois quarts d'heure d'intervalle, la potion suivante :

Chloroforme	4 grammes.
Sirop de sucre	30 —
Eau	120 —

Entre la troisième et la quatrième prise, on donne 30 grammes d'huile de ricin ou 35 grammes d'eau-de-vie allemande.

M. Léger a eu l'occasion de traiter de la sorte 11 nègres soudanais porteurs de tænia inerme : 7 fois l'expulsion fut complète, 4 fois on ne retrouva pas la tête dans la masse helminthique expulsée. Ces insuccès paraissaient, d'ailleurs, avoir pour cause le défaut de patience du malade et les tiraillements plus ou moins brusques exercés en vue de hâter la sortie du ver.

(1) Dans le même numéro et dans un numéro antérieur (2 août 1902) du *Central-Blatt für Gynäkologie*, MM. Wormser et Neugebauer relatent chacun une observation concernant des fistules de ce genre et discutent le mécanisme de leur production. A ce dernier point de vue, le cas le plus commun semble être celui où les fistules se forment à la suite d'une déchirure imparfaitement cicatrisée de la lèvre postérieure du col, déchirure qui est probablement la conséquence de la rigidité de l'organe pendant l'accouchement. — R. DE B.

Les injections intra-utérines d'alcool dans le traitement de l'endométrite puerpérale.

Il y a quelques années, un médecin bavarois, M. le docteur K. Carossa (de Passau), proposa de traiter l'endométrite puerpérale par des injections d'alcool associées au drainage de l'utérus. Depuis lors, cette méthode a été essayée, avec succès, par M. le docteur E. J. Ill (de Newark) et, plus récemment, par un autre confrère américain, M. le docteur H. G. Wetherill, professeur de gynécologie et de chirurgie abdominale au Denver and Gross College of Medicine.

M. Wetherill procède de la façon que voici : après avoir soigneusement désinfecté la vulve et le vagin, il fait un lavage de la cavité utérine avec de l'eau salée ou bien, dans les cas où il existe des fausses membranes, il cautérise la muqueuse avec de l'acide phénique pur et l'assèche au moyen de gaze. Puis on introduit dans la matrice un double tube à drainage et, après avoir injecté à travers chacune des deux branches de ce tube un peu d'alcool à 50° afin de s'assurer qu'il n'est pas obstrué, on tamponne légèrement le vagin avec de la gaze. Cela fait, il ne reste qu'à injecter à travers le drain, à des intervalles assez rapprochés, de 60 à 120 grammes d'alcool à 50° pour assurer la désinfection de la cavité utérine et empêcher la diffusion du processus septique par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques.

Le tube à drainage peut, suivant les circonstances, être laissé en place pendant trois à quinze jours.

Névrite optique due à l'ingestion de corps thyroïde.

On a déjà pu constater — bien que très rarement — que le traitement thyroïdien n'était pas absolument inoffensif pour l'appareil visuel : un cas observé naguère par un confrère hollandais, M. le docteur G. Aalbertsberg, confirme ce fait.

Une femme présentant tous les symptômes du myxœdème fut soumise à un traitement thyroïdien, consistant en l'administration de corps thyroïdes de mouton, desséchés et pulvérisés, à des doses croissantes qui atteignirent jusqu'à 50 grammes de poudre par jour. L'amélioration générale fut manifeste et rapide, mais, cinq semaines après le début de la cure, la malade se plaignait de ne plus bien voir de l'œil gauche, et, neuf jours plus tard, son acuité visuelle de ce côté tombait à 0; pendant ce temps, la vue de l'œil droit baissait également.

L'examen ophtalmoscopique démontra à gauche l'existence d'une névrite optique; à droite, où l'acuité visuelle n'était plus que de 1/3, le fond de l'œil présentait aussi les symptômes, au moins initiaux, d'une névrite.

On arrêta aussitôt, cela va sans dire, le traitement thyroïdien, pour le remplacer par la médication iodurée. Deux mois après le début des accidents visuels, la vue de l'œil gauche était toujours nulle, mais les lésions de l'œil droit paraissaient stationnaires et, de ce côté, l'acuité visuelle était remontée à 1/2.

Traitement de la paralysie diphtérique par des émissions sanguines suivies d'injections de sérum artificiel.

Dans un cas de paralysie du voile du palais et des quatre membres, survenue au cours d'une diphtérie très grave, chez un homme de trente et un ans, malgré les injections de sérum antidiphtérique, M. le docteur E. Schoull (de Tunis), après avoir vainement essayé des injections de caféine et de strychnine, des inhalations d'oxygène et des pointes de feu le long de la colonne vertébrale, se décida, en désespoir de cause, à faire le lavage du sang. La saignée n'étant pas facile en raison de l'adipose très marquée du patient, notre confrère fit une application copieuse de sangsues à l'anus, qui donna issue à 300 grammes environ de sang; en même temps, on pratiqua une injection d'un litre de sérum artificiel. L'effet de cette médication ne tarda pas à se faire sentir : les phénomènes pneumobulbaires, liés probablement à la paralysie du pneumogastrique et qui semblaient rendre la mort imminente, se dissipèrent rapidement, et, le soir même de l'intervention, le malade était hors de danger.

RISQUES TARÉS ET ASSURANCE SUR LA VIE

D'APRÈS LES TRAVAUX DU CONGRÈS DE PARIS

Les lecteurs de ce journal ont été tenus au courant des travaux des deux premiers Congrès internationaux des médecins de Compagnies d'assurances, qui ont siégé l'un à Bruxelles en 1899, l'autre à Amsterdam en 1901. Aussi nous paraît-il inutile de revenir, à propos de la troisième de ces réunions, qui a eu lieu à Paris du 25 au 28 mai, sur l'intérêt que présentent pour le praticien certaines des questions médicales relatives à l'admission de telle ou telle catégorie de malades à l'assurance sur la vie. Comme le fait a déjà été mis en lumière à l'occasion des précédents Congrès, les Compagnies d'assurances, poussées tant par le désir de faire participer le plus grand nombre possible de personnes aux avantages de l'assurance sur la vie que par la nécessité de ne pas rester en arrière sur la voie ouverte par certaines d'entre elles, tendent à se montrer de plus en plus libérales dans l'acceptation de sujets qui, cependant, sont loin d'être absolument sains, mais dont les tares morbides ne paraissent pas de nature à compromettre beaucoup la longévité.

On peut même aller plus loin, et se demander si diverses affections, susceptibles d'abréger en quelque mesure l'existence de ceux qui en sont atteints, rendent impossible toute assurance sur la vie, fût-ce à des conditions un peu spéciales dans le détail desquelles nous ne saurions entrer ici. La réponse à cette dernière question a été fournie d'une façon péremptoire par M. Sven Palme (de Stockholm) qui, dans son rapport sur « Les nouvelles méthodes essayées dans les pays scandinaves pour l'admission des risques tarés », a relaté une statistique comprenant 18,132 individus dont la demande d'assurance n'a été acceptée, en raison de tares pathologiques, qu'avec modification des règles ordinaires, et dont la mortalité, au moins pour ceux d'entre eux qui étaient âgés de vingt à quarante ans, a été trouvée inférieure à celle qui résulte des tables de mortalité des Compagnies anglaises, tables servant de base à l'établissement des primes normales.

I

La légitimité de l'admission de certains « risques tarés » se trouve donc mise hors de tout conteste. Mais quels sont ceux de ces risques qui sont acceptables? Quelques-unes des affections les plus communes avaient été étudiées à ce point de vue spécial lors des précédents Congrès, notamment la syphilis, la glycosurie, l'albuminurie, l'artériosclérose, les cardiopathies, etc. Un plus grand nombre étaient à l'ordre du jour de la présente réunion, et si, d'une façon générale, l'accord s'est le plus souvent fait sur des conclusions assez optimistes, ce résultat n'a pas toujours été obtenu sans des discussions trahissant de profondes divergences de vues. La cause nous en paraît facile à préciser. Quelle est la tâche du médecin expert en présence d'un proposant présentant une tare quelconque? Il doit discuter, à la lumière de ses connaissances pathologiques, le pronostic éloigné, *dans le cas particulier*, de l'affection chronique dont est atteint l'individu qu'il examine. C'est donc un problème essentiellement clinique qui surgit devant lui, et nous savons qu'un problème de ce genre ne saurait être résolu par une formule toute faite. C'est dire que les résolutions prises par l'assemblée ne peuvent avoir que la valeur d'indications générales, modifiables selon les conditions propres au sujet dont il s'agit d'apprécier les chances de longévité.

Quoi qu'il en soit de ces réserves nécessaires, les conclusions adoptées par le Congrès ont été généralement favorables aux « risques tarés ». C'est ainsi qu'en ce qui concerne la *goutte*, question que M. L. Lereboullet (de Paris) avait été chargé de traiter, l'accord s'est fait sans difficulté sur la possibilité d'admettre les goutteux, surtout s'ils sont âgés de plus de trente-cinq ans — car, ainsi que l'a rappelé M. Mauriac (de Paris), cette affection chez les sujets jeunes trahit une prédisposition toute particulière, susceptible de se manifester par des accidents de nature diverse, graves par eux-mêmes — et si leur hygiène est bonne; on devra au contraire les refuser en cas de lésions cardio-vasculaires ou rénales déjà constituées; enfin, entre ces deux catégories extrêmes, peuvent être rangés les goutteux jeunes, et ceux qui présentent des altérations articulaires définitives : pour ceux-là, l'assurance n'est pas impossible, mais elle ne devra être accordée qu'à des conditions particulières.

Le rapport de M. Grosse (de Leipzig), sur le *rhumatisme articulaire aigu*, concluait à l'acceptation des sujets n'ayant eu qu'une seule attaque, dont le cœur n'a pas été lésé et qui enfin sont indemnes d'antécédents héréditaires arthritiques; dans les cas où plusieurs crises se sont déjà produites, il conviendrait d'attendre deux ou trois ans depuis le dernier accès, et encore d'imposer des conditions plus sévères pour l'assurance. Mais que faut-il entendre par rhumatisme articulaire aigu, fait observer M. Siredey (de Paris)? On ne saurait confondre le rhumatisme franc des jeunes sujets, polyarticulaire d'emblée, la « fièvre rhumatismale » de Landouzy, dont les atteintes, généralement fort bruyantes, ne se répètent qu'un petit nombre de fois et finissent par s'éteindre tout à fait, avec cette autre forme dans laquelle la maladie, dont l'éclosion est d'ordinaire plus tardive, procède par poussées de plus en plus fréquentes et de moins en moins aiguës, le pronostic étant beaucoup plus défavorable dans ce dernier cas. De son côté, M. Petersen (de Saint-Pétersbourg) ne croit pas qu'il soit prudent d'accorder immédiatement l'assurance aux sujets qui viennent d'avoir leur première attaque de rhumatisme, car on ne peut alors savoir comment évoluera l'affection; il estime que ce n'est que deux ou trois ans après qu'ils sont acceptables. M. Mauriac trouve même ce délai insuffisant : l'atteinte rhumatismale est une cause d'anémie et celle-ci est susceptible de se traduire elle-même par des bruits de souffle; il faut donc pouvoir s'assurer que ces souffles ne sont pas permanents, ce qui décèlerait leur nature organique. Finalement les conclusions de M. Grosse sont adoptées, mais il est spécifié que, même dans le cas d'attaque unique, ce n'est que si deux ans se sont écoulés sans récidive qu'on pourra accepter le postulant.

II

Les affections de l'appareil respiratoire sont une des causes les plus fréquentes de refus en matière d'assurance sur la vie, et cependant certaines de ces affections, l'asthme par exemple ou même l'emphysème pulmonaire, ne sont pas incompatibles avec une survie prolongée. Aussi plusieurs questions ayant trait à des maladies des organes thoraciques ont-elles retenu assez longuement l'attention du Congrès.

Comment doit-on se comporter à l'égard des *asthmatiques*, se demande M. Mahillon (de Bruxelles)? Il va sans dire qu'il ne saurait être question ici que de l'asthme essentiel, nerveux, et non des diverses dyspnées paroxystiques improprement appelées asthmes symptomatiques; c'est donc là le premier point que devra élucider le médecin expert; parmi les asthmatiques vrais, encore convient-il de distinguer ceux qui sont jeunes, dont les accès sont espacés, qui n'ont dans leurs antécédents héréditaires aucune tare tuberculeuse, qui sont enfin indemnes de tout trouble cardio-vasculaire, et ceux qui ont dépassé quarante-cinq ans, qui sont obèses, artérioscléreux ou emphysémateux, dont les bronches sont constamment encombrées, etc. : les premiers seront acceptables aux conditions habituelles, les seconds, au contraire, devront être refusés.

C'est à des conclusions plus pessimistes qu'arrive M. E. Hirtz (de Paris), dans son rapport sur l'*emphysème*; cette affection ne cache que trop souvent une tuberculose pulmonaire latente, et tout emphysémateux doit être tenu pour suspect. Comment dépister ces tuberculoses cachées? Il est deux signes auxquels le rapporteur attribue à ce point de vue la plus grande valeur; l'un est fourni par la spirométrie : il faut considérer comme mauvais tout emphysémateux qui, à l'examen spirométrique, donne moins de 2,000 c.c.; l'autre est tiré de la mensuration du thorax : sera refusé tout emphysémateux dont le périmètre thoracique, mesuré successivement à l'inspiration forcée et à l'expiration forcée, ne variera pas de 3 centimètres au minimum. Toutefois, le premier de ces signes n'aurait pas une valeur absolue, à en croire M. Norton (de Paris), qui a vu les chiffres *maxima*, à la spirométrie, être fournis par trois tuberculeux, hôtes habituels de sanatoria et fort entraînés aux exercices de gymnastique respiratoire. Les conclusions de M. Hirtz sont cependant adoptées.

III

La tuberculose elle-même, cette grande cause des « sinistres » qu'ont à enregistrer les Compagnies d'assurances, devait trouver grâce aux yeux du Congrès, pour les plus bénignes de ses formes bien entendu; et certes ce n'est pas là la preuve la moins éclatante des tendances libérales que nous signalions en débutant.

Ayant à s'occuper des *anciens pleurétiques*, M. Bourcy (de Paris) commence par mettre dans une classe à part les pleurésies non tuberculeuses, séreuses ou purulentes (ces dernières eussent-elles même nécessité une intervention) : elles constituent des risques parfaitement acceptables, pourvu que la guérison soit complète depuis un laps de temps suffisant. Reste donc l'ancienne pleurésie *a frigore*, la pleuro-tuberculose comme il est plus exact de la nommer. Après avoir rappelé diverses statistiques déjà connues, établissant combien est grande la proportion des anciens pleurétiques qui meurent tuberculeux, le rapporteur cite une statistique personnelle, qu'il a établie d'après les renseignements que lui a fournis la Compagnie d'assurances à laquelle il est attaché; il en résulte que sur 26 anciens pleurétiques ayant succombé à la tuberculose, 16, soit 61 %, ont été emportés moins de dix ans après leur pleurésie. La conclusion qui s'impose, c'est que les risques seront d'autant moins grands que la pleurésie sera plus ancienne; les sujets d'âge mûr seront donc moins suspects que les jeunes, sans compter que ces derniers sont plus exposés, on le sait, aux formes rapides de la tuberculose; les femmes seront particulièrement suspectes en raison de l'aggravation qui pourrait résulter d'une grossesse intercurrente. En somme, l'ancien pleurétique ne sera pas exclu *de plano*, mais l'admission ne pourra être conseillée qu'après un examen minutieux de tous les éléments d'appréciation.

Si la tuberculose de la plèvre, par cela même qu'elle demeure souvent locale, ne constitue pas un obstacle absolu à l'assurance, à plus forte raison en sera-t-il de même pour les déterminations tuberculeuses sur le système osseux, déterminations généralement torpides et dont on peut dans nombre de cas espérer la guérison définitive; et c'est à ce titre que les tuberculoses osseuses et articulaires, voire même les vieilles tuberculoses vertébrales, méritaient d'être étudiées par le Congrès.

Pour ce qui est de la *tuberculose des os et des articulations*, question traitée par M. Poels (de Bruxelles), le rapporteur hésite, en l'absence de documents suffisamment probants, à tirer des conclusions fermes; il estime cependant que dans certains cas la guérison survenue à la

suite d'une exérèse large des foyers morbides pourrait permettre l'assurance à des conditions spéciales. Tel est aussi l'avis de M. Weill-Mantou (de Paris), qui déclare même que, dans la Compagnie à laquelle il est attaché, on accepte depuis 1889, sans surprime, les individus ayant eu une coxalgie de l'enfance, quand ils sont âgés de trente-cinq à quarante ans, et cette manière de faire n'a paru présenter aucun inconvénient.

Pour les *déformations de la colonne vertébrale consécutives au mal de Pott*, la question est plus délicate à résoudre. Le rapporteur, M. Schulthess (de Zurich) avait conclu avec quelques réserves que la cyphose d'origine spondylique était acceptable conditionnellement, c'est-à-dire pour une assurance à terme limité. Le danger, chez les sujets de cette catégorie, résulte non seulement de la possibilité d'un réveil de l'infection tuberculeuse, mais peut-être plus encore des altérations cardio-vasculaires et pulmonaires consécutives à la déformation du thorax. C'est ce double danger que M. Brouardel (de Paris) s'efforce de bien mettre en lumière, et, sur sa proposition, le Congrès adopte une conclusion déclarant que, du fait seul de sa tuberculose vertébrale ancienne, le gibbeux pottique est en état d'infériorité; il ne doit cependant être refusé qu'en cas de difformité gênant le fonctionnement des organes essentiels. C'est à une solution analogue, mais avec moins de réserve, qu'on s'arrête, après avoir entendu le rapport de M. Redard (de Paris), en ce qui concerne les *déformations non tuberculeuses du rachis et du thorax;* ces déformations, si elles ne sont pas trop prononcées, n'entraîneront pas le refus, à moins qu'elles ne soient une cause de gêne pour le fonctionnement des viscères thoraciques.

IV

Des tares aussi graves que les tuberculoses pleurale, articulaire, vertébrale, ayant été considérées par le Congrès comme compatibles dans une certaine mesure avec l'assurance sur la vie, on ne s'étonnera pas que les *lithiases*, tant biliaire que rénale, aient été envisagées sous un jour assez favorable. Le rapport sur la première de ces affections avait été confié à M. Garrigues (de Paris), dont les conclusions étaient cependant assez sévères, puisqu'il proposait l'exclusion définitive ou l'ajournement *sine die* de tout sujet présentant une lithiase biliaire objectivement diagnosticable; pour les cas où la lithiase, en apparence guérie, figurait seulement dans les antécédents du proposant, le rapporteur distinguait deux éventualités : ou bien il n'y avait eu qu'une crise de colique hépatique, et l'acceptation était possible si cette crise remontait à quatre ans au moins; ou bien il y avait eu récidive, et alors M. Garrigues concluait au refus de tout candidat ayant eu soit plusieurs récidives, soit une seule récidive *plus* d'un an après la première atteinte, tandis qu'il acceptait tout candidat n'ayant eu qu'une seule récidive *moins* d'un an après la première crise, cette récidive devant dater de six ans au minimum; le rapporteur déclare en effet que la rechute survenant dans le cours de la première année n'est qu'une sorte de simple prolongation de l'accès primitif; au delà de ce délai, par contre, elle constitue véritablement une récidive. Cette dernière proposition ne semble pas légitime à M. Siredey, qui, très favorable d'ailleurs aux lithiasiques, croit que plus les crises de coliques sont rapprochées, plus elles offrent de tendance à la récidive continue; à son avis, la lithiase biliaire est trop rarement une cause de mort pour qu'elle justifie le refus d'un individu sans autre tare; une intervention chirurgicale antérieure sur les voies biliaires ne lui paraît même pas un élément d'aggravation du pronostic, car les opérations de ce genre entraînent souvent une guérison radicale. M. Rochard (de Paris) fait quelques réserves à cet égard; si une intervention a été pratiquée, c'est qu'il y a eu infection des voies biliaires, et on ne peut savoir si un réveil de cette infection ne nécessitera pas une nouvelle opération; en tout cas un délai de trois ou quatre ans au moins, avec bonne santé générale, doit s'être écoulé depuis l'intervention pour que le risque soit acceptable. De son côté, M. Mauriac insiste sur les troubles digestifs persistant parfois après une seule crise lithiasique, et qui sont un élément d'aggravation du pronostic. Par contre, MM. Serra, Brouardel, Petersen, etc., déclarent partager l'opinion de M. Siredey, et finalement, sur la proposition de M. Weill-Mantou, on décide que les antécédents de lithiase biliaire dans un passé éloigné ne constituent pas un motif d'ajournement, si tous les organes sont sains, et qu'un sujet ayant subi une opération depuis quatre ans, et guéri, est également acceptable.

Pour la *lithiase rénale*, la discussion a été moins ardue. Le rapporteur, M. Gillet (de Paris), concluait à l'admission des individus ayant des antécédents de lithiase rénale, notamment de colique néphrétique, sans récidive depuis trois à cinq ans, pourvu que ces accidents n'eussent nécessité aucune opération; les sujets opérés, au contraire, devaient être refusés, sauf toutefois dans le cas de simple néphrotomie, avec ou sans lithotomie. M. Descoust (de Paris) se déclare plus sévère pour les sujets qui, à la suite de leur crise de colique, n'ont pas expulsé de calcul ni eu de débâcle urique, car chez eux la cause du mal subsiste et peut même s'aggraver; il est au contraire très favorable à l'admission des individus, même ayant eu plusieurs accès, qui sont débarrassés de leur pierre. Les conclusions du rapporteur sont adoptées, sauf la partie concernant les néphrotomisés qui est combattue par M. Mauriac, et il est décidé que toute opération antérieure, quelle qu'elle soit, doit entraîner le refus.

V

Si ce sont là les principales affections dont le Congrès a eu à s'occuper, il est cependant deux questions encore qu'il nous paraît intéressant de signaler, parce qu'elles touchent de près à la pratique médicale : ce sont celles de l'obésité et de la grossesse, au point de vue de l'assurance sur la vie.

Le rapport présenté par M. Norton sur l'*obésité* a surtout mis en lumière l'insuffisance de nos connaissances touchant l'influence de divers facteurs, tels que la race, qui peuvent intervenir dans le développement de l'adipose; un autre point obscur concerne la limite de l'obésité : le rapporteur propose de considérer comme obèse tout individu dont le tour de taille est supérieur au périmètre thoracique. A cette règle, M. Poels objecte le cas d'un homme qu'il a vu récemment et qui, pour une taille de 1 m. 72, pesait 98 kilos : c'était donc manifestement un obèse; or le périmètre thoracique n'excédait pas le tour de taille; l'un et l'autre mesuraient 106 centimètres. M. Florschütz (de Gotha) fait connaître la moyenne qu'il a adoptée : quand le quotient obtenu en divisant la hauteur du sujet par la différence entre le double du tour de taille et la hauteur elle-même est de 5 ou au-dessus, il n'y a pas obésité; s'il est de 4, l'obésité est moyenne; lorsqu'il s'abaisse à 3, l'obésité est grave et le proposant est refusé (1). M. Mahillon croit plus simple de s'en tenir à la formule ancienne, à savoir qu'il y a obésité quand le tour de taille est supérieur à la moitié de la stature. Mais ce n'est pas tout; question de degré mise à part, tous les obèses ne se ressemblent pas, dit M. Mauriac, qui attire l'attention sur la différence qu'offrent, au point de vue du pronostic, les obèses à graisse localisée à la couche cellulaire sous-cutanée et ceux qui ont de la surcharge graisseuse des viscères; et M. Brouardel confirme le bien fondé de cette remarque en déclarant que chez nombre de sujets jeunes, particulièrement du sexe féminin, qui présentent un embonpoint notable, l'autopsie montre que les organes n'offrent pas trace de surcharge adipeuse. Finalement, la question est laissée en suspens, et renvoyée à l'examen du prochain Congrès.

Quant à la *grossesse*, M. L. Tissier (de Paris), se basant sur ce que l'assurance sur la vie est une assurance à long terme, et que dès lors il n'y a pas urgence à conclure un contrat qui peut tout aussi bien n'être signé que quelques mois plus tard, avait émis l'avis, en raison des dangers inhérents à l'état de gravidité, surtout pour les primipares, et de la difficulté d'un examen viscéral minutieux chez une femme enceinte, d'ajourner les femmes enceintes jusqu'après la délivrance. M. Weil-Mantou adopte ces conclusions en ce qui concerne les primipares; pour les multipares, on peut, croit-il, se montrer plus favorable, à condition que le ou les accouchements antérieurs se soient normalement passés, et en tenant compte des conditions sociales de la postulante. Mais M. Sven Palme fait connaître qu'en Suède on accepte généralement les femmes enceintes; quelques Compagnies seulement ajournent les primipares, ou stipulent qu'en cas de décès au cours de la grossesse ou de l'accouchement l'assurance sera annulée. Au reste, quelle raison peut-on invoquer pour refuser les femmes gravides, puisque toute femme nubile, que l'on accepte sans difficulté, peut être considérée comme en imminence de grossesse? M. Salomonsen (de Copenhague) fait une déclaration analogue; tout au plus pourrait-on ajourner les femmes ayant dépassé le sixième mois, ou ayant eu antérieurement des couches difficiles. L'opinion de M. Sven Palme est appuyée par la généralité des congressistes allemands et scandinaves, et, sur la proposition de M. Poels, on conclut à l'admission de toute femme enceinte normalement constituée, quitte aux Compagnies à prendre telles mesures qu'elles jugeront utiles pour se mettre à l'abri de la spéculation.

Un dernier point vaut d'être brièvement signalé. Dans son rapport sur l'*intervention des spécialistes et les examens spéciaux dans l'assurance sur la vie*, M. Weill-Mantou arrivait à la conclusion très modérée que l'intervention du spécialiste n'était justifiée que si des symptômes particuliers attiraient l'attention sur un organe déterminé, ajoutant que les examens gynécologiques ne doivent pas faire exception à la règle commune. Cette dernière proposition a été vivement combattue par M. Mahillon, qui juge l'examen gynécologique indispensable dans tous les cas, en raison de la facilité pour une femme qui veut contracter une assurance de dissimuler une affection de la sphère génitale. Mais il y a alors fausse déclaration, fait observer M. Siredey, et c'est là un motif d'annulation du contrat; les intérêts des Compagnies sont donc sauvegardés sans qu'il soit nécessaire d'imposer à la postulante un examen qui souvent la détournera de l'assurance et qui, pratiqué par un médecin peu expérimenté, pourra n'être pas sans danger. Aussi les conclusions de M. Weill-Mantou sont-elles adoptées.

En somme, pour qui a, comme nous, suivi au jour le jour les travaux de ce Congrès, l'impression qui se dégage est que les médecins des Compagnies d'assurances tendent à ouvrir

(1) Ce qui revient à dire plus simplement que, chez l'individu normal, le tour de taille ne doit pas excéder les trois cinquièmes de la stature; qu'en cas d'obésité moyenne il atteint les cinq huitièmes, et dans l'obésité grave les deux tiers de la taille.

Soit en effet H la stature et C le tour de taille; dans le premier cas nous avons

$$\frac{H}{2C - H} = 5, \quad \text{d'où} \quad C = \frac{6}{10} H.$$

Dans le second,

$$\frac{H}{2C - H} = 4, \quad \text{d'où} \quad C = \frac{5}{8} H.$$

Dans le troisième,

$$\frac{H}{2C - H} = 3, \quad \text{d'où} \quad C = \frac{4}{6} H.$$ — F. F.

de plus en plus largement la porte de l'assurance sur la vie à des malades qui, il y a peu d'années encore, semblaient devoir être à tout jamais exclus de ce mode de prévoyance. Il est vrai que jusqu'ici n'ont été admis que des sujets assez faiblement tarés pour que le pronostic *quoad vitam* ne fût pas notablement assombri du fait seul de la tare. Mais il est permis de supposer que les choses n'en resteront pas là : l'invitation a été faite aux actuaires, dont la collaboration est en pareille matière indispensable, d'établir des tables de mortalité spéciales pour les risques tarés, et il se peut qu'on reconnaisse de la sorte la possibilité d'assurer, dans des conditions qu'il conviendra alors de déterminer, certains individus dont l'existence est plus directement menacée.

Quoi qu'il advienne à cet égard, on peut d'ores et déjà considérer le Congrès de Paris comme ayant fourni des indications qui, en dehors de leur utilité incontestable au point de vue particulier de l'assurance sur la vie, offrent encore un intérêt d'ordre plus général, car elles constituent des contributions au pronostic éloigné de diverses affections chroniques d'observation courante.

Dr F. Farnarier (de Paris).

BULLETIN

Le nombre des étudiants en médecine français et étrangers inscrits en 1903 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France.

Ainsi qu'on pourra le voir en se reportant au tableau ci-dessous, dressé d'après les relevés officiels des étudiants inscrits au 15 janvier de chaque année dans les Facultés et Ecoles de médecine de France, le nombre des étudiants en médecine, tant français qu'étrangers, a subi cette année encore une nouvelle diminution :

Années.	Français.	Etrangers.
1895	7.779	1.137
1896	7.319	1.054
1897	7.338	979
1898	7.408	908
1899	7.429	840
1900	7.413	817
1901	7.197	881
1902	7.118	764
1903	6.960	585

Cette diminution, qui ne paraît pas très considérable, si l'on ne compare que les chiffres de cette année avec ceux de l'an passé, devient très sensible quand on se reporte à neuf années en arrière; on trouve alors qu'elle est de 819 pour les Français et de 552 pour les étrangers, ce qui représente, en chiffres ronds, un abaissement d'un dixième pour le premier groupe et de la moitié pour le second.

Abstraction faite des étudiants français, nous avons donc perdu en l'espace d'un peu moins de dix ans 48.5 % des étudiants étrangers. Cet état de choses est dû à deux causes principales, sur lesquelles nous avons insisté à maintes reprises : les nouveaux règlements universitaires et la mauvaise répartition des élèves. Ces deux causes se sont fait jour à peu près à la même époque : c'est en 1895-1896, en effet, que pour la première fois on a exigé, en vue de l'inscription dans les Facultés de médecine, la présentation du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles; c'est à partir de 1896 que, afin d'éviter l'encombrement de la Faculté de Paris, on a assigné à un plus grand nombre d'étrangers une des Facultés de province comme établissement d'études.

Ces dispositions nouvelles étaient la conséquence du mouvement protectionniste qui a régné en France, il y a une quinzaine d'années; elles ont eu pour effet d'éloigner de la France nombre de jeunes gens qui y seraient venus si les règlements universitaires de 1893 ne les en avaient pas détournés. On pourra se rendre compte du mal que nous signalons en lisant avec soin le tableau que voici, où sont portés les chiffres annuels des étudiants étrangers d'après leurs pays respectifs :

	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903
Afrique et îles africaines	22	19	15	16	21	17	15	15
Allemagne	16	22	32	34	23	25	18	11
Alsace-Lorraine	8	»	»	»	9	20	1	1
Amérique centrale	12	»	12	14	8	7	8	9
— du sud	35	40	19	18	15	18	16	15
Antilles	30	29	22	14	18	12	11	10
Autriche-Hongrie	8	5	6	8	12	8	4	1
Belgique	8	10	6	6	7	5	1	4
Brésil	6	5	6	8	8	4	5	8
Bulgarie	147	158	152	147	132	123	101	76
Canada	3	»	1	2	3	2	2	1
Danemark	1	»	»	»	»	»	»	»
Egypte	12	8	9	14	11	10	10	11
Espagne	6	5	6	6	8	6	6	5
Etats-Unis	14	10	6	4	5	4	6	4
Grèce	45	40	44	34	38	38	36	32
Guyane	1	1	1	»	»	»	»	»
Haïti	»	»	»	»	»	»	»	1
Iles-Britanniques	17	11	12	15	10	12	11	12
Italie	11	13	9	13	11	8	2	2
Luxembourg	12	10	9	8	6	4	4	2
Mexique	7	7	3	»	3	3	3	2
Pays-Bas	3	4	4	4	6	6	3	5
Perse	5	5	4	4	3	2	4	5
Portugal	9	10	9	7	4	8	3	2
Roumanie	108	97	81	76	74	61	65	59
Russie	314	280	263	226	228	333	308	171
Serbie	6	6	7	6	6	4	4	4
Siam	»	»	»	»	»	»	»	1
Suède et Norvège	2	2	3	3	3	3	2	2
Suisse	33	28	29	22	21	23	15	14
Tunisie	2	2	»	3	3	2	2	3
Turquie	151	151	138	131	121	118	98	97
Totaux	1 054	978	908	840	817	881	764	585

Ainsi donc, pour ne prendre que les quatre pays qui envoyaient en France le plus fort contingent d'étudiants, nous voyons que trois d'entre eux, la Russie, la Bulgarie et la Roumanie, ont diminué de près de moitié et que la Turquie a baissé d'un bon tiers.

En dehors des aveux qui nous ont été faits antérieurement soit par des élèves eux-mêmes soit par leurs familles, la preuve que la diminution des étudiants étrangers tient en partie à la rigueur du régime d'études, c'est que, sur les 585 inscrits de cette année, 329 postulent le diplôme *universitaire* de docteur en médecine, pour lequel on n'exige pas le P. C. N. C'est dire que l'enseignement médical français est partout et toujours apprécié, puisqu'il s'agit ici d'un diplôme qui ne donne pas le droit de pratique en France; aussi n'y-a-t-il rien d'étonnant à voir le nombre des candidats de cette catégorie augmenter chaque année depuis l'institution du diplôme de cet ordre : 206 en 1900, 235 en 1901, 299 en 1902, 329 en 1903.

Nous avons toujours admis volontiers qu'il est indispensable que tout aspirant au diplôme *d'Etat* de docteur en médecine, qu'il soit Français ou étranger, soit tenu de justifier des mêmes grades pour se faire immatriculer, mais ce principe de stricte légalité une fois accepté, il est non moins nécessaire que l'étranger jouisse de la même liberté que le postulant national et qu'il ait le droit absolu de faire ses études auprès de la Faculté qui lui convient le mieux. Le jour où nos autorités scolaires reviendront à l'application de ce principe essentiel et prendront les dispositions voulues pour que l'enseignement médical reste ouvert à nos amis de l'étranger là même où ceux-ci tiennent à le recevoir, on verra de nouveau la jeunesse étrangère accourir en France, car si les progrès de la science font éprouver le besoin d'une langue universelle, tous les esprits impartiaux reconnaissent la nôtre comme telle, même en ce qui touche à la littérature scientifique. A cet égard, nous pouvons citer l'opinion exprimée par un auteur russe, M. J. Novicov, qui, dans un livre tout récent intitulé : *L'expansion de la nationalité française; coup d'œil sur l'avenir*, déclare nettement que « l'Allemagne l'emporte probablement par la quantité, mais la France reprend l'avantage par la qualité ». Cette vérité s'applique aussi bien « aux livres scientifiques français » qu'à l'enseignement français, et les générations de médecins étrangers formés à l'Ecole de Paris durant tout le siècle dernier et qui ont essaimé sur tous les points du globe sont, de par l'œuvre scientifique que beaucoup d'entre eux ont accomplie et la place éminente qu'ils ont occupée ou occupent encore dans leurs pays respectifs, une preuve incontestable de la valeur de notre enseignement médical.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 26 mai et 2 juin 1903.

Blessure par arme à feu de la région rolandique gauche.

M. Nimier (médecin militaire) communique l'observation d'un homme qui, à la suite d'un coup de feu au niveau de la région pariétale gauche, fut atteint d'une hernie de la substance cérébrale avec aphasie et hémiplégie du côté droit. On se borna à enlever les nombreuses petites esquilles situées au niveau de la perte de substance du crâne et à appliquer sur la plaie des compresses d'eau bouillie. Plus tard on soumit le blessé à des séances de mobilisation passive de toutes les articulations des membres paralysés, en même temps qu'à des séances de rééducation de la parole.

Sous l'influence de ce traitement, l'aphasie a presque entièrement disparu et la motilité des membres a également été récupérée, mais d'une façon incomplète. On doit donc admettre, étant donné que la destruction de l'écorce a été totale du côté gauche, au niveau de la zone sensitivo-motrice, que c'est grâce à l'éducation de sa zone rolandique droite que le blessé a retrouvé, au moins en partie, l'usage de la parole et des membres du côté droit.

Paralysies traumatiques des muscles de l'œil.

M. de Lapersonne lit une note de laquelle il résulte qu'à côté des paralysies oculaires déterminées par une altération intracrânienne ou par une lésion de la fente sphénoïdale, il faut distinguer des paralysies traumatiques dues à des épanchements sanguins dans les gaines musculaires de l'œil. Ces paralysies intéressent toujours les muscles de l'élévation ou de l'abaissement du globe oculaire et guérissent ordinairement d'elles-mêmes, sauf dans les cas où elles ont entraîné des altérations névritiques. On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, l'intérêt que présente, au point de vue du diagnostic des fractures du crâne, la connaissance des paralysies de cette nature.

M. Delanglade (de Marseille) relate l'observation d'un enfant de six ans chez lequel il a substitué la clavicule à la moitié supérieure de l'humérus qui avait dû être réséquée pour un ostéosarcome.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1903.

Ablation esthétique des adénomes mammaires par l'incision axillaire.

M. Demoulin fait un rapport sur le procédé d'ablation des tumeurs bénignes du sein au moyen d'une incision dissimulée dans le creux de l'aisselle, récemment imaginé par M. Morestin (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 410).

M. Guinard. — J'ai vu dans mon service plusieurs malades opérées par M. Morestin à l'aide de ce procédé; les résultats m'ont paru si favorables que j'ai eu moi-même recours à l'incision axillaire pour enlever un adénome du sein, et j'ai pu constater que l'extraction des petites tumeurs mammaires se faisait très facilement par cette voie. Quant à l'incision transversale sus-pubienne, que notre collègue a employée pour certaines laparotomies (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 80), je ne la trouve pas aussi satisfaisante, d'après ce que j'ai eu l'occasion d'observer.

M. Reclus. — Dans les cas où l'on a affaire à de volumineux adénofibromes mammaires, je crois qu'il n'est guère possible d'en pratiquer l'ablation par la voie axillaire, et, dans ces conditions, si la malade n'accepte pas une opéra-

tion devant laisser une cicatrice plus ou moins apparente, l'abstention me paraît préférable.

M. Quénu. — Je ne saurais trop m'élever contre l'opinion que M. Reclus vient de formuler et qui peut, à mon avis, avoir des conséquences désastreuses. Je ne pense pas, en effet, qu'on doive jamais conseiller l'abstention en présence d'une tumeur bénigne du sein, dont il faut toujours craindre la transformation maligne, sans qu'il soit possible de constater à temps le moment où cette transformation commence. Il est d'ailleurs facile de pratiquer l'ablation d'une tumeur mammaire, même très volumineuse, par une incision dissimulée, en suivant le sillon sous-mammaire, par exemple.

M. Reclus. — J'estime que, malgré les considérations exposées par M. Quénu, on ne peut agir sans la volonté des malades et de leur famille.

M. Walther. — La seule objection que l'on puisse faire à l'incision axillaire de M. Morestin, pour l'ablation des petites tumeurs du sein, réside dans la difficulté d'enlever d'une façon suffisamment complète certaines de ces tumeurs, y compris leur capsule, sans les avoir sous les yeux; l'incision sous-mammaire me semble donc préférable et elle me paraît très suffisamment esthétique au point de vue des exigences mondaines.

M. Monod. — Pour une tumeur ganglionnaire de la région parotidienne, j'ai utilisé l'incision rétro-auriculaire proposée par M. Morestin et le résultat a été excellent.

M. Delbet. — Les incisions lointaines ne donnent pas toujours toute satisfaction. J'ai eu, pour ma part, l'occasion de voir, dans mon service de Bicêtre, M. Dollinger (de Budapest) faire une incision lointaine, dans la portion du cuir chevelu la plus voisine de la région parotidienne, pour enlever une tumeur de cette région; je dois dire que notre confrère n'a pu réussir à extirper cette tumeur par la voie qu'il préconise, et qu'il a dû recourir à la voie directe que nous employons tous.

M. Ricard. — J'ai eu recours dans un cas à l'incision rétro-auriculaire pour enlever une tumeur parotidienne; je pus, non sans quelque difficulté, énucléer la tumeur, mais le soir je constatai l'existence d'une paralysie faciale, qui persista. Malgré ma conviction de n'avoir pas coupé le nerf facial, je formulai la nécessité d'agir par une incision directe, de façon à vérifier l'état du nerf; M. Walther, qui voulut bien se charger de cette recherche, constata que le nerf avait été seulement contusionné.

M. Walther. — J'ai mis plus d'une heure à trouver le nerf facial et j'ai pu m'assurer qu'il n'était pas coupé, mais manifestement altéré par les tractions exercées lors de l'intervention précédente; la paralysie est, d'ailleurs, en voie d'amélioration.

M. Sébileau. — Je crois qu'il est bien peu de tumeurs parotidiennes qui soient justiciables de l'ablation par les incisions éloignées; celles-ci me semblent indiquées tout au plus pour de petites tumeurs très superficielles de la région parotidienne.

Traitement de la gangrène pulmonaire.

M. Bazy. — J'ai eu l'occasion d'intervenir dans plusieurs cas de gangrène pulmonaire, où les signes stéthoscopiques m'avaient permis de déterminer avec une précision suffisante le siège des lésions. Dans un cas, cependant, l'opéré a fini par succomber malgré l'ouverture d'un foyer gangreneux, et l'on a constaté à l'autopsie l'existence d'un second foyer, qui n'avait pas été évacué; un autre malade, alcoolique, est mort un mois après l'opération. En revanche, plusieurs guérisons ont été le résultat de mes interventions; dans un cas j'ai dû faire deux opérations successives, à quelques mois d'intervalle, et j'ai fini par obtenir une guérison complète, qui date actuellement de dix-huit mois.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mai 1903.

Inconvénients des injections préventives de sérum antidiphtérique dans la rougeole.

M. Variot. — Malgré ses avantages incontestables, l'emploi systématique des injections préventives de sérum antidiphtérique présente quelques inconvénients sur lesquels il convient d'attirer l'attention.

Je signalerai d'abord les érythèmes variés, localisés ou généralisés, qui se montrent à la suite de ces injections; j'en ai observé 73 cas sur 230 enfants qui sont entrés, depuis le 1er janvier, au pavillon de la rougeole de l'hôpital Trousseau, et qui tous avaient reçu préventivement 5 ou 10 c.c. de sérum antidiphtérique. Dans 29 cas ces érythèmes se sont accompagnés d'une hyperthermie qui a oscillé de 39° à 41°; 8 autres enfants ont eu consécutivement aux injections une élévation de température sans érythème concomitant. Enfin, une fillette de deux ans, atteinte de rougeole franche, a succombé à un phlegmon diffus de la paroi abdominale développé à l'endroit où avait été pratiquée l'injection de sérum. L'autopsie de cette petite malade est restée négative et l'enquête que j'ai faite dans le service a démontré que les précautions habituelles avaient été prises pour assurer l'asepsie de l'injection; il me semble donc vraisemblable d'admettre que la mort ne peut être imputable, dans ce cas, qu'à un échantillon de sérum accidentellement septique. Je crois, en outre, en m'appuyant sur la proportion élevée des érythèmes que j'ai observés (32 %), que le sérum antidiphtérique est mal supporté par les rougeoleux et que, pour éviter le retour des accidents que je viens de signaler, il conviendrait de renoncer à injecter préventivement tous les enfants atteints de rougeole et à restreindre cette pratique aux seuls enfants dont un examen minutieux du pharynx et du larynx aura démontré qu'ils sont suspects de diphtérie.

M. Barbier insiste sur la nécessité de pratiquer des injections préventives de sérum antidiphtérique à tous les enfants, sans exception, atteints de rougeole, lorsque ces enfants sont traités en commun ou lorsqu'il y a eu un ou plusieurs cas de diphtérie dans leur famille.

Les inconvénients de la sérothérapie sont, en effet, insignifiants si on les compare aux avantages qu'elle procure; le cas de mort observé par M. Variot est un fait exceptionnel : sur plus de 1,000 injections préventives de sérum antidiphtérique qu'il a pratiquées, l'orateur déclare qu'il n'a observé que quatre ou cinq petits abcès imputables au sérum, qui toujours sont restés locaux et n'ont jamais entraîné la moindre altération de la santé générale. En adoptant la ligne de conduite tracée par M. Variot, on s'exposerait à de cruels mécomptes, car on voit beaucoup d'enfants qui sont en puissance de diphtérie et qui meurent brusquement dans un accès de suffocation, sans avoir présenté de manifestations diphtériques du côté de la gorge.

M. Comby se rallie à l'opinion de M. Barbier; il considère les injections préventives de sérum antidiphtérique comme absolument inoffensives, aussi bien dans la rougeole que dans toute autre maladie. A la vérité, ces injections sont quelquefois suivies d'érythèmes variés, mais dans une proportion beaucoup moins élevée que ne l'a indiqué M. Variot; cette proportion, de l'avis de presque tous les auteurs, ne dépasse pas 14 ou 16 %.

M. Netter dit avoir pratiqué près de 5,000 injections préventives de sérum antidiphtérique chez des sujets atteints de rougeole, sans aucun inconvénient sérieux; il déclare, en outre, que les érythèmes consécutifs à ces injections ne sont pas plus fréquents chez ces malades que chez ceux qui sont atteints d'autres affections, mais il reconnaît que ces érythèmes se sont montrés plus souvent cette année que les années précédentes, ce qui tient sans doute à quelque modification du sérum livré actuellement au commerce.

Quant au cas de mort observé par M. Variot, il lui semble beaucoup plus rationnel de l'attribuer à une insuffisance de désinfection de la peau de l'enfant qu'à un état d'impureté du sérum employé.

M. Simonin (médecin militaire) déclare avoir observé 2 fois des abcès à la suite d'injections de sérum. Le pus de l'un de ces abcès contenait des pneumocoques et l'autre des streptocoques : dans l'un et l'autre cas le sérum était resté étranger au développement de la suppuration.

Des splénomégalies méta-ictériques.

M. P. Lereboullet. — Nous avons observé, M. Gilbert et moi, un certain nombre de malades atteints de cette variété de splénomégalie méta-ictérique, qu'il ne faut pas confondre avec la splénomégalie primitive. Il s'agit de sujets présentant en général des antécédents biliaires, héréditaires ou personnels, et ayant eu un ictère plus ou moins longtemps avant l'examen qui révèle la splénomégalie. Cet ictère, dans la majorité des cas, a été intense et a duré plusieurs mois; puis, complètement remis en apparence, les patients gardent une splénomégalie latente qui n'est constatée qu'à l'occasion d'un autre symptôme (dyspepsie, hématémèse, albuminurie, etc.). On remarque souvent alors, outre cette splénomégalie très variable et qui peut être considérable, une teinte pâle ou jaunâtre des téguments (teint cholémique) avec ou sans pigmentations surajoutées, des urines légèrement urobiliniques, un sérum nettement cholémique (du moins dans la majorité des cas). D'autres symptômes peuvent se rencontrer, superposables à ceux que l'on note dans la cholémie familiale et dans les diverses affections qui composent la famille biliaire (dyspepsie, rhumatisme, albuminurie, neurasthénie, etc.). Parmi eux, les hémorrhagies gastro-intestinales sont particulièrement importantes à signaler; elles donnent lieu à la symptomatologie du pseudo-ulcère stomacal et peuvent, parfois, être mortelles.

C'est cet ensemble de symptômes qui permet le diagnostic d'avec les splénomégalies primitives, l'anémie splénique et la maladie de Banti, la lymphadénie splénique, les tumeurs de la rate, les splénomégalies tuberculeuses.

Les lésions que nous avons constatées chez un malade qui a succombé expliquent les symptômes observés. Dans ce cas, où la mort survint du fait d'hématémèses dues à une varice stomacale rompue, le foie, quoique d'apparence normale et non hypertrophié, présentait des lésions d'angiocholite scléreuse très nettes; les ramifications portales et artérielles étaient saines, mais dans les espaces, du fait de l'épaississement du canal biliaire, la veine était partiellement aplatie et avait le plus souvent une forme en croissant, témoignant de la compression exercée par le canal biliaire. Cet aplatissement expliquait l'hypertension portale, à laquelle étaient dues et la splénomégalie et les hématémèses. La splénomégalie était dans ce cas certainement la conséquence de la congestion passive, comme le prouvent et sa rétrocession du fait des hématémèses, et ses lésions anatomiques, et l'examen bactériologique qui a montré l'infection du tissu hépatique et, au contraire, la stérilité de la pulpe splénique.

Les splénomégalies méta-ictériques sont donc sous la dépendance d'une angiocholite primitive. Les lésions, l'examen bactériologique concordent pour en faire admettre l'existence. Cette angiocholite s'est accompagnée d'ictère initial ayant disparu secondairement; ce caractère mis à part, les splénomégalies méta-ictériques ne diffèrent pas de l'ictère splénomégalique, lequel est permanent. On peut en rapprocher également certaines splénomégalies anté-ictériques, où l'angiocholite a entraîné la splénomégalie antérieurement à l'ictère, et certaines splénomégalies anictériques où l'angiocholite évolue sans s'accompagner, à aucun moment, d'ictère. Toutes ces splénomégalies, rattachées les unes aux autres par des transitions, prouvent la fréquence de l'origine biliaire des splénopathies et établissent le rôle considérable de l'hypertension portale dans leur production.

Maladie de Paget et syphilis.

M. Ménétrier relate les observations de deux hommes offrant les déformations osseuses bien connues de la maladie de Paget, et qui tous deux étaient manifestement d'anciens syphilitiques. Une autre particularité sur laquelle l'orateur attire l'attention, c'est que ces deux malades présentaient des lésions très accusées de sclérose artérielle, non seulement des principaux viscères, mais encore des os. Quant à l'altération osseuse elle-même, elle consistait en une transformation à peu près complète du tissu compact en tissu spongieux.

Se basant sur ces considérations, en même

temps que sur l'identité presque absolue des déformations des os — du tibia en particulier — dans la syphilis héréditaire et dans la maladie de Paget, l'orateur estime que cette dernière affection est très vraisemblablement d'origine syphilitique.

Cirrhose hépatique tuberculeuse expérimentale.

M. Bezançon présente, en son nom et au nom de M. Griffon, des pièces anatomiques relatives à deux cas de cirrhose tuberculeuse expérimentale du foie, observée chez des cobayes inoculés sous la peau avec des produits tuberculeux humains de virulence atténuée : il existait une tendance manifeste à l'atrophie du foie dans un de ces cas et une ascite considérable dans l'autre; la cirrhose offrait le type hypertrophique sans ascite.

L'examen cytoscopique du liquide ascitique a décelé exclusivement des lymphocytes et des globules rouges, comme dans la pleuro-tuberculose humaine.

Ces faits viennent donc à l'appui de l'opinion des auteurs qui assignent une origine tuberculeuse à la cirrhose.

Présence du bacille diphtérique dans certains cas d'angine de Vincent.

M. Gallois communique, en son nom et au nom de M. Courcoux, les observations de quatre malades atteints d'angine de Vincent, chez lesquels on a constaté, par la mise en culture des exsudats pharyngés, outre les spiro-fibrilles caractéristiques de cette affection, des bacilles diphtériques.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 13 et 20 mai 1903.

Sur la gastrosucorrhée.

M. Albu fait une communication dans laquelle il établit tout d'abord que, contrairement à l'opinion de M. Boas et de ses élèves, la présence d'une certaine quantité de suc gastrique dans l'estomac, à l'état de jeûne, est une manifestation pathologique; mais plus fréquemment encore, c'est à la suite de l'ingestion des aliments que la gastrosucorrhée se produit : la question se pose alors de savoir s'il faut, ainsi que le voulait Reichmann, considérer ce phénomène comme une entité morbide. L'orateur ne le pense pas; la gastrosucorrhée peut en effet coexister avec diverses autres affections gastriques : avec l'atonie de l'estomac, se traduisant par du clapotement; avec la gastrectasie — qu'elle soit due à une simple sténose ou à une tumeur maligne —, et dans les cas de ce genre c'est la rétention d'une partie des *ingesta* qui provoque l'exagération de la fonction sécrétoire de l'estomac; avec l'*ulcus simplex*, enfin, qui, par l'état de pylorospasme qu'il crée, réalise, comme dans l'éventualité précédente, une rétention progressive des aliments.

Indépendamment de la gastrosucorrhée continue, il faut encore envisager une modalité intermittente de ce trouble : des individus ordinairement bien portants sont pris subitement de douleurs gastriques plus ou moins violentes suivies de vomissements; les accès se répètent pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre pour un temps parfois très long. Cette forme rare de gastrosucorrhée est souvent un symptôme de début de tabes, et ne représente en somme qu'une crise gastrique de cette affection; mais parfois aussi elle est sous la dépendance d'une sténose *relative* du pylore, ne mettant qu'incomplètement obstacle à l'évacuation de l'estomac, et c'est alors l'accumulation des résidus laissés par chaque repas qui provoque la crise, quand ces résidus ont atteint une quantité suffisante.

Dermatite ulcéreuse provoquée par le bromoforme.

M. Ledermann communique l'observation d'un coqueluchеux qu'il a traité par le bromoforme, à doses appropriées à l'âge du petit malade. Cette médication ne tarda pas à faire apparaître de l'acné, dont on ne crut pas devoir se préoccuper d'ailleurs, car les éruptions de ce genre cèdent généralement d'elles-mêmes. Mais au quatorzième jour de la cure se développèrent sur les deux jambes des vésicules qui bientôt s'ulcérèrent, donnant naissance à des pertes de substance profondes et cratériformes; le traitement consista — outre la suppression du bromoforme — en applications d'acétate d'alumine.

La syphilis et la tuberculose cutanées, seules causes possibles d'erreur, étant sûrement à éliminer dans ce cas, l'orateur pense qu'il s'agissait d'une dermopathie due à l'action du composé bromé.

M. Ritter dit avoir employé dans environ 4,000 cas la médication bromoformée et n'avoir observé que 7 fois des accidents du côté de la peau.

Exostoses multiples et chondrosarcome.

M. Borchardt montre un jeune homme de vingt ans, présentant au niveau des malléoles, de l'épiphyse supérieure du tibia, de l'extrémité inférieure du fémur et des têtes des phalanges de nombreuses exostoses cartilagineuses symétriques. En outre, il porte, à l'épaule droite, une très volumineuse tumeur, allant du milieu de la clavicule jusqu'à l'extrémité distale de l'humérus, et dont la partie inférieure, d'une dureté osseuse, paraît être un chondrome, tandis que le pôle supérieur, de consistance molle, presque kystique, est vraisemblablement constitué par un myxosarcome. Le patient n'a pas accepté l'amputation interscapulo-thoracique qui lui a été proposée.

Tuberculose d'inoculation chez l'homme.

M. Lassar relate l'observation d'un médecin qui, au cours de recherches sur la tuberculose des bovidés, s'inocula accidentellement au dos de la main, par de petites excoriations, du mucus d'animaux infectés; à ce niveau ne tardèrent pas à se développer des nodules typiques de tuberculose cutanée.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 18 mai 1903.

Le traitement chirurgical des abcès pulmonaires.

M. Karewski fait une communication sur l'intervention chirurgicale dans les cas d'abcès du poumon, notamment au point de vue des résultats éloignés de ces opérations.

En ce qui concerne les causes de ces abcès, l'orateur estime que, contrairement à l'avis de nombre de médecins, ils sont fréquemment consécutifs à la pneumonie : 5 cas sur 14 qu'il a observés reconnaissaient une pareille origine. La pneumonie grippale peut assez souvent aussi être incriminée (4 cas); les abcès qui en résultent sont d'ordinaire multiples et n'offrent que peu de tendance à la guérison spontanée par évacuation dans les bronches. Une autre classe d'abcès pulmonaires est constituée par les collections purulentes dues à la présence de corps étrangers; l'extraction de ces derniers — condition indispensable à la guérison — offre de grandes difficultés; on ne connaît jusqu'ici que 2 faits où elle ait pu être exécutée. Quant aux abcès par embolie septique, ils sont très graves; M. Tuffier, sur 6 cas, n'a compté que 4 guérisons; de 2 malades de ce genre qu'a opérés M. Karewski, l'un a succombé. Par contre, les abcès dus à la propagation de lésions de voisinage (suppurations hépatiques, vertébrales, médiastinales) ont un pronostic favorable : sur 3 cas, l'orateur a eu 3 succès opératoires; un des patients a ultérieurement succombé à un abcès cérébral.

En ce qui concerne les indications opératoires, M. Karewski estime qu'on peut espérer la guérison spontanée tant qu'il s'agit d'individus jeunes, et si l'abcès est petit quand il siège au sommet, de moyen volume lorsqu'il occupe une base; mais si l'évacuation spontanée tarde à se faire, ou si, après qu'elle s'est faite, tous les symptômes ne disparaissent pas, il faut intervenir. Le pronostic est d'autant plus favorable que l'opération est plus précoce; aussi l'orateur insiste-t-il sur la nécessité d'intervenir de bonne heure, à un moment où l'état général est encore bon, et où les parois de l'abcès sont assez souples pour pouvoir revenir sur elles-mêmes et assurer l'oblitération de la cavité. L'absence d'adhérences n'est pas une contre-indication; du reste, on peut facilement provoquer en trois ou quatre jours la formation d'adhérences, en fixant le poumon à la paroi au moyen de soie térébenthinée.

L'orateur déclare en terminant que, parmi les malades qu'il a opérés, 4 survivent depuis plus de quatre ans, 3 depuis plus de trois ans; 2 ont succombé, mais à des causes qui n'avaient rien à voir avec leur affection primitive; tous ces patients avaient été opérés dans les six premiers mois.

M. A. Fränkel conteste la fréquence des abcès post-pneumoniques : sur 1,200 cas de pneumonie qu'il a observés, il n'a vu la suppuration s'établir que dans 2 % des cas. Les abcès ayant une telle origine sont de pronostic assez favorable; cependant, si aucune tendance à la guérison spontanée ne s'est manifestée au bout de trois ou quatre semaines, l'orateur est d'avis qu'il faut intervenir. Dans les abcès consécutifs à la grippe le pronostic est plus mauvais, à cause de la fréquence de la gangrène.

Pour ce qui est des indications opératoires, M. Fränkel pense que seuls les abcès uniques sont justiciables des moyens chirurgicaux; quand se montrent des phénomènes putrides précoces, l'intervention est également justifiée, car en pareil cas on ne peut guère compter sur la guérison spontanée.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séances des 25 avril et 30 mai 1903.

Résections crâniennes pour complications cérébrales de l'otorrhée chronique.

M. Goris présente un certain nombre de sujets ayant subi des résections crâniennes plus ou moins étendues pour des complications cérébrales consécutives à une otorrhée chronique. Deux de ces malades étaient atteints d'un abcès extradural ayant perforé l'occipital; dans ces deux cas, la pathogénie de l'abcès était la suivante : le pus avait remonté de la mastoïde le long du sinus latéral pour perforer l'occipital et s'étaler sous les muscles du cou. Un autre patient était porteur d'un abcès du lobe temporal, dont le principal symptôme était une amnésie pour les faits récents; ce trouble disparut complètement dix-sept jours après l'évacuation de la collection purulente.

L'orateur est d'avis qu'il y a lieu de distinguer deux sortes de complications cérébrales de l'otorrhée chronique : les unes, précoces, dues surtout à l'irritation des méninges par l'ostéite voisine, consistent en céphalées, vertiges, vomissements, etc.; les autres, plus graves et plus tardives, sont constituées par des abcès de siège divers (extraduraux, cérébraux, cérébelleux).

Influence de l'innervation sur la transsudation vasculaire.

M. R. Boddaert. — Une solution aqueuse, légèrement alcalinisée, de fluorescéine, injectée sous la peau du ventre chez le lapin, pénètre dans la masse du sang et colore le sérum après coagulation. D'après les recherches récentes de M. Wessely, la fluorescéine contenue dans le sang ne passe pas dans la salive ni dans le produit de la sécrétion lacrymale, même après une injection de pilocarpine; elle se mêle abondamment à l'urine, mais n'apparaît qu'en petite quantité dans l'humeur aqueuse.

Une perturbation dans l'action nerveuse peut modifier ce passage à travers les parois vasculaires et exercer une influence sur la qualité du produit de la transsudation.

Si l'on fait suivre la section de l'un des cordons du sympathique à la partie inférieure du cou d'une injection hypodermique de fluorescéine, la matière colorante se montre plus tôt, est d'une teinte verte beaucoup plus marquée et disparaît plus lentement dans l'humeur

aqueuse de l'œil modifié par la section. Il en est de même pour l'œil congestionné par l'extirpation du ganglion cervical supérieur du sympathique, si on le compare à l'œil de l'autre côté, où l'on s'est borné à couper le cordon cervical à une petite distance du bout inférieur du ganglion correspondant.

D'autre part, quand la congestion veineuse s'accroît suffisamment dans l'orbite, le passage de la fluorescéine à travers les parois des vaisseaux des procès ciliaires varie dans les mêmes conditions que dans le cas de paralysie vasoconstrictive. Un effet analogue se produit quand on combine les deux influences.

Absence congénitale de tout le gros intestin chez un chien.

M. Heger montre le tube digestif d'un chien extérieurement bien conformé et dont toutes les fonctions s'accomplissaient normalement, bien que le gros intestin fît entièrement défaut; ce serait le premier cas signalé d'une telle anomalie.

A ce propos, l'orateur relate des expériences — demeurées inachevées et encore inédites — de Lavisé (de Bruxelles), démontrant que la résection d'une grande partie du gros intestin (jusqu'à 37 centimètres en trois opérations) ne modifie pas sensiblement les conditions physiologiques du chien.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 30 mai 1903.

La formation des caractères sexuels.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. J. Halban** a exposé le résultat de ses recherches sur le rôle des glandes germinatives au point de vue du développement des caractères sexuels. D'après l'orateur, la différenciation des sexes préexisterait déjà dans le germe et les glandes germinatives agiraient seulement sur la croissance des organes génitaux. Les caractères sexuels secondaires, c'est-à-dire les propriétés physiques caractéristiques de chaque sexe, ne seraient pas non plus sous la dépendance des glandes germinatives, car ils apparaissent même lorsque ces glandes font défaut, chez les castrats, par exemple. Ces caractères existent déjà chez l'embryon, mais ils ne se développent sérieusement qu'au moment de la puberté; on peut appliquer les mêmes considérations aux attributs non plus physiques, mais psychiques des sexes. Les uns et les autres atteignent leur plein développement en même temps que les glandes germinatives.

M. A. Foges rappelle à ce sujet que chez les hermaphrodites, dont les glandes germinatives ne fonctionnent pas, les caractères sexuels secondaires ne se développent jamais complètement.

M. Exner croit que, s'il y a divergence dans les caractères sexuels secondaires au moment du plein fonctionnement des glandes germinatives, ces divergences tendent à disparaître aux autres périodes de la vie.

M. Kreidl nie que les caractères sexuels primitifs et secondaires soient préformés dans l'embryon, et soutient que l'hermaphrodisme prouve que l'œuf est primitivement bisexué.

Néphrotomie pour hématurie rénale.

M. Schüller a présenté une femme de quarante-huit ans, ayant eu, il y a un an, une hématurie qui persista pendant quatre mois et donna lieu à une anémie grave. Ayant constaté que le sang provenait de l'uretère droit, l'orateur pratiqua une incision lombaire au niveau du rein droit, qui fut lui-même incisé et dont on excisa un petit fragment; l'examen histologique de ce fragment démontra l'existence d'une néphrite chronique; l'hématurie augmenta d'abord les jours qui suivirent l'opération, mais peu à peu elle s'atténua et cessa complètement au bout d'une huitaine de jours.

De l'origine des diverticules de la vessie et de leurs calculs.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Englisch** a montré des pièces anatomiques qui expliquent la formation des diverticules vésicaux. Ces diverticules sont le résultat tantôt de petits abcès ouverts dans la région du col, tantôt du développement, au niveau du lobe moyen de la prostate, de calculs qui s'y creusent une loge et finissent par perforer la paroi vésicale, tantôt enfin de cavités kystiques formées aux dépens des glandes situées sous la muqueuse vésicale. Ces diverticules contiennent presque toujours des calculs qui ne peuvent être extraits que par la taille hypogastrique ou par la taille périnéale.

M. Kapsamer relate l'observation d'un malade sujet à des hématuries, qui rendait, au moment des mictions, une urine d'abord claire et acide et ensuite alcaline et fétide; en pratiquant le toucher, on constata l'existence, en arrière de la vessie, d'un grand diverticule rempli de liquide, qui pouvait être évacué spontanément. Quelque temps après, les troubles urinaires ayant augmenté, on trouva dans ce diverticule un calcul qui fut extrait. Le diverticule fut réséqué à son tour; sa structure rappelait celle de la paroi vaginale.

De l'entéroptose.

Dans la séance du 28 mai de la Société de médecine interne de Vienne, **M. Donath** a communiqué le résultat de ses recherches sur l'entéroptose. L'orateur a constaté que chez 40 à 50 % des sujets qu'il a examinés, la limite inférieure de l'estomac correspondait à l'ombilic; que la situation des anses intestinales était trop variable pour qu'on pût lui attribuer une signification, et enfin que la mobilité du rein, du foie et de la rate était également très différente suivant les sujets. Dans ces conditions, il est assez difficile de dire où commence l'entéroptose, et le seul point qui semble définitivement acquis, c'est que la ptose des organes abdominaux est presque toujours en rapport avec des altérations fonctionnelles de ces organes.

M. Escherich déclare avoir observé l'entéroptose chez des enfants rachitiques; cette affection disparut en même temps que le rachitisme.

M. Büdinger dit qu'à l'état normal les reins sont exactement appliqués contre la colonne vertébrale; chez les nouveau-nés, toutefois, ces organes présentent toujours un degré marqué de mobilité; quant à l'opinion qui attribue la mobilité des reins à une longueur exagérée des vaisseaux, elle est loin d'être prouvée.

M. Federn fait remarquer qu'il suffit d'un déplacement du gros intestin pour donner lieu aux principaux symptômes de l'entéroptose.

Dr Schnirer.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Washington, 10 mai 1903.

Traitement du shock chirurgical aux Etats-Unis.

Je me propose d'exposer aujourd'hui les traits essentiels du traitement du shock chirurgical, tel qu'il se pratique aux Etats-Unis. Je n'ai d'ailleurs pas l'intention d'épuiser la question. Il serait fastidieux, en effet, de s'étendre sur des moyens thérapeutiques également employés en Amérique et en Europe, notamment en France : je me contenterai donc d'insister sur les points où la pratique des chirurgiens américains m'a paru différer de la pratique des chirurgiens européens. En outre, j'ai déjà eu l'occasion, dans des correspondances antérieures, de toucher à certains points de la question, tel, par exemple, l'emploi du bracelet de Riva-Rocci par M. Harvey Cushing (de Baltimore), moyen qu'il convient de considérer comme appartenant au traitement préventif du shock (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 16). J'aurai par contre à parler avec quelques détails des procédés mis en œuvre à Cleveland par M. George W. Crile, d'autant plus que ces procédés, nouveaux et encore inédits, m'ont paru, par cela même, présenter un intérêt particulier.

La strychnine constitue, aux Etats-Unis, le remède par excellence, dans le traitement du shock opératoire. On admet qu'elle agit comme tonique cardio-vasculaire renforçant l'action du cœur et augmentant l'amplitude des pulsations artérielles. Quand il a affaire à un état de shock post-opératoire confirmé, M. le docteur John B. Deaver (de Philadelphie) administre 0 gr. 001 milligr. de strychnine toutes les heures. Lorsqu'au cours d'une opération l'aide chargé de l'anesthésie s'aperçoit que le pouls commence à faiblir, c'est presque infailliblement à la strychnine qu'on le voit recourir. La confiance dans l'efficacité de cette drogue est tellement grande que nombre de chirurgiens la font administrer systématiquement, à titre préventif, avant toute opération au cours de laquelle ils redoutent de voir se développer un état de shock; d'une façon générale, ils donnent alors 0 gr. 002 ou 0 gr. 003 milligrammes de strychnine en injection sous-cutanée, une heure avant l'opération.

On peut donc dire qu'en Amérique la strychnine occupe dans le traitement du shock chirurgical à peu près la place assignée en France à la caféine pour les cas de ce genre. J'ajoute dès maintenant, afin de ne plus avoir à y revenir, qu'à l'opposé de ce qui se passe en France, la caféine n'est pour ainsi dire jamais employée ici en pareille occurrence.

Au contraire, l'atropine, par son usage fréquent, de ce côté-ci de l'Océan, dans le traitement du shock chirurgical, fait, à cet égard, une concurrence sérieuse à la strychnine. Les bons effets que l'on reconnaît à l'atropine, dans ces cas, ressortiraient moins à une influence sur le pneumogastrique qu'à une action sur le système vasomoteur. En empêchant la dilatation des vaisseaux, quand elle n'existe pas encore, ou en déterminant une vasoconstriction lorsque les parois vasculaires sont relâchées, l'atropine assurerait une tonicité normale aux voies sanguines; le sang, au lieu d'y stagner, serait ainsi charrié vers le cerveau et les autres organes essentiels de l'économie. L'atropine est considérée par nos confrères américains comme le stimulant vasomoteur le plus effectif dans le collapsus. A ce titre, elle est d'un usage courant dans de nombreuses affections s'accompagnant d'une hypotonicité vasculaire, telle que la pneumonie, l'œdème pulmonaire, les œdèmes brightiques, la fièvre typhoïde, etc., c'est-à-dire dans les cas pour lesquels l'école de Nancy a préconisé et vulgarisé, en France, l'emploi de l'ergotine. L'atropine est, le plus souvent, administrée en injection sous-cutanée, associée à la strychnine. La proportion communément adoptée en cas d'urgence est de 0 gr. 01 centigr. de strychnine et de 0 gr. 001 milligr. d'atropine (1).

La digitale est donnée par bien des chirurgiens dans les cas extrêmes de shock, en raison de sa puissante action toni-cardiaque. On n'hésite pas à en administrer jusqu'à 1 gr. 50 centigrammes en injection hypodermique.

Le whisky joue un rôle important dans le traitement du shock chirurgical. Ceci n'est pas pour étonner celui qui connaît l'importance attribuée à cette eau-de-vie dans l'arsenal thérapeutique américain. On peut dire du whisky, en effet, qu'aux Etats-Unis il est le remède national tout comme l'appendicite y est la maladie nationale, et il n'est guère possible de concevoir ici un traitement bien conduit sans que le whisky y entre pour une part respectable. J'ajoute que cette boisson alcoolique s'administre non seulement par la bouche, mais aussi en lavement ou sous la peau.

Sans entrer dans le détail de la thérapeutique mise en œuvre par les divers chirurgiens américains, je signalerai encore que les injections sous-cutanées d'eau salée, tout en étant d'un usage assez fréquent, notamment au *Johns Hopkins Hospital* de Baltimore, sont cependant beaucoup moins couramment employées aux Etats-Unis qu'en France. J'ajouterai à ce propos que M. Deaver, trouvant la pratique de ces injections peu commode et leur action lente à se manifester, en a aboli l'usage dans son service du *German Hospital* de Philadelphie;

(1) Nous croyons qu'un médecin européen hésiterait à injecter une pareille quantité de strychnine. D'après Vulpian, cité par M. Manquat (Traité élémentaire de thérapeutique, T. II, p. 622. 4e éd. Paris, 1900), une dose de 0 gr. 01 centigr. d'un sel soluble de strychnine, en injection sous-cutanée, « serait certainement très dangereuse ». — N. D. L. R.

il les remplace, suivant la gravité du cas et l'urgence qu'il présente, soit par de petits lavements, soit par des injections intraveineuses.

Tel est, dans ses grands traits, le traitement classique du shock chirurgical en Amérique. Il présente une grande uniformité dans toute l'étendue du territoire et varie assez peu d'un hôpital à l'autre. Mais faut-il en conclure qu'il soit bien fondé? C'est ce qu'il nous reste à examiner maintenant.

Au cours de ses études de physiologie chirurgicale, sur lesquelles j'ai déjà eu l'occasion d'appeler l'attention à plusieurs reprises dans mes correspondances antérieures, M. le docteur G. W. Crile (de Cleveland) a soumis les différents termes de ce traitement classique à l'épreuve du laboratoire, et voici les résultats auxquels ses recherches l'ont conduit :

En ce qui concerne d'abord la strychnine, M. Crile, malgré les nombreuses expériences qu'il a instituées, n'a jamais vu remonter la pression sanguine chez un chien en état de shock après l'administration d'une dose *thérapeutique* de cette substance. Une élévation de la pression sanguine n'apparaît que lorsque la strychnine est donnée en quantité telle qu'il en résulte un véritable empoisonnement se manifestant par des convulsions généralisées. La question se pose dès lors de savoir si l'augmentation de la pression sanguine n'est pas le fait des convulsions, les contractions musculaires qui les accompagnent donnant lieu à une production intense de calorique. Or, si l'on curarise l'animal au préalable, on supprime les convulsions, mais on n'en voit pas moins survenir une ascension de la courbe exprimant la pression sanguine. On doit donc en conclure que les convulsions ne sont pour rien dans le phénomène. Il ne s'agit pas non plus d'une excitation du myocarde par la strychnine, puisque cette substance fait monter la pression même chez un chien curarisé auquel on a sectionné les deux nerfs pneumogastriques et les deux nerfs accélérateurs du cœur. La strychnine agit donc essentiellement sur les vasomoteurs. Cette action persiste pendant un laps de temps pouvant varier de trente minutes à plusieurs heures suivant les individus. Quand, l'action d'une première dose de strychnine étant épuisée, on en injecte une nouvelle quantité à l'animal, on constate que l'effet produit est notablement inférieur à celui de la première dose, et après avoir répété l'expérience deux, trois ou quatre fois, l'administration de strychnine reste incapable de faire remonter la pression sanguine. Bien plus : la courbe est à ce moment aussi basse que chez un animal qui se trouve dans un état profond de shock, sans qu'alors aucune excitation extérieure — ni une excitation électrique du sciatique, ni une brûlure de la patte — puisse désormais la relever. En d'autres termes, l'administration de la strychnine, qui, à dose normale ou thérapeutique, est aussi inoffensive qu'inefficace, provoque, à fortes doses, un état de shock analogue de tous points à celui que l'on observe après les grands traumatismes, chirurgicaux ou autres. Cette constatation fournit donc le moyen de créer expérimentalement un état de shock par un simple empoisonnement avec de la strychnine. Elle montre aussi que l'administration de cet alcaloïde, inutile à dose normale chez le malade en état de shock, devient dangereuse à fortes doses, parce que le shock résultant de l'intoxication strychnique vient alors s'ajouter à celui que l'on veut traiter.

L'action de la plupart des autres stimulants du système nerveux que l'on emploie habituellement contre le shock chirurgical est analogue à celle de la strychnine, et, d'après les expériences de M. Crile — expériences dans le détail desquelles il serait fastidieux d'entrer après ce que nous venons de dire à propos de la strychnine —, l'alcool, la trinitrine, le nitrite d'amyle, etc., font plus de mal que de bien quand ces substances sont employées à des doses suffisantes pour avoir une action quelconque sur la pression sanguine. Quant à la digitale, M. Crile ne lui accorde aucune valeur, ce médicament étant d'autant moins actif que la pression est plus basse au moment où on l'administre.

Il me paraît intéressant d'insister un peu plus longuement sur les recherches de M. Crile concernant la valeur des injections de la solution physiologique de chlorure de sodium. Dans les expériences où une hémorrhagie moyenne ne détermine qu'une chute modérée de la pression artérielle, celle-ci est rapidement ramenée à la normale par l'introduction d'eau salée dans la circulation générale. Mais lorsque la chute de la pression sanguine est consécutive à un épuisement du système nerveux dû à un grand traumatisme, c'est-à-dire lorsqu'il existe un état de shock, les injections d'eau salée ne font remonter la tension artérielle qu'autant que les centres nerveux ne sont pas encore entièrement épuisés, et leur efficacité est alors en raison inverse de la gravité du shock. Que celui-ci soit très profond, et l'action de l'eau salée sera absolument nulle. D'ailleurs, même lorsqu'à la suite d'injections physiologiques on constate une élévation de la pression sanguine, celle-ci ne dépasse guère la normale, en raison de la rapidité avec laquelle le liquide introduit dans l'organisme en est éliminé, notamment par le tube gastro-intestinal. En outre, la force et la fréquence des battements du cœur diminuent alors et la pression sanguine est ramenée à son niveau normal par une vasodilatation périphérique. Comme c'est de l'état de cette résistance périphérique que dépend la tension vasculaire, on conçoit que, dans le shock profond, où cette résistance a disparu, l'eau salée, quelle que soit la quantité injectée et la vitesse de l'injection, est incapable de rendre à la pression sanguine sa valeur normale. Mais lorsque le shock est dû en partie à l'accumulation, dans les veines, de sang qui circule mal, ou bien s'il est consécutif à une hémorrhagie abondante, l'injection d'eau salée peut rendre des services, en raison de l'intégrité de la résistance périphérique. Dans certains cas où cette résistance a disparu, on peut artificiellement la faire réapparaître en administrant de l'adrénaline, qui agit alors de la même façon que dans le traitement de la mort apparente (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 86). En tout cas, et quelle que soit l'efficacité des injections d'eau salée dans le traitement des hémorrhagies abondantes, pour ce qui est du shock chirurgical, elles ne répondraient, d'après les recherches de M. Crile, qu'à des indications fort limitées. Dans les grands traumatismes, par exemple, on parvient aisément à obtenir un pouls ample par des injections d'eau salée, mais ce pouls s'écrase facilement sous le doigt, parce que la paroi artérielle manque de tonicité, et il disparaît aussi vite qu'il est venu, la résistance périphérique faisant défaut.

C'est en raison de la gravité que présente dans le shock la perte de la résistance périphérique que M. Crile a tenté de la créer artificiellement à l'aide d'une sorte de « caleçon pneumatique ». Ce caleçon, qui se lace sur les côtés, descend jusqu'à la cheville et remonte jusqu'à la ceinture. Il est formé par trois chambres pneumatiques en caoutchouc, une pour chacun des membres inférieurs et une pour l'abdomen. Chacun de ces compartiments peut être insufflé séparément à l'aide d'une pompe à bicyclette de modèle moyen. Quand on opère sur l'abdomen, on rabat la pièce abdominale sur les cuisses, de façon à rendre libre le champ opératoire.

M. Crile fait mettre ce caleçon à tous les malades chez lesquels il redoute de voir survenir des effets de shock au cours de l'opération. Un aide prend à intervalles réguliers et rapprochés la pression sanguine à l'aide de l'appareil de Riva-Rocci. Dès qu'il constate que la tension artérielle tombe au-dessous de 100 ou de 90 millimètres de mercure (1), il commence à remplir d'air le caleçon pneumatique. On voit alors immédiatement remonter le mercure dans le manomètre; le sang afflue vers le cœur et le cerveau; la face, qui était pâle, prend une teinte rosée, et cette teinte rosée persiste désormais, contrairement à ce qui s'observe après l'administration de la strychnine et des autres substances habituellement employées en pareille occurrence. On introduit d'emblée dans les compartiments du caleçon pneumatique une quantité d'air suffisante pour ramener la pression artérielle à une bonne moyenne. Cela fait, on n'a plus qu'à maintenir la pression sanguine à un niveau constant, en laissant échapper de l'air ou en en insufflant de nouvelles quantités, suivant les cas.

(1) Les observations personnelles recueillies par M. Crile lui donnent une moyenne de 135 millimètres de mercure pour la pression sanguine mesurée avec l'appareil de Riva-Rocci. Dans le cas où je vis appliquer le caleçon pneumatique par M. Crile, la tension artérielle, constatée avant le début de l'opération, était de 160 millimètres. Ce chiffre était considéré comme excessif et mis sur le compte de l'artériosclérose dont était atteint le malade, un homme de soixante ans. Ces chiffres, qui sont assez notablement inférieurs à ceux que l'on considère généralement comme normaux (180 millimètres), sont probablement en rapport avec l'appareil qui sert à les enregistrer. — F. M.

M. Crile se sert systématiquement du caleçon pneumatique depuis environ une année. A son instigation, M. le docteur G. E. Brewer, chirurgien du *Roosevelt Hospital* à New-York, l'utilise également, et, d'après ce qu'il m'en a dit, ce chirurgien s'en serait bien trouvé.

J'ajouterai, pour terminer, que le caleçon pneumatique constitue, avec les injections intratronculaires de cocaïne, le seul moyen thérapeutique que M. Crile oppose au shock chirurgical, faisant ainsi table rase de tous les procédés mis ordinairement en œuvre dans ce but.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à l'étude de la spécificité des divers albuminoïdes du lait, par MM. A. Schlossmann et E. Moro.

On a admis, pendant longtemps, que le lait ne contient qu'une seule substance albuminoïde, la caséine. Or, M. Schlossmann a montré qu'à côté de la caséine, il existe, dans le lait, une albumine complètement différente au point de vue chimique (*lactalbumine*). D'autre part, M. Hamburger a pu établir que, biologiquement, ces deux substances diffèrent également entre elles. Le présent mémoire est consacré à l'exposé des recherches que MM. Schlossmann et Moro ont instituées en vue de se rendre compte si, dans le lait de chaque espèce animale, c'est à la caséine seule qu'appartient la spécificité biologique et si la lactalbumine n'y participe pas au même titre que la caséine.

Les auteurs ont ainsi été à même de se convaincre que le sérum d'un lapin soumis à des injections de lait de vache donne un précipité en présence d'une solution de caséine de vache et de lactalbumine de vache, tandis qu'avec la lactalbumine de femme on ne voit se produire aucune réaction. Une seconde expérience a consisté à traiter un lapin par des injections de lait de femme : le sérum de cet animal restait complètement indifférent à l'égard d'une solution de lactalbumine de vache. Enfin, un troisième lapin reçut des injections d'une solution de lactalbumine de vache : très actif par rapport à la lactalbumine de vache, le sérum de ce lapin ne fournit, au contraire, aucun précipité en présence de la lactalbumine de femme.

D'autre part, MM. Schlossmann et Moro ont observé que le sérum d'un animal soumis à des injections de lait de femme précipite non seulement la lactalbumine humaine, mais aussi le sérum sanguin d'homme, d'où il est évidemment permis de conclure que la lactalbumine est identique aux substances albuminoïdes contenues dans le sang de la même espèce animale ou, du moins, à quelqu'une de ces substances.

On comprend toute la signification pratique de cette constatation : une portion importante de la matière albuminoïde, qui joue un si grand rôle dans le développement de l'organisme de l'enfant, est représentée par la lactalbumine contenue dans le lait de femme à l'état de dissolution. Or, cette lactalbumine possède une spécificité biologique et elle est identique à l'albumine du sang; aussi peut-elle passer directement dans le sang du nourrisson sans nécessiter, pour cela, l'intervention d'un processus chimique. Par contre, la lactalbumine de vache, avant d'être assimilée par l'enfant, doit subir une transformation plus ou moins laborieuse, sans compter qu'elle est déjà altérée par l'ébullition. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril 1903.) — L. Ch.

Grossesse abdominale primitive sur une frange épiploïque, par M. K. Witthauer.

L'observation relatée dans le présent travail semble constituer pour l'espèce humaine — des cas analogues ayant été signalés chez l'animal — un fait encore unique.

Une femme de vingt-trois ans, dont les deux couches antérieures s'étaient terminées un mois avant terme, et dont la première s'était compliquée de la rétention de fragments placentaires, offrait depuis trois mois les signes d'une grossesse nouvelle. La période où le flux menstruel fit défaut pour la première fois s'était accompagnée de malaises, de vomissements fréquents et de douleurs abdominales. A la fin du troisième mois apparut une métrorrhagie qui se renouvela quelques jours plus tard, en même temps que la malade était prise de douleurs violentes. Au toucher, on sentait crépiter des caillots dans le cul-de-sac de Douglas; une petite tumeur arrondie occupait le cul-de-sac vaginal droit. L'utérus était légèrement hypertrophié. En prévision d'un avortement tubaire, M. Witthauer se tint prêt à opérer. Effectivement, au bout de vingt-quatre heures, survinrent des douleurs intenses avec pâleur, état syncopal et ballonnement abdominal. La fosse iliaque droite présentait en même temps de la submatité et la tuméfaction du cul-de-sac de Douglas s'étendait. On se hâta d'ouvrir le ventre; il en sortit un litre et demi environ de sang coagulé. Une frange épiploïque se dirigeait vers la moitié droite du bassin, auquel elle adhérait; on la détacha rapidement pour enlever aussitôt la trompe et l'ovaire du côté droit. Ce dernier offrait pour toute lésion un kyste du volume d'un œuf de poule; quant à la trompe, comme l'examen microscopique le confirma plus tard, elle était parfaitement saine. Les annexes du côté gauche étaient tout aussi normales. Revenant à l'épiploon, l'auteur y découvrit un petit hématome de l'épaisseur du doigt et le réséqua.

La patiente se rétablit complètement; à l'heure présente elle est enceinte de six mois.

L'examen microscopique de l'hématome épiploïque montra que l'épiploon était enroulé autour d'une masse centrale comprenant deux couches : l'externe constituée par des caillots, l'interne formée de franges choriales. Celles-ci n'étaient nulle part en contact direct avec le tissu épiploïque, ce qui provenait sans doute des hémorrhagies produites par la rupture de l'œuf et de l'accumulation du sang entre le chorion et l'épiploon.

L'histoire clinique de la malade, les pièces anatomiques et l'intégrité parfaite de la trompe s'accordaient donc à prouver qu'il s'agissait bien d'une grossesse ectopique épiploïque primitive et non de la greffe secondaire d'un œuf échappé d'une rupture tubaire. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 janvier 1903.) — R. DE B.

Epidémie évoluant sous la forme de la fièvre typhoïde et provoquée par un agent pathogène particulier, par MM. H. CONRADI, W. VON DRIGALSKI et G. JÜRGENS.

Depuis quelques années, divers auteurs (Schottmüller, Kurth, Hume, Brion et Kayser) ont attiré l'attention sur une maladie infectieuse rappelant, par ses symptômes cliniques, la fièvre typhoïde, mais qui est due à un agent pathogène nettement distinct du bacille d'Eberth. Toutefois, jusqu'à présent, on n'avait signalé que des cas isolés de cette affection, de sorte qu'on pouvait encore hésiter à lui accorder une place à part dans le groupe des maladies infectieuses. Or, MM. Conradi, von Drigalski et Jürgens ont récemment eu l'occasion d'observer, à l'hôpital militaire de Sarrebrück, toute une épidémie de cette affection, au cours de laquelle ils ont pu instituer une série de recherches bactériologiques portant sur l'urine, sur les fèces et sur le sang des taches rosées. Dans 23 cas (sur 38), ils ont réussi à isoler un microorganisme particulier, qui, tout en présentant quelques traits de ressemblance avec le bacille d'Eberth, se laisse cependant facilement différencier d'avec celui-ci, tout comme d'avec le *Bacterium coli commune*. C'est ainsi que sur gélose glucosée, le bacille en question produit un dégagement abondant de bulles gazeuses, tandis que le bacille d'Eberth n'en produit pas; d'autre part, contrairement au colibacille, il ne donne pas d'indol et ne coagule pas le lait. Il offre, en outre, deux autres caractères distinctifs importants, à savoir : ensemencé en strie sur gélatine, il détermine une sorte de membrane épaisse, blanche et mucoïde; sur gélose lactosée teintée de tournesol, il pullule rapidement avec réaction alcaline et formation d'une épaisse masse zoogléique à la périphérie.

Au point de vue clinique, les auteurs du présent mémoire font surtout ressortir les particularités de la courbe thermique, qui se caractérise par une ascension initiale assez brusque, par une évolution irrégulière avec absence à peu près constante du type continu, et par une défervescence en lysis. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 1.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les applications de formol comme moyen de traitement des cancers inopérables.

Partant de ce fait que la formaline exerce une action coagulante sur l'albumine et durcit les tissus, un médecin anglais, M. le docteur A. F. M. Powell (de Minster-in-Thanet), s'est demandé si l'on ne pourrait pas utiliser ces propriétés de l'aldéhyde formique contre les tumeurs malignes, de façon à transformer celles-ci en corps étrangers qui seraient ensuite éliminés. Les essais cliniques qu'il a institués ont pleinement justifié cette hypothèse.

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par notre confrère : il applique sur le néoplasme de la charpie anglaise imbibée d'une solution de formaline à 2 %, que l'on obtient en additionnant 1 partie de formaline du commerce (aldéhyde formique en solution à 40 %) de 19 parties d'eau distillée; puis il recouvre la charpie de mousseline et de coton, et il fixe le tout au moyen d'une bande. Ce pansement doit être renouvelé toutes les six heures. Après la troisième ou la quatrième application, on verrait disparaître toute sécrétion fétide, et, au bout de trois à sept jours, la tumeur deviendrait friable et insensible, en même temps qu'on assisterait à la formation d'une ligne de démarcation entre la masse cancéreuse et les tissus sains. La séparation se produirait de la même manière que l'élimination des parties nécrosées dans la gangrène et nécessiterait un laps de temps variable suivant les dimensions et la nature du néoplasme. Elle peut, d'ailleurs, être complétée par quelques coups de ciseaux, et M. Powell a été à même d'enlever de la sorte, dans l'espace de douze à seize jours, un sarcome et un squirrhe du sein, ainsi qu'un épithélioma de la lèvre. La tumeur une fois détachée, on se trouve en présence d'une couche de bourgeons charnus, sur lesquels les nouvelles applications de formaline restent sans effet (ce qui prouve qu'il n'y a plus trace de tissu cancéreux) et qui ne tardent pas à cicatriser.

Il importe de n'employer que des solutions de formaline de 1.5 à 2 %, les solutions plus faibles agissant trop lentement et les applications de formol trop concentré étant douloureuses, sans compter qu'elles rendent l'élimination de la masse néoplasique plus difficile.

Ajoutons que les applications de formaline pure ou de glycérine formalinée à 30 ou 50 % paraissent avoir donné de bons résultats entre les mains d'un autre confrère anglais, M. le docteur J. D. McFeely, chirurgien en chef du Mercer's Hospital de Dublin, dans les cas d'épithélioma cutané. Mais ces applications nécessitent l'anesthésie générale ou locale, tandis que le procédé de M. Powell semble ne donner lieu qu'à des douleurs insignifiantes.

Le nitrate d'argent comme moyen de traitement de l'impétigo.

Dans les cas d'impétigo rebelle aux moyens usuels de traitement, plusieurs dermatologistes ont eu recours au nitrate d'argent, mais ce médicament n'est guère utilisé d'une façon systématique pour combattre la dermatose en question. Or, d'après les observations que M. le docteur D. Jacobsohn vient de consigner dans sa thèse inaugurale, faite sous l'inspiration de M. le docteur Jeanselme, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, l'emploi du nitrate d'argent, érigé en véritable méthode thérapeutique et applicable dans tous les cas et dès le début de l'affection, serait susceptible d'assurer une guérison facile et rapide.

L'application du nitrate d'argent doit se faire sur des surfaces complètement décapées, afin que rien ne vienne s'interposer entre le caustique et la couche épidermique infectée. A cet effet, on ouvrira largement et avec toutes les précautions d'antisepsie les vésicules, en excisant la couche cornée soulevée et en vidant le contenu de la vésicule; lorsqu'il s'agit d'impétigo plus avancé, où il n'y a presque plus de vésicules et où les croûtes recouvrent toute la surface malade, il faut appliquer des compresses imbibées d'eau chaude ou des cataplasmes de fécule de pomme de terre pour mettre à nu le siège de l'infection. Le nitrate d'argent est utilisé soit sous forme de crayon, soit sous forme d'une solution dont le titre varie, suivant la gravité des lésions, de 5 à 10 %. Chez les enfants, il vaut mieux recourir au second mode d'emploi, les attouchements au crayon étant parfois fort douloureux, tandis que les badigeonnages pratiqués avec une solution de nitrate d'argent ne détermineraient qu'une vive sensation de démangeaison. Les soins consécutifs sont nuls : il convient seulement de protéger les surfaces cautérisées par un pansement quelconque.

Sous l'influence de l'intervention le processus morbide s'arrêterait net : les surfaces suppurantes se dessécheraient et les parties tuméfiées passeraient immédiatement au stade de réparation. Le plus souvent, une seule application suffirait pour produire ce résultat.

Bien que l'emploi du nitrate d'argent semble ne jamais donner lieu à des accidents fâcheux, il est néanmoins préférable de s'en abstenir chez les albuminuriques, ainsi que dans les cas d'eczéma impétigineux et lorsque l'impétigo se trouve développé sur une surface œdématiée.

Traitement de la variole par des badigeonnages de gaïacol.

Un médecin anglais, M. le docteur J. J. Ridge (d'Enfield), traite depuis quelque temps la variole par des badigeonnages de gaïacol, répétés au moins toutes les quatre heures. Notre confrère se sert d'une solution huileuse de gaïacol (1 partie de gaïacol pour 80 parties d'huile d'olive), qu'il applique au moyen d'un pinceau de coton. Ces badigeonnages auraient pour effet d'arrêter l'évolution du processus morbide, en amenant la dessiccation rapide des pustules, sans suppuration. Ils semblent également exercer une influence favorable sur la température; de plus, ils présenteraient l'avantage de faire disparaître l'odeur repoussante qu'exhalent les varioleux.

Sur les 48 malades (35 adultes et 13 enfants) que M. Ridge a eu l'occasion de traiter de la sorte, 43 ont guéri et 5 ont succombé, et encore convient-il de tenir compte que, sur ces 5 décès, 4 se rapportent à des enfants en bas âge (de deux semaines à dix mois), *non vaccinés*, et que le dernier a trait à un homme de quarante-sept ans, alcoolique, non revacciné depuis son enfance et atteint d'une variole confluente. D'autre part, il importe de faire remarquer que, parmi les 34 adultes guéris, 7 avaient présenté des phénomènes cliniques très graves.

Les applications de teinture d'iode dans le traitement du chancre mou.

Comme nombre d'autres topiques préconisés jadis contre le chancre simple, la teinture d'iode étendue n'est guère utilisée de nos jours dans le traitement de cette affection. Or, d'après l'expérience d'un médecin allemand, M. le docteur N. Kirstein, les applications de teinture d'iode *pure* constitueraient un moyen beaucoup plus efficace que les cautérisations à l'acide phénique liquide, que l'on emploie couramment pour combattre la chancrelle. Notre confrère badigeonne le fond du chancre au moyen d'un pinceau d'ouate imbibée de teinture d'iode et répète, au besoin, cette application au bout de vingt-quatre heures. Sous l'influence de cette pratique, on verrait la surface ulcérée se couvrir rapidement de granulations cicatricielles, tandis qu'à la suite de cautérisations phéniquées le chancre conserve une apparence torpide. De plus, en raison de son pouvoir d'imprégnation très considérable, utilisé dans le traitement des plaies infectées en général (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. XXX, et 1901, p. 272), la teinture d'iode s'infiltre facilement dans tous les coins et recoins de l'ulcère, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des frictions énergiques, comme c'est le cas pour l'acide phénique. Enfin, les badigeonnages en question présenteraient l'avantage d'être presque indolores.

TRENTE-DEUXIEME CONGRES

DE LA

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 3 au 6 juin 1903.

Des inconvénients de la position déclive de Trendelenburg.

M. Kraske (de Fribourg-en-Brisgau). — Tout en mettant largement à profit les avantages incontestables de la position déclive préconisée par M. Trendelenburg, j'ai cependant eu l'occasion de remarquer qu'elle offre quelques inconvénients qui, sans diminuer la valeur de ce précieux procédé, m'engagent à en préciser les indications mieux que cela n'a été fait jusqu'à présent.

Divers auteurs, parmi lesquels je nommerai Madelener, Gräfe, Kaspersohn, ont signalé comme conséquence fâcheuse de la position déclive la paralysie du nerf tibial antérieur, produite par la compression directe de ce nerf, et l'emphysème du tissu cellulaire des parois abdominales attribué par ces chirurgiens à l'inclusion d'une quantité d'air considérable dans la cavité abdominale, d'où il s'infiltre ensuite, au moment des vomissements post-opératoires, dans le tissu cellulaire.

Ces deux inconvénients ne sauraient constituer des contre-indications sérieuses du procédé de Trendelenburg, car il suffit de les connaître pour les prévenir très facilement.

Il existe d'autres conséquences, par contre, qui me paraissent plus graves; on peut les grouper sous trois chefs principaux.

Les accidents de la première catégorie consistent en troubles circulatoires que j'ai observés chez deux patients obèses soumis tous deux à la taille sus-pubienne, l'un pour un calcul vésical volumineux, l'autre pour des papillomes de la vessie. L'intervention fut faite sous anesthésie à l'éther, sans la moindre complication opératoire. Les deux patients, atteints l'un et l'autre de troubles myocardiques, présentèrent, peu après l'intervention, les signes d'une faiblesse cardiaque à laquelle ils succombèrent, l'un dès le lendemain, l'autre au bout de cinq jours. Sans méconnaître l'influence éventuelle de l'anesthésie générale, j'ai cependant l'impression que dans ces deux cas l'issue fatale fut amenée par une dilatation forcée du cœur, à la suite de l'augmentation de la tension veineuse produite par la position déclive.

Dans un second groupe trouvent place deux autres observations personnelles, dont l'une a trait à un sujet de soixante-trois ans soumis également à la taille sus-pubienne. L'opération n'avait duré que vingt-cinq minutes et la première journée s'était passée sans complications; puis survint le syndrome complet d'une occlusion intestinale avec forte dilatation du gros intestin. Une nouvelle intervention paraissait nécessaire, lorsque le patient évacua spontanément, le quatrième jour, une quantité considérable de gaz et de matières fécales. Le second patient, âgé de cinquante-huit ans, également obèse, eut, le lendemain d'une taille sus-pubienne dont la durée avait été de vingt à vingt-cinq minutes, une hématémèse abondante avec symptômes d'une occlusion intestinale complète. Je pratiquai la laparotomie et trouvai le grand épiploon tout entier logé sous le foie, puis, comme conséquence de ce déplacement épiploïque, une torsion du côlon transverse avec occlusion complète de cet intestin. Après avoir détaché quelques adhérences et avoir remis l'épiploon à sa place normale, je vis disparaître sous mes yeux l'occlusion du côlon et se produire séance tenante une évacuation abondante de contenu intestinal par les voies naturelles. Le patient succomba néanmoins et je m'aperçus à l'autopsie que la muqueuse stomacale était parsemée de petites ecchymoses, dont quelques-unes portaient à leur centre une petite ulcération. Dans ces deux cas, et tout particulièrement dans le second, l'occlusion intestinale était donc due à la position déclive; le déplacement de l'épiploon s'explique d'autant plus facilement qu'il s'agissait de sujets obèses. Il convient de rappeler à ce propos que M. Schauta a constaté à deux reprises la torsion de l'intestin grêle comme conséquence de la position déclive, et qu'il insiste sur la nécessité de ne fermer le ventre qu'après avoir vérifié avec soin la position relative des organes abdominaux.

Le dernier des cas que je viens de relater montre enfin un troisième inconvénient de la position déclive, à savoir la production d'une stase veineuse susceptible d'amener des hématémèses. Cette observation prouve en effet que point n'est besoin, pour expliquer l'hématémèse post-opératoire, d'admettre, comme l'a fait M. von Eiselsberg, l'existence d'embolies rétrogrades provenant de l'épiploon. Il serait intéressant de savoir si M. von Eiselsberg ne s'était pas servi de la position déclive dans les cas où il a vu survenir cette complication.

La conclusion qui se dégage de ces faits, c'est qu'il faut, dans la mesure du possible, s'abstenir d'employer la position déclive chez les sujets présentant, dès avant l'opération, des troubles circulatoires, en particulier chez les obèses, et, d'une manière générale, qu'il importe de restreindre, autant que faire se peut, la durée de cette manœuvre.

M. Trendelenburg (de Leipzig) croit que les deux premières observations de M. Kraske ne sont pas concluantes, étant donné que la faiblesse cardiaque survient assez souvent chez des sujets obèses et atteints de myocardite sans le concours de la position déclive. Il estime, par contre, que les deux derniers faits offrent une réelle importance au point de vue des indications de la position déclive, en démontrant que cette manœuvre est susceptible de produire des désordres sérieux dans la position des organes abdominaux. Il pense, comme M. Kraske, que la position déclive, ainsi d'ailleurs que toute intervention chirurgicale, devrait être évitée autant que possible chez les sujets obèses et il conseille de se servir d'une table d'opération permettant de passer instantanément de la position déclive à la position horizontale.

Il signale un autre inconvénient qui est à ajouter à ceux que M. Kraske vient de faire connaître, à savoir la production de vomissements abondants et la pénétration du contenu stomacal dans les voies respiratoires, quand l'estomac est rempli au moment de l'intervention; il dit avoir perdu par suffocation un malade opéré d'urgence pour un traumatisme abdominal, et chez lequel il n'avait pas eu soin d'évacuer préalablement l'estomac.

Quant à l'hématémèse post-opératoire, il estime, avec M. Kraske, que l'interprétation donnée par M. von Eiselsberg ne saurait être valable pour tous les cas, car cette complication s'est produite parfois à la suite d'opérations n'ayant pas porté sur l'épiploon et où ce dernier n'avait même pas été mis en contact avec le champ opératoire, par exemple après la cure radicale de la hernie inguinale.

M. von Eiselsberg (de Vienne) dit avoir fait jusqu'à présent un emploi très étendu de la position déclive et n'avoir eu qu'un seul accident: un patient obèse succomba à une apoplexie trois jours après l'opération. En ce qui concerne l'hématémèse post-opératoire, il l'a constatée également, depuis sa première communication, à la suite d'une simple cure radicale de hernie; aussi se déclare-t-il d'accord avec MM. Kraske et Trendelenburg pour reconnaître que, dans certains cas, cette complication peut avoir une origine différente de celle qu'il a tout d'abord admise.

M. König (de Berlin) met en garde contre l'emploi de la position déclive dans les cas de volumineux abcès intrapéritonéaux, afin d'éviter le transport des matières infectieuses dans les parties supérieures de la cavité abdominale.

M. Rotter (de Berlin) insiste sur l'utilité qu'il y a à placer en position déclive — à l'aide d'une disposition spéciale de la table d'opération —, non pas le corps entier, mais principalement le bassin. On éviterait ainsi les conséquences fâcheuses signalées par M. Kraske, tout en bénéficiant des avantages de cette position.

M. Kümmell (de Hambourg) dit s'être servi de la position déclive dans un millier de cas environ, sans en avoir observé le moindre inconvénient. Il estime, contrairement à l'avis de M. Trendelenburg, que les vomissements ne peuvent pas entraîner d'accident, à condition que la déclivité soit suffisamment prononcée pour ne pas permettre la stagnation du contenu stomacal dans la cavité pharyngienne.

M. Dührssen (de Berlin), qui emploie fréquemment la position déclive, déclare n'avoir observé qu'un cas où cette manœuvre pouvait être soupçonnée d'avoir produit une hémorrhagie cérébrale post-opératoire.

M. Sprengel (de Brunswick) insiste sur la nécessité de pratiquer le lavage stomacal toutes les fois que l'on est obligé d'intervenir sans avoir pu faire jeûner le patient. Contrairement à M. König, il ne craint pas de se servir au besoin de la position déclive pour l'ouverture d'abcès intrapéritonéaux, pourvu que la région de l'abcès soit suffisamment isolée par des compresses.

De l'influence des rayons de Röntgen sur les tissus épithéliaux, principalement sur le cancer.

M. Perthes (de Leipzig). — Bien que des guérisons de cancer superficiel au moyen de la radiothérapie aient été relatées jusqu'à présent par 35 auteurs, la question est encore loin d'être élucidée. J'ai donc entrepris une série d'expériences afin d'étudier cliniquement et histologiquement l'action des rayons de Röntgen sur les différents tissus, notamment sur les cellules épithéliales.

Le point de départ de mes recherches fut l'observation, faite sur moi-même, de la disparition d'une verrue à la suite d'une légère dermatite due à l'action des rayons X. J'ai essayé de vérifier le fait sur 18 patients, en recouvrant l'une des moitiés des verrues avec une plaque de plomb pour n'exposer que l'autre moitié à l'effet des rayons. Je pus constater ainsi que dans 16 de ces 18 cas la partie des verrues exposée aux rayons de Röntgen durcit d'abord et s'élimina ensuite sous forme d'une écaille, en laissant une couche épidermique mince qui reprit en peu de jours un aspect normal; dans 2 cas seulement la réaction fut plus intense et amena la formation passagère d'une vésicule; deux fois, enfin, je vis survenir une récidive, qui céda d'ailleurs à une nouvelle application radiothérapique. Des excisions exploratrices pratiquées à des époques différentes du traitement par les rayons X m'ont permis d'établir que l'effet de ces rayons s'exerce principalement sur les cellules épithéliales et est caractérisé, entre autres, par une disparition complète des papilles.

Cette influence incontestable des rayons de Röntgen sur les cellules épithéliales m'a engagé à contrôler la valeur thérapeutique de ces rayons sur les cancers de la peau. J'ai pu constater une action très frappante dans un cas de récidive post-opératoire de cancer cutané superficiel (*ulcus rodens*). Les nodules disséminés du cancer s'aplanirent au bout de huit jours pour se transformer en petits ulcères superficiels qui s'épidermisèrent rapidement. La partie ulcérée du néoplasme se recouvrit de granulations normales et finit par s'épidermiser en cinquante jours. La disparition du tissu cancéreux fut confirmée par l'examen histologique. Des résultats analogues furent obtenus dans des cas de récidive superficielle de cancer du sein.

Dans les cancers plus profonds, l'action des rayons X est niée par la plupart des auteurs et elle est en tout cas beaucoup moins frappante que celle qui s'exerce sur les cancers superficiels. Je crois cependant avoir constaté que le traitement radiothérapique a également dans ces cas une certaine influence, qui se manifeste par une diminution de la tumeur et de l'œdème du bras et par la disparition presque complète du tissu cancéreux, vérifiée sur un fragment de néoplasme soumis à l'examen histologique. J'ai reconnu, en outre, que la guérison des verrues peut être obtenue lors même que celles-ci sont recouvertes d'un lambeau de peau emprunté à un cadavre.

Quant à la qualité des ampoules radiographiques dont il faut se servir, nous savons que certaines ampoules émettent des rayons très pénétrants, tandis que d'autres donnent des radiations qui sont pour ainsi dire résorbées dans les couches superficielles des tissus. Il est évident que l'on s'adressera aux premières pour les cancers profonds; l'expérience a, au contraire, démontré que les rayons peu pénétrants sont plus actifs au niveau des tissus superficiels. Il convient de tenir compte, en outre, du fait que la réaction produite par les rayons ne se manifeste généralement qu'au bout de sept

à quatorze jours et qu'il existe par conséquent un effet cumulatif nécessitant une grande prudence dans l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Les résultats obtenus sur les verrues et le cancer m'ont engagé enfin à étudier l'influence des rayons X sur la cicatrisation normale. J'ai enlevé à cet effet un carré de peau d'égale grandeur sur chaque oreille d'un lapin et j'ai soumis ensuite l'une des oreilles à l'action des rayons de Röntgen, en observant sur l'autre oreille, à titre de comparaison, le processus normal de cicatrisation. Cette expérience m'a prouvé d'une manière constante que l'épidermisation d'une plaie est notablement retardée par les rayons X. J'en conclus que ces derniers exercent leur influence principalement sur les cellules épithéliales jeunes, normales ou cancéreuses.

M. Lassar (de Berlin) présente un malade guéri d'un cancroïde de la région temporale à l'aide des rayons X. Il recommande l'application de ces derniers, spécialement au moyen d'ampoules à force de pénétration moyenne et en évitant toute réaction apparente, dans le traitement des œdèmes chroniques des mains.

M. Petersen (de Heidelberg) estime que les résultats obtenus par M. Perthes, en ce qu'ils démontrent l'identité de la réaction des cellules épithéliales normales ou cancéreuses, témoignent en faveur d'une parenté très étroite entre ces deux espèces de cellules et, par suite, plaident contre l'origine parasitaire du cancer.

M. Kümmell, tout en reconnaissant la possibilité de guérir des cancers cutanés à l'aide des rayons de Röntgen, signale le cas d'un malade chez lequel ces mêmes rayons ont provoqué le développement d'un cancer. Il s'agit d'un ouvrier d'une grande fabrique d'ampoules radiographiques, qui avait pour mission spéciale de contrôler le degré de vide obtenu dans les ampoules, et qui se refusait à prendre les précautions nécessaires. Il fut atteint tout d'abord d'une dermatite généralisée avec chute des cheveux et d'une ulcération au niveau de l'avant-bras; cette ulcération devint cancéreuse et l'orateur fut obligé, finalement, de faire l'amputation du bras; ce même malade fut atteint plus tard de cataracte bilatérale.

Du diagnostic de la tuberculose articulaire et osseuse.

M. Ludloff (de Breslau). — Ayant entrepris une série de recherches dans l'intention de découvrir des foyers tuberculeux osseux chez des enfants, j'ai été amené à constater qu'au début ces foyers ne sont généralement pas visibles comme tels, mais que la tuberculose crée néanmoins des anomalies dans l'ossification épiphysaire, permettant d'établir un diagnostic précoce d'après l'épreuve radiographique. Mes investigations, qui ont porté sur l'articulation du genou, m'ont permis tout d'abord de remarquer deux particularités de l'ossification normale, non signalées jusqu'à présent : l'une consiste en une tache relativement transparente au niveau de l'épiphyse inférieure du fémur, correspondant au point d'entrée des vaisseaux nourriciers dans l'os; l'autre concerne le développement de protubérances osseuses à la périphérie du noyau épiphysaire, protubérances dont l'apparition suit un ordre régulier selon l'âge du sujet. Or, j'ai pu m'assurer que, dans des cas de tuberculose articulaire au début, la partie transparente du noyau épiphysaire, partie que je désignerai sous le nom de *tache épiphysaire*, devient encore plus transparente et que les protubérances périphériques font presque complètement défaut. J'ai vu diminuer par contre la tache épiphysaire jusqu'à disparition presque complète après des injections de préparations iodoformées dans l'articulation.

Quant à la rotule, j'ai trouvé dans plusieurs cas que son noyau présente dans les arthrites tuberculeuses commençantes un volume beaucoup plus considérable que dans la rotule normale.

Du remplacement artificiel du sang.

M. Küttner (de Tubingue). — Je vais vous rendre compte brièvement des expériences que j'ai instituées pour améliorer la méthode actuelle de remplacement du sang dans les cas d'hémorrhagie grave. J'ai constaté tout d'abord que les solutions se rapprochant de la constitution chimique du sang plus que la solution dite physiologique — par exemple la solution de Ringer — n'offrent, chez le lapin du moins, aucun avantage sur la simple solution salée. J'ai expérimenté ensuite avec des solutions additionnées d'adrénaline, sans cependant en retirer un bénéfice réel. Je me suis arrêté enfin à l'introduction d'oxygène dans l'organisme. Partant du fait que toute perte de sang supérieure à 3 % du poids du corps est mortelle chez le lapin, j'ai évacué 3.5 % de sang que j'ai remplacé immédiatement par la solution salée physiologique, puis j'ai placé l'animal dans une atmosphère d'oxygène pur, en évitant en même temps tout refroidissement. Je suis ainsi arrivé à sauver des lapins qui, sans l'administration d'oxygène, étaient irrémédiablement perdus; il est toutefois nécessaire de les maintenir dans cette atmosphère d'oxygène pendant trois heures au moins. Cette méthode n'étant pas applicable en pratique, j'ai songé à incorporer l'oxygène à la solution salée injectée par la voie veineuse et j'ai constaté que l'on pouvait introduire ainsi 20 c.c. d'oxygène pur par litre de solution physiologique. Cette solution oxygénée, expérimentée sur le cœur de la grenouille, fait immédiatement revivre le muscle cardiaque épuisé, lors même que la simple solution salée reste inefficace. Il y a donc un avantage incontestable à incorporer de l'oxygène à la solution salée, toutes les fois, du moins, que cette dernière est injectée par la voie veineuse.

De l'adéno-lymphocèle filarienne.

M. Gross (d'Iéna), après avoir retracé le syndrome clinique de l'adéno-lymphocèle filarienne, dit avoir observé en Allemagne 3 cas de cette affection, dont un à Strasbourg et deux à Iéna. Un quatrième cas aurait été opéré récemment par M. Madelung à Strasbourg. Il existerait donc, à côté de la forme tropicale, une forme endémique de cette maladie; ces faits confirment des observations analogues recueillies en France.

De la résection diaphysaire en cas de tumeur maligne.

M. Borchard (de Posen) communique l'observation d'une jeune fille qu'il a opérée pour un sarcome du fémur à marche lente. Cette affection avait abouti au bout de cinq ans à une fracture spontanée, accident qui fit amener la malade à l'hôpital. L'orateur trouva à l'opération une tumeur fusiforme de l'os, nettement circonscrite et présentant les caractères cliniques d'un sarcome. La marche lente et l'absence d'infiltration maligne des tissus environnants engagèrent M. Borchard à pratiquer la simple résection de la diaphyse fémorale. Le fragment excisé mesurait 27 centimètres et l'examen histologique confirma le diagnostic d'ostéosarcome. La consolidation fut obtenue, bien que lentement, et les muscles, malgré le raccourcissement notable du membre, récupérèrent leurs fonctions. La malade marche assez facilement à l'aide d'un appareil prothétique et est indemne de récidive.

M. W. Körte (de Berlin) relate deux faits analogues, dont l'un a été opéré il y a près de trois ans et demi. Il s'agissait dans les deux cas de sarcomes fuso-cellulaires du périoste; le premier malade fut traité par la résection du fémur et resta sans récidive; chez le deuxième, qui fut également soumis à la résection diaphysaire du fémur, une tuméfaction survenue au bout de quelque temps engagea l'orateur à pratiquer la désarticulation de la hanche; il fut impossible, à l'examen histologique exécuté ultérieurement, de trouver trace de récidive.

M. Goldmann (de Fribourg-en-Brisgau) dit avoir pratiqué 3 fois des interventions conservatrices pour des sarcomes du tibia. Les trois malades sont guéris — dont un depuis près de quatre ans —, et le fonctionnement de l'extrémité est resté normal grâce à des interventions plastiques (implantation du péroné dans le fragment supérieur du tibia dans deux cas, formation d'un lambeau cutanéo-ostéoplastique dans le troisième).

Du traitement de la fracture invétérée de la rotule.

M. Schanz (de Dresde) présente un malade atteint d'une fracture invétérée de la rotule, chez lequel l'écartement considérable des deux fragments et l'atrophie complète du muscle droit antérieur de la cuisse rendaient toute tentative de suture illusoire. Il désinséra donc le couturier, l'implanta au niveau du fragment inférieur de la rotule et obtint ainsi un résultat fonctionnel des plus satisfaisants; le patient peut étendre le genou et faire de très longues marches.

Opération d'une tumeur médiastinale.

M. von Eiselsberg. — Je vous présente une malade que j'ai opérée pour un dermoïde très volumineux du médiastin. Elle avait été admise dans un service de médecine pour une pleurésie gauche. La ponction exploratrice ayant fourni un contenu de dermoïde, je pratiquai la résection des troisième et quatrième côtes sur une étendue de 25 centimètres et commençai par évacuer le kyste, que j'extirpai ensuite sans trop de difficulté; je drainai la cavité pleurale par précaution. La tumeur était très volumineuse et occupait la presque totalité de la cavité pleurale gauche. La malade fut prise après l'opération d'une dyspnée très intense, produite en partie par la douleur, en partie aussi par des phénomènes de pression intrathoracique anormale, phénomènes signalés il y a cinq ans par Murphy. Le lendemain de l'intervention, la dyspnée arriva à son maximum. Me souvenant alors de l'observation de Murphy, je retirai le drain, fixai le poumon gauche à la plèvre pariétale et fermai la plaie. Immédiatement la respiration devint meilleure et l'état de la patiente s'amenda rapidement. La tumeur était formée par un épidermoïde multiloculaire ne présentant pas les caractères d'un tératome proprement dit.

Dans un autre cas de kyste dermoïde de cette région, que j'ai opéré jadis à Königsberg, il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans amenée dans mon service également pour une pleurésie. Le kyste avait été incisé déjà avant l'entrée de la malade et sécrétait un pus fétide. Comme il adhérait très intimement au péricarde et au médiastin, je me bornai à l'exciser partiellement; la malade succomba au bout de douze jours à une hémorrhagie provenant de l'artère mammaire interne.

J'ai observé enfin un troisième fait assez analogue, ayant trait à une petite fille de trois ans. Ici encore on avait porté le diagnostic de pleurésie. La petite malade mourut peu après la ponction, et l'autopsie révéla qu'elle avait dans la cavité pleurale gauche une tumeur tératoïde atteinte de dégénérescence sarcomateuse; cette tumeur était très peu adhérente et aurait pu être extirpée facilement.

Je conclus de ces faits que l'intervention opératoire devrait être tentée toutes les fois que le diagnostic de dermoïde intra-thoracique est établi.

De l'adaptation fonctionnelle dans des cas d'autoplastie osseuse.

M. Müller (de Rostock) présente une pièce anatomique provenant d'une fillette à laquelle il avait enlevé deux ans auparavant la diaphyse entière de la première phalange du médius à cause d'une ostéite tuberculeuse, qu'il avait remplacée par un fragment ostéo-périostique emprunté au cubitus. L'enfant ayant succombé deux ans plus tard, l'orateur put constater que non seulement le fragment implanté avait pris plus ou moins la forme d'une diaphyse normale, mais, chose plus importante, qu'il n'était pas en retard au point de vue de la croissance en longueur.

Du traitement des fractures récentes par le massage.

M. Jordan (de Heidelberg). — Estimant que l'école allemande a jusqu'à présent trop insisté sur la question de la consolidation de la fracture et trop négligé le rétablissement fonctionnel de l'appareil musculaire et tendineux, je me suis appliqué depuis huit ans à suivre dans ses grandes lignes le traitement préconisé par M. Lucas-Championnière, avec cette différence, cependant, que j'attribue une plus grande importance que ce chirurgien à l'immobilisation du membre entre les séances de massage. Sur une centaine de fractures que j'ai eu l'occasion de traiter dans ce laps de temps, fractures

siégeant principalement au niveau des extrémités supérieures, j'ai appliqué ce traitement dans 73 cas : 67 de ces malades ont récupéré leur intégrité fonctionnelle complète, tandis que 6 présentent encore à l'heure qu'il est une diminution plus ou moins considérable de leur capacité de travail. J'ai pris pour règle de commencer le traitement par un massage bi-quotidien régulier, suffisamment léger pour ne pas être douloureux, et d'immobiliser le membre entre les séances de massage par des attelles fixées à l'aide de bandes. Je me suis servi de l'appareil plâtré uniquement dans les cas où le déplacement des fragments était considérable et ne pouvait être corrigé par l'application des attelles, et je ne l'ai laissé à demeure que pendant une ou deux semaines au maximum. Ce traitement m'a toujours permis de faire diminuer rapidement les douleurs spontanées et d'activer la résorption de l'hématome. J'ai pu constater ainsi que le rétablissement fonctionnel était presque complet au moment de la consolidation osseuse.

En ce qui concerne les fractures des extrémités inférieures, peu fréquentes parmi les cas que j'ai eu à traiter, j'ai commencé par le massage pour instituer au bout d'une semaine environ le traitement ambulatoire à l'aide de l'appareil plâtré confectionné à cet effet.

J'estime — en tenant compte particulièrement de cette circonstance qu'un grand nombre de mes patients avaient dépassé la quarantaine — que les résultats obtenus par la mobilisation précoce sont sensiblement supérieurs à ceux que donne l'immobilisation prolongée, pratiquée encore par la plupart des médecins allemands.

M. Bardenheuer (de Cologne) insiste également sur l'importance d'une mobilisation très précoce des membres fracturés; il dit obtenir les meilleurs résultats en combinant cette mobilisation précoce avec l'extension permanente.

M. Stolper (de Breslau) pense que le traitement des fractures par la mobilisation précoce et le massage, tout en étant en Allemagne beaucoup plus couramment employé que ne paraît le croire M. Jordan, devrait être utilisé cependant plus souvent encore, afin de diminuer dans la mesure du possible la durée de l'incapacité au travail.

Du traitement non sanglant des luxations invétérées de l'articulation de la hanche.

M. Goldmann. — Le traitement de la luxation congénitale de la hanche est sorti de plus en plus de la phase de l'intervention sanglante, mais cette dernière est encore préconisée par la plupart des auteurs pour la luxation traumatique invétérée. Il y a là une contradiction qui, à mon avis, n'est point justifiée, et j'ai eu l'occasion d'observer trois faits qui me paraissent confirmer ma manière de voir. Je crois, en effet, que la réduction non sanglante pourrait être obtenue dans presque tous les cas à l'aide de manœuvres analogues à celles que l'on applique au traitement de la luxation congénitale. Une telle opinion me semble d'autant plus légitime que la réduction sanglante n'est point sans présenter de dangers et qu'elle peut compromettre notamment le fonctionnement ultérieur de la hanche par une ankylose plus ou moins complète.

Voici quels sont les principes qui m'ont dirigé dans le traitement des cas de cette nature que j'ai observés :

Il faut avant tout se rendre compte par l'examen radiographique si l'on a affaire réellement à une luxation simple et non pas à une luxation compliquée de fracture. La lésion simple étant reconnue, il s'agit de faire précéder la réduction d'un traitement préparatoire s'adressant à la contracture. Cette dernière une fois vaincue, je tâche d'obtenir la réduction par la réposition manuelle, à l'exclusion de tout appareil à développement aveugle de force. Si cette manœuvre échoue, il convient, selon moi, de procéder, tout comme dans la luxation congénitale, à la transposition de la tête fémorale. Ceci fait, j'applique un appareil plâtré, sous lequel j'ai vu survenir la réduction spontanément au bout d'un certain temps. Quand cet événement heureux ne se produit pas, je répète les manœuvres de réduction qui sont devenues beaucoup plus faciles par le maintien de la tête au voisinage immédiat de la cavité glénoïde. Les manœuvres échouent-elles cette fois encore, on pourra soit attendre la formation d'une néarthrose, soit s'adresser à la réduction sanglante qui sera bien plus aisée qu'elle ne l'aurait été si on l'avait pratiquée immédiatement.

De l'effet de l'irritation locale et de l'application thermique locale.

M. K. Wessely (de Berlin). — M. Bier avait cherché dès le début, dans ses expériences sur la stase artificielle, à obtenir une exagération des effets antitoxiques du sérum sanguin, et cette action antitoxique a été démontrée, en effet, par les expériences de MM. Hamberger et Nötzel en ce qui concerne la stase artificielle du genou. Ces expériences étant susceptibles cependant d'interprétations diverses, je me suis adressé au liquide de la chambre antérieure de l'œil. Dans une première série de recherches, j'ai appliqué sur l'œil du lapin des compresses chaudes à 55° ou 60°, et j'ai pu constater qu'après ces applications le liquide de la chambre antérieure devenait régulièrement plus riche en albumine. Deux autres séries d'expériences m'ont permis d'établir que cette augmentation des substances albuminoïdes correspondait à une augmentation des substances hémolytiques et agglutinantes; à cet effet, je traitai des lapins préalablement soit avec du sang de chien, soit avec des bacilles d'Eberth; je reconnus de la sorte que le pouvoir hémolytique vis-à-vis du sang de chien et le pouvoir agglutinant de l'humeur aqueuse vis-à-vis du bacille d'Eberth étaient considérablement augmentés. J'ai pu faire enfin des observations analogues sur la conjonctive, en y produisant un œdème artificiel et en recherchant les réactions d'agglutination et d'hémolyse avec le sérum obtenu par expression de la conjonctive, après avoir tué l'animal en le saignant, pour éviter tout mélange du sérum avec du sang extravasé.

Cette exagération des pouvoirs agglutinant et hémolytique de l'humeur aqueuse est étroitement liée à l'hyperémie thermique, car elle n'a pas lieu si l'on empêche la production de l'hyperémie par l'application d'adrénaline.

Je ne veux point dire par là que l'accumulation de substances antitoxiques puisse expliquer à elle seule tous les effets favorables de l'hyperémie artificielle, mais elle constitue cependant un facteur dont l'intervention est expérimentalement démontrée et dont il convient de tenir compte.

De la transplantation des vaisseaux et de la replantation d'extrémités amputées.

M. E. Höpfner (de Berlin). — J'ai institué un certain nombre d'expériences d'où il résulte que, contrairement à l'opinion courante, l'isolement complet d'un vaisseau sanguin sur une certaine étendue n'en amène point nécessairement la gangrène. J'ai même réussi, en me servant du procédé de suture vasculaire indiqué par M. Payr, à transplanter un morceau de l'artère fémorale du chien dans la carotide, et *vice versa*. Un examen ultérieur m'a permis de constater que ces segments transplantés n'avaient point perdu leur vitalité. Ces expériences pourraient trouver une application pratique dans les cas, par exemple, où un néoplasme malin nécessiterait la résection simultanée de l'artère et de la veine fémorale. La gangrène étant très fréquente en pareille occurrence, on pourrait implanter dans la perte de substance de l'artère un segment de l'artère correspondante provenant d'un cadavre et prélevé peu après le décès, ou bien encore un fragment de la carotide externe ou de l'artère axillaire du patient même.

Je ne suis pas parvenu, par contre, à transplanter des segments d'artère sur des animaux d'une autre espèce, ni des segments de veine sur une artère.

J'ai fait enfin des expériences sur la replantation des extrémités amputées sur le chien, en exécutant la suture vasculaire, et j'ai réussi à maintenir ainsi une extrémité en vie pendant onze jours; le chien succomba malheureusement à la narcose chloroformique pratiquée pour munir l'extrémité implantée d'un appareil plâtré. Dans un deuxième cas, l'extrémité resta vivante pendant six jours, mais le chien mourut d'un abcès formé au niveau de la plaie.

De l'action antiseptique de l'iodoforme.

M. B. Heile (de Breslau). — Le contraste existant entre l'efficacité clinique indiscutable de l'iodoforme et sa puissance antiseptique expérimentalement presque nulle a donné lieu à de nombreuses recherches dont aucune n'a fourni jusqu'à présent des résultats concluants. Partant de l'idée qu'il ne pouvait s'agir là que d'une décomposition de ce corps, et que cette décomposition devait être produite par l'action des tissus vivants, j'ai mélangé du foie broyé et de l'iodoforme, en ajoutant à ce mélange des cultures de microorganismes de la suppuration (staphylocoque ou streptocoque pyogène). L'action des tissus sur l'iodoforme pouvant être soit une oxydation, soit un processus de réduction, j'ai institué une première série d'expériences dans lesquelles j'ai favorisé l'oxydation en donnant libre accès à l'air; l'iodoforme resta cependant absolument inefficace. J'en conclus qu'il ne pouvait s'agir d'un processus d'oxydation et je m'efforçai d'obtenir la réduction en empêchant l'accès de l'air, soit par la superposition de paraffine dans l'éprouvette, soit en opérant dans une atmosphère d'hydrogène. De cette façon, je pus constater que les microorganismes étaient tués régulièrement au bout de trois à cinq jours. L'action bactéricide était donc bien due à un processus de réduction produit par le tissu vivant. La même expérience, répétée avec des tissus de diverse nature, me permit de reconnaître que le foie produit l'effet le plus intense; puis viennent le tissu splénique, le poumon, le rein, le tissu adipeux et la substance cérébrale.

Une autre série de recherches m'apprit que l'action bactéricide de ces mélanges marche de pair avec la décomposition de l'iodoforme et le dégagement d'iode pur.

J'instituai ensuite des expériences parallèles avec des cultures de divers microorganismes et je pus me convaincre que ces derniers ne décomposent pas l'iodoforme. Quant au pus — toujours en l'absence d'oxygène —, il produit un dégagement d'iode insignifiant, plus prononcé cependant pour le pus d'une suppuration aiguë que pour celui des abcès tuberculeux. En ce qui concerne les tissus de granulation, par contre, j'ai vu que les granulations tuberculeuses sont un peu plus actives à cet égard que celles des abcès ordinaires.

Il semblait donc que le dégagement d'iode à l'état naissant fût l'élément bactéricide dans l'action de l'iodoforme. Il n'en est point ainsi cependant, car ce dégagement d'iode put être obtenu également en présence de l'oxygène de l'air, tandis que l'effet bactéricide ne se produit qu'à l'exclusion rigoureuse de tout oxygène. D'autres expériences, dont je ne puis donner ici les détails, me montrèrent que cette action bactéricide ne saurait être attribuée à une substance volatile, telle que l'acétylène. Je crois plutôt qu'il s'agit d'un corps chimique caractérisé comme diiode-acétylène, composé chimique ayant une puissance bactéricide très prononcée.

Ces recherches me paraissent expliquer le fait clinique que l'action antibactérienne de l'iodoforme est beaucoup plus manifeste dans les plaies profondes, cavitaires, que dans les plaies superficielles, facilement accessibles à l'air. Elles fournissent également des indications utiles pour l'emploi de l'iodoforme dans le traitement des affections tuberculeuses.

Lymphangiome diffus de l'avant-bras.

M. Katholitzky (de Brunn) présente un jeune garçon atteint de lymphangiome diffus de l'avant-bras gauche. Cette lésion a transformé le bras et la main en une masse flexible, d'une translucidité rappelant celle de l'hydrocèle et dans laquelle on perçoit, à la palpation, de petits fragments pour ainsi dire émiettés du squelette. Des examens radiographiques faits à plusieurs reprises — le début de l'affection remonte à trois ans environ — ont permis de suivre la disparition, actuellement presque complète, de la substance osseuse.

M. von Bramann (de Halle) dit avoir observé un cas de lymphangiome diffus de l'extrémité inférieure, où la consistance du membre était modifiée comme chez le malade de M. Katholitzky, mais où il n'existait pas encore de lésion osseuse. Ce patient fut amélioré sensiblement par des injections d'acide phénique à 1 %,

M. von Beck (de Carlsruhe) dit avoir vu guérir spontanément un lymphangiome diffus du bras, à la suite d'une inflammation phlegmoneuse accompagnée de gangrène.

Recherches cliniques et anatomiques sur les cancers du tube digestif.

M. Petersen. — Après avoir établi par l'examen de nombreuses pièces anatomiques que l'origine du cancer de la peau, si elle est le plus souvent unicentrique, comme le soutient M. Ribbert, est parfois cependant multicentrique, j'ai continué mes recherches sur les cancers de la muqueuse du tube digestif, à savoir sur 240 cancers intestinaux et environ 100 cancers de l'estomac. J'ai pu confirmer sur ce point l'opinion de M. Ribbert, selon laquelle ces cancers présenteraient une origine exclusivement unicentrique, car il ne m'a été possible dans aucun cas de rencontrer les indices d'un développement multicentrique. Je n'ai pu constater non plus le passage insensible des cellules normales aux cellules cancéreuses, les deux espèces d'éléments étant au contraire partout nettement différenciées, et l'examen de coupes en séries m'a toujours permis de reconnaître que les boyaux néoplasiques paraissant isolés à la périphérie de la tumeur sont en réalité reliés à cette dernière. J'ai donc pu confirmer de tous points la théorie de l'accroissement de ces cancers par prolifération de leurs propres éléments.

Ces observations — qui me paraissent militer en faveur de l'origine non parasitaire du cancer — présentent un certain intérêt pratique; il en résulte, en effet, que les récidives post-opératoires survenant au niveau de la muqueuse ne sauraient être considérées comme de nouvelles formations de cancers, mais qu'elles ne constituent que le développement ultérieur des cellules cancéreuses non extirpées.

Les diverses parties de l'appareil digestif se comportent d'une manière assez différente en ce qui concerne la prépondérance de telle ou telle forme de récidive. En distinguant d'une manière générale trois catégories de récidives, à savoir des récidives dans l'organe même, dans le tissu cellulaire ambiant et dans les ganglions lymphatiques voisins, je puis dire que cette dernière variété, qui est la plus habituelle pour le cancer labial par exemple, ne joue qu'un rôle secondaire dans le cancer de l'estomac et du rectum. Le cancer de l'estomac ayant la particularité de s'étendre très loin dans la muqueuse même, nous trouvons en pareil cas des récidives fréquentes au niveau de cette couche, par conséquent dans le tissu primitivement atteint. Le cancer du rectum, par contre, envahit beaucoup moins la muqueuse, mais se propage très rapidement vers les tissus ambiants; il est dès lors compréhensible que ces derniers soient le siège principal des récidives.

Pour ce qui est des récidives ganglionnaires, j'ai fait des constatations singulières et non encore expliquées. J'ai trouvé assez souvent des groupes de cellules cylindriques en apparence normales, logées tantôt dans les veines, tantôt dans le tissu conjonctif, le tissu adipeux sous-séreux ou les ganglions voisins, amas cellulaires pouvant être interprétés soit comme anomalies anatomiques n'ayant aucun rapport avec le néoplasme malin, soit comme cellules néoplasiques en voie de se rapprocher de nouveau du type de leurs cellules mères, c'est-à-dire des cellules épithéliales normales de l'estomac. Cette dernière interprétation est confirmée par le résultat des recherches faites par M. Wertheim sur l'histologie des ganglions rétro-péritonéaux dans le cancer utérin. Je suis d'avis qu'un grand nombre de ces inclusions cellulaires n'arrivent pas au développement complet et ne fournissent pas de métastases, et cette manière de voir me paraît corroborée par les expériences faites à la clinique chirurgicale de Heidelberg. Tout en opérant très radicalement le cancer de l'estomac au niveau de la paroi stomacale même, nous nous abstenons, en effet, d'extirper tous les ganglions, pour ne pas augmenter outre mesure la gravité de l'intervention. Or, nous obtenons néanmoins un chiffre de guérisons de 23 %, en ne tenant compte que des cas observés pendant plus de trois ans. Il me paraît impossible que ces malades actuellement guéris n'aient pas porté, tout comme ceux chez lesquels j'ai eu l'occasion de faire l'examen histologique, ces groupes de cellules cylindriques retenues dans les ganglions lymphatiques, et ces groupes n'ont cependant pas donné lieu au développement ultérieur de métastases.

M. Borrmann (de Marbourg). — Les résultats relatés par M. Petersen correspondent de tous points à ceux que j'ai communiqués moi-même, concernant le cancer stomacal. J'ai poursuivi depuis lors mes recherches en les étendant au cancer cutané et j'ai constaté qu'ici également le développement du cancer était essentiellement unicentrique. Je ne veux point nier par là la possibilité d'une origine multicentrique au tout premier début du néoplasme, mais il me paraît inadmissible, si j'en juge par mes recherches, que cette origine multicentrique se manifeste encore dans le développement ultérieur du néoplasme. J'ai toujours pu constater dans les cancers cutanés au début cette zone inflammatoire sous-épithéliale qui, d'après M. Ribbert, constituerait le premier stade du cancer et précéderait les lésions épithéliales.

M. König. — La destruction des germes cancéreux dans les ganglions lymphatiques, admise par M. Petersen, me paraît quelque peu contestable, étant donné que le cancer peut rester latent dans les ganglions pendant nombre d'années. Je vous rappellerai à cet effet la communication que j'ai faite il y a douze ans environ et qui se rapportait à 2 cas de cancer du sein ayant donné lieu à des récidives ganglionnaires après dix et treize ans.

Sur l'estomac en sablier.

M. Wullstein (de Halle) fait une communication dans laquelle, après avoir signalé qu'il y a lieu de distinguer une forme congénitale et une forme acquise d'estomac en sablier, il envisage les divers procédés opératoires à opposer à cette affection.

L'orateur estime que la dilatation digitale, la gastrolyse et la gastroplastie ne sauraient être conseillées que dans des cas très légers. Quant à la résection — procédé idéal au point de vue théorique —, elle se trouvera rarement indiquée. Les interventions de choix sont la gastro-anastomose et la gastro-entérostomie, cette dernière dans les cas principalement où la poche pylorique est peu volumineuse ou inaccessible par suite d'adhérences très étendues. M. Wullstein déclare enfin avoir essayé sur le chien un nouveau procédé de réunion des deux poches, qui consiste essentiellement dans la destruction de la partie de la paroi stomacale formant l'éperon et dans la réunion subséquente des deux poches par la suture. Cette destruction peut être obtenue soit au moyen d'une suture très serrée supprimant la nutrition de la partie de la paroi prise entre les sutures, soit par l'écrasement préalable. Cette méthode, qui n'a pas encore été exécutée sur le vivant, aurait l'avantage de réaliser une guérison sûre de l'estomac biloculaire sans qu'on eût besoin de l'ouvrir.

De l'ulcère peptique consécutif à la gastro-entérostomie.

M. Brodnitz (de Francfort-sur-le-Mein). — Je vous présente une pièce anatomique provenant d'un patient sur lequel j'avais pratiqué il y a plus de trois ans une gastro-entérostomie antérieure pour un rétrécissement bénin du pylore. Trois années après l'opération, le malade revint me consulter pour des douleurs abdominales et une petite tumeur sensible à la pression au-dessus de l'ombilic. Je crus avoir affaire à une hernie épiploïque et pratiquai une nouvelle intervention qui me permit de constater l'existence d'une adhérence intestinale produite par un ulcère peptique situé en face de l'orifice anastomotique. Un deuxième ulcère plus petit siégeant dans le voisinage immédiat de cet orifice, je pratiquai la résection de la région tout entière et implantai l'intestin sur un autre point de l'estomac, en complétant cette intervention par une anastomose latérale entre les bouts afférent et efférent de l'intestin; au dix-huitième jour, le malade présenta une petite fistule stomacale au niveau de la cicatrice, fistule qui guérit facilement par la simple administration de poudre de magnésie; cinq mois plus tard, le patient avait de nouveau des symptômes d'ulcère, dont il fut débarrassé par le traitement médical.

Des recherches dans la littérature m'ont permis de constater que ces ulcères peptiques de l'intestin ont été observés après toutes les formes de gastro-entérostomie et avec tous les degrés d'acidité stomacale, et qu'ils sont survenus de dix jours à quatre ans après l'intervention. Sans symptômes cliniques dans certains cas, ils provoquent parfois des troubles très sérieux; sur 10 malades opérés, 5 ont présenté des récidives.

Cure radicale des hernies chez les enfants en bas âge.

M. Maass (de Berlin) relate les observations qu'il a faites au cours de 80 opérations de hernie inguinale ou ombilicale chez des enfants en bas âge. Il conseille, d'une manière générale, de pratiquer l'opération à partir de l'âge d'un an, les hernies guérissant souvent au cours de la première année par le port d'un bandage. L'opération ne serait indiquée durant la première année que dans les cas où la hernie présente des complications sérieuses, telles que l'étranglement. Quant au procédé opératoire, M. Maass se borne à la simple ablation avec ligature du sac, sans suture des piliers ni du canal, procédé qu'il croit suffisant pour obtenir la guérison radicale chez l'enfant.

M. Karewski (de Berlin) recommande également le traitement opératoire chez les enfants en bas âge. Il se tient toujours, comme M. Maass, à la simple excision et à la ligature du sac, et n'a jamais observé de récidive.

Du traitement des hernies par des injections de paraffine dure.

M. Eckstein (de Berlin) préconise le traitement des hernies inguinales et ombilicales par des injections de paraffine ayant un point de fusion de 56° à 58°. Il dit avoir obtenu la guérison chez plusieurs malades par une seule injection, tandis que d'autres cas ont nécessité deux ou plusieurs injections. Cette méthode vise à la production d'une plaque de paraffine solide dans le tissu sous-cutané en face de l'orifice herniaire, plaque formant pour ainsi dire une pelote qui empêcherait la sortie de l'intestin. Chez les enfants en bas âge, il est préférable d'employer de la paraffine fusible à 50°, afin d'éviter la formation d'eschares (1).

M. Gersuny (de Vienne). — L'injection de paraffine équivalant toujours à l'introduction d'un corps étranger plus ou moins volumineux dans l'organisme, je conseille de n'utiliser ce moyen pour le traitement des hernies que dans le cas où l'opération serait contre-indiquée. Dans toute autre circonstance, la cure radicale me paraît être la méthode de choix. Quant aux hernies ombilicales, je crois que les injections de paraffine, loin d'amener la guérison, risquent plutôt de former une espèce d'amorce pour le développement d'un cône péritonéal, tout comme le tissu adipeux chez les personnes obèses.

Pour ce qui est des différentes méthodes de prothèse à la paraffine, j'estime que celle que j'ai été le premier à indiquer, à savoir l'injection de vaseline fusible à 35° ou 40°, n'est point inférieure à l'injection de paraffine à point de fusion plus élevé, telle qu'elle est préconisée par M. Eckstein. Ma méthode a, en outre, le grand avantage d'être d'une exécution beaucoup plus facile, et je pense qu'au point de vue de la production d'embolies, celle de M. Eckstein n'est pas plus inoffensive que la mienne.

M. Eckstein dit n'avoir jamais constaté d'embolie dans les cas qu'il a traités; il insiste sur l'utilité qu'il y a à pouvoir donner immédiatement la forme définitive à la substance injectée, ce qui n'est pas le cas pour les injections de vaseline préconisées par M. Gersuny.

Du mécanisme de formation des nœuds intestinaux.

M. Wilms (de Leipzig). — Je tiens à signaler un fait qui me paraît très important pour le mécanisme de certains étranglements internes par brides et la formation des nœuds intestinaux en général. On dit ordinairement que l'anse intestinale prise par la bride s'est glissée

(1) A la séance de vendredi dernier (5 juin 1903) de la Société império-royale des médecins de Vienne, M. Th. Escherich a présenté 9 enfants chez lesquels il a traité avec succès des hernies ombilicales par des injections (de 1 à 5 c.c.) de paraffine fusible à 40°, dans le sac préalablement vidé de son contenu par compression. — N. D. L. R.

derrière cette dernière. Or, cette expression ne me paraît pas correspondre à la réalité des faits, car le mécanisme de cette introduction d'une anse toujours plus grande derrière une bride ou dans un orifice herniaire intra-abdominal est, à mon avis, un processus actif de la part de l'intestin. Voici comment les choses doivent se passer : dès que la convexité d'une anse s'est fortuitement engagée derrière la bride, le péristaltisme commence à agir et il se produit grâce à lui une stagnation du contenu intestinal dans la partie afférente de l'anse en amont de l'obstacle. Cette stagnation amène une dilatation de l'intestin qui exerce à son tour une traction sur l'anse efférente située au delà de l'obstacle; ce segment intestinal est donc attiré sous la bride et ce même mécanisme, en continuant à agir, attire progressivement une partie toujours plus grande de l'anse efférente derrière l'obstacle, jusqu'à ce que l'intestin grêle y ait passé tout entier. On remarquera, en effet, que dans la plupart des cas, la fixation du cæcum seule met un terme à ce processus.

La pathogénie que je viens de signaler préside également à la formation des nœuds intestinaux et en fournit l'explication la plus simple. Le fait primordial est toujours constitué par un développement excessif de l'S iliaque avec torsion plus ou moins prononcée de cette anse autour de l'axe de son mésentère. L'espace existant entre cette anse intestinale volumineuse et la paroi abdominale postérieure représente pour ainsi dire un orifice herniaire dans lequel s'engage une anse de l'intestin grêle. Cette anse s'agrandit progressivement grâce au mécanisme sus-indiqué, jusqu'à ce que l'iléon tout entier jusqu'au cæcum y ait passé. Ce même mécanisme nous permet d'expliquer facilement les cas même où l'on a constaté la participation de trois anses intestinales à la formation du nœud.

De l'opération précoce dans l'appendicite.

M. Payr (de Gratz). — Malgré de nombreuses discussions, nous ne sommes point encore arrivés à un résultat satisfaisant en ce qui concerne le traitement de l'appendicite. Les statistiques actuelles ne me paraissent fournir aucune indication utile à ce sujet, étant donné qu'elles sont établies sur des matériels par trop dissemblables. C'est ainsi que j'ai trouvé, dans une statistique portant sur 600 cas consignés dans la littérature, une mortalité de 2 à 3 %, tandis que M. Sprengel, dans une statistique analogue, arrive au chiffre effrayant de 20 %. Il me paraît évident que cette dernière statistique comprenait non pas l'ensemble des cas observés au début de la crise, mais un choix de cas particulièrement graves, opérés au début en raison de l'intensité des symptômes. Les seules règles valables que nous possédions sont, à mon avis, celles que M. Kocher a édictées, et d'où il résulte notamment que l'opération hâtive, dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, s'impose pour tout chirurgien qui veut sauver le plus grand nombre possible de vies humaines, sans avoir égard à sa statistique. Nous pouvons établir, en effet, ce fait que l'opération pratiquée le premier ou le second jour fournit généralement de bons résultats, mais la difficulté réside dans la détermination précise du début de la crise. Nous obtiendrons des succès toutes les fois que nous pourrons intervenir avant la perforation, dans la phase des symptômes précurseurs. Si cette phase, pendant laquelle l'inflammation est confinée à l'appendice, est relativement longue, nous arriverons facilement à temps, même en opérant après quarante-huit heures, tandis que notre intervention peut être trop tardive à ce même moment si les signes précurseurs ont fait défaut ou si le début des symptômes cliniques a coïncidé avec la perforation de l'organe.

La gravité du cas dépend, en outre, de la position anatomique de l'appendice : plus celui-ci est libre, plus grand est le danger d'inondation subite de la cavité abdominale avec péritonite consécutive foudroyante. Malheureusement, les manifestations cliniques ne nous renseignent pas suffisamment à cet égard, malgré certains indices précieux qu'il nous sera toujours possible de relever, et je ne puis me déclarer d'accord avec les chirurgiens qui croient pouvoir poser dans tous les cas un diagnostic anatomique précis. Si nous attendons que ce diagnostic soit possible, nous perdons un temps précieux pour sauver notre malade.

M. Sonnenburg (de Berlin). — J'ai fait avec M. Federmann, dans 150 cas d'appendicite aiguë, des examens minutieux de la leucocytose, répétés d'une à trois fois par jour, et nous avons pu nous convaincre que ce mode d'investigation fournit certains indices précieux, et que la courbe de la leucocytose n'est pas moins importante que la courbe thermique. Nous rangeons nos cas en trois catégories :

Dans 25 faits, il s'agissait d'appendicite simple, localisée à l'appendice ou accompagnée d'un exsudat séro-fibrineux péri-appendiculaire. Dans cette forme il y a généralement une augmentation aiguë de la leucocytose, atteignant rarement toutefois le chiffre de 20,000, avec diminution assez rapide survenant au plus tard après quatre ou cinq jours et correspondant à la régression de l'ensemble des symptômes morbides.

Chez 70 malades, nous avions affaire à une appendicite purulente, perforative, circonscrite. Ici la leucocytose s'élève brusquement et atteint fréquemment le taux de 20,000 à 30,000. On constate ensuite une diminution du nombre des leucocytes jusqu'à 15,000 environ, et nous avons observé que dans le cas même où cette diminution ne se manifeste qu'après le sixième jour, la résolution est encore possible. On assiste cependant le plus souvent, dans les faits de cette catégorie, à une nouvelle élévation du nombre des leucocytes jusqu'à 20,000 ou 30,000, généralement après le sixième jour. Cette augmentation est suivie d'une diminution, si bien que le chiffre normal est atteint dès que l'abcès a perdu son caractère progressif. Dans une dizaine de cas très graves, la leucocytose s'est abaissée au chiffre normal après trois jours, malgré la persistance de symptômes cliniques inquiétants; il s'agit, dans les faits de ce genre, de sujets chez lesquels les moyens de défense de l'organisme sont insuffisants; le pronostic est alors des plus sérieux.

Enfin, 26 cas concernent des péritonites libres progressives, correspondant au type de l'appendicite gangreneuse. Nous parlons ici d'appendicite gangreneuse, parce que la gangrène de l'appendice est de règle en pareille occurrence, mais nous n'ignorons pas que cette forme peut exister également sans gangrène de l'appendice, tout comme il y a des cas de gangrène sans péritonite progressive. Dans ces cas, la courbe est également caractéristique : la leucocytose atteint très rapidement le chiffre de 30,000 pour diminuer ensuite et arriver au taux normal de 10,000 au bout de six ou sept jours, mais cette diminution de la leucocytose, accompagnée de symptômes cliniques très graves, marque l'insuffisance des moyens de défense de l'organisme, et ces cas se terminent généralement par la mort.

Il résulte de ces données que l'examen de la leucocytose, pratiqué d'une manière régulière et permettant d'établir la courbe exacte, constitue un moyen utile d'investigation et de diagnostic, et qu'il est susceptible de fournir des indications précieuses, à condition d'être mis en parallèle constant avec l'ensemble des symptômes cliniques. On risquerait par contre de tomber dans les plus graves erreurs si l'on voulait faire dépendre les décisions thérapeutiques de la leucocytose seule, sans tenir compte des moyens habituels d'examen.

M. Körte. — Je suis sorti quelque peu, ces derniers temps, de ma réserve à l'égard de l'opération précoce et j'ai été amené à ce changement par une série de cas particulièrement graves qui m'ont paru revêtir un caractère réellement épidémique. J'ai acquis la conviction que l'opération précoce fournit de meilleurs résultats que l'intervention à chaud à partir du troisième jour.

M. Sprengel. — Je dispose actuellement de 36 cas d'opération précoce; je puis dire d'une manière générale que j'opère tout malade atteint d'appendicite dès qu'il est amené dans mon service. Ces 36 interventions pratiquées dans les quarante-huit premières heures ne m'ont donné qu'un seul décès survenu au bout de plusieurs semaines, à la suite de complications secondaires. Au point de vue pratique, je range les appendicites en deux grandes catégories : l'une comprend les formes purement catarrhales, dont les symptômes s'amendent régulièrement au bout de vingt-quatre heures, et l'autre les formes que j'engloberai sous le nom de « destructives », où il ne survient pas d'amélioration et qui nécessitent une intervention hâtive. Quant à l'examen de la leucocytose, il ne me paraît fournir aucune indication pratiquement utilisable et je le considère essentiellement comme un moyen employé par les représentants de la médecine interne pour nous empêcher d'opérer l'appendicite.

M. Kümmell. — J'ai soutenu de tout temps une opinion relativement conservatrice, et, malgré un matériel considérable, je n'ai pas cru devoir m'en départir jusqu'à présent. Je conviens qu'il existe un grand nombre de cas où il faut opérer immédiatement et je pratique fréquemment l'intervention précoce, mais j'estime qu'il ne convient pas de traiter tous les cas d'après la même règle : je me suis réservé la liberté d'individualiser et d'attendre la résolution pour opérer à froid les malades chez lesquels je suis en droit de prévoir une résolution spontanée et prompte de la crise. Je crois que l'ensemble des symptômes cliniques permet de poser le pronostic dans la grande majorité des cas.

M. Riedel (d'Iéna). — Je suis d'un avis opposé à celui de M. Kümmell en ce que j'estime qu'il est impossible de porter un pronostic en se basant sur les symptômes cliniques. J'opère donc tous les malades dès leur arrivée dans mon service, et les résultats obtenus ne m'engagent pas à changer de pratique.

Rétrécissement bénin de l'orifice duodénal du cholédoque.

M. Körte. — Je vous présente un cas d'obstruction du cholédoque dans lequel je crus avoir affaire, d'après les symptômes cliniques, à une affection néoplasique. A l'opération, je trouvai cependant un rétrécissement bénin de l'extrémité du cholédoque, rétrécissement découvert après incision du duodénum. La dilatation de la partie rétrécie et le drainage du cholédoque furent suivis d'une guérison définitive (1).

Nous avons pu faire dans ce cas quelques recherches sur le suc pancréatique normal, recherches que M. Glässner a récemment communiquées à la Société de médecine interne (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 89).

Des substances toxiques dans le contenu intestinal en cas d'iléus.

M. Clairmont (de Vienne) relate une série d'expériences tendant à démontrer que les substances toxiques rencontrées en amont d'un obstacle intestinal sont élaborées par des microorganismes. Ces poisons sont neutralisés par la substance cérébrale d'après le procédé de Wassermann, mais ils résistent à la chaleur. Il a été impossible, d'autre part, d'immuniser les animaux à leur égard.

M. Riese (de Britz) dit avoir pratiqué avec un résultat très favorable la réduction sanglante d'une luxation invétérée de la tête du radius en avant, affection que l'on traite habituellement par la résection de la tête radiale. L'opération fut rendue quelque peu difficile par l'ossification partielle du ligament annulaire.

M. Narath (d'Utrecht) relate un cas de hernie duodéno-jéjunale de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle et du cæcum. L'opération, très difficile, réussit cependant, bien qu'il ait fallu la compliquer par une pyloroplastie, le pylore ayant été rétréci à la suite de la hernie en question.

M. Werckmeister (de Zittau) communique l'observation d'un prostatique chez lequel il a établi une fistule vésicale oblique d'après le principe de M. Witzel; grâce à un appareil prothétique le patient peut vider la vessie à son gré et vaquer à ses occupations comme auparavant.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne.

(A suivre.)

(1) Voir page ci-contre, à propos des difficultés du diagnostic différentiel dans les cas de ce genre, la discussion qui a eu lieu à la dernière séance de la Société de chirurgie de Paris. — N. D. L. R.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1903.

De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans les cinq dernières années.

M. Poncet. — Depuis ma dernière communication sur l'actinomycose en France (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 114), nous avons eu l'occasion, M. Thévenot et moi, d'observer encore 11 actinomycosiques; en ajoutant à ces faits les autres observations publiées récemment par différents auteurs, nous avons pu réunir 30 cas d'actinomycose; nous arrivons ainsi au chiffre total, pour les cinq dernières années, de 86 observations françaises d'actinomycose, dont 67 localisations cervico-faciales, 4 pleuro-pulmonaires, 9 abdominales (intestinale, génito-urinaire), 4 actinomycoses des parois du thorax et de l'abdomen, 2 de la peau et des membres.

En ce qui concerne l'étranger, depuis cinq ans, 189 observations ont été publiées en Russie, 102 dans l'Amérique du Nord, 101 en Allemagne, 79 en Autriche; si l'on tient compte de l'étendue des territoires, du nombre des habitants, etc., la proportion des actinomycoses est à peu près la même dans ces pays qu'en France. Pour d'autres régions, le nombre est plus faible : on a compté 35 cas en Angleterre, 22 en Italie, 5 en Suisse, 4 en Turquie, 3 en Hollande, 2 en Roumanie, 2 en Suède, 1 en Grèce.

Il n'est pas douteux que l'actinomycose soit transmissible de l'animal à l'homme, mais la grande source de contamination, pour l'homme comme pour les animaux, est dans le règne végétal. Cette notion étiologique est confirmée par nos dernières recherches. C'est ainsi qu'en Alsace-Lorraine, les vallées du Rhin et de la Moselle comptent quatre fois plus d'actinomycosiques que le haut plateau de la Lorraine et que les arrondissements de la montagne, bien que ces dernières régions élèvent plus de bestiaux.

L'Allemagne du nord, riche en bétail, est, par contre, cinq fois plus touchée que l'Allemagne du sud; mais il y a lieu de tenir compte de la situation très misérable des paysans de l'Allemagne du nord. L'actinomycose, de même que la tuberculose, apparaît ici comme une maladie de misère, ce qui explique aussi sa fréquence en Russie.

Au surplus, si l'actinomycose était d'origine animale, ce sont les parties ordinairement en contact avec les animaux, ou souillées par leur salive, qui seraient le plus souvent atteintes. Or, le dépouillement de nos observations, au point de vue de la localisation des lésions, a prouvé qu'il n'en était rien; il nous a en outre fourni des données intéressantes sur la gravité différente que revêt la maladie, suivant sa forme, et surtout d'après son siège.

L'actinomycose cervico-faciale, de beaucoup et partout la plus fréquente, est représentée dans notre statistique par 306 cas; sur 181 malades pour lesquels nous avons des renseignements, 3 sont portés comme améliorés, 10 sont morts et 168 ont guéri, soit environ 1 mort pour 17 guérisons; cette localisation comporte donc un pronostic relativement favorable.

L'infection de la paroi thoracique ou de la paroi abdominale a un pronostic déjà plus sombre : 25 cas ont donné 16 guérisons, 4 morts, 5 résultats inconnus, c'est-à-dire 1 mort pour 4 guérisons.

Dans les localisations viscérales, la mortalité s'élève considérablement. En effet, lorsqu'elle siège sur les organes profonds de l'abdomen, l'actinomycose compte, à peu près, autant de morts que de guérisons : sur 84 cas, nous avons 16 guérisons, 17 morts et 51 résultats inconnus. Enfin les formes pleuro-pulmonaires sont les plus graves : 71 cas avec 4 guérisons, 25 morts et 42 résultats inconnus.

En dehors du sujet — dont il faut toujours grandement tenir compte dans l'actinomycose, comme dans toute autre maladie infectieuse —, ces variations du pronostic s'expliquent par le siège, par la profondeur, par l'ancienneté des lésions, par la virulence plus ou moins grande du parasite, par l'absence de traitement spécifique, par d'autres infections microbiennes surajoutées, etc.

M. Nocard rappelle que MM. Lignières et Spitz ont signalé l'année dernière l'existence, dans la République Argentine, d'une affection ressemblant beaucoup à l'actinomycose, et qui est due à un bacille spécial, l'actinobacille, impossible à distinguer de l'actinomyces lorsqu'on se contente d'un examen par l'acide picrique ou par la glycérine picro-carminée. Cette différenciation ne peut être faite qu'au moyen du Gram, qui est sans action sur l'actinobacille tandis qu'il colore l'actinomyces.

L'orateur ajoute qu'il a déjà observé personnellement 2 cas d'actinobacillose linguale chez le bœuf, et fait en outre remarquer que, tandis que l'iodure de potassium est souverain contre l'actinobacillose, il agit d'une façon beaucoup moins efficace contre l'actinomycose.

La variabilité des résultats obtenus dans le traitement de l'actinomycose par l'iodure de potassium est peut-être due à ce qu'un certain nombre de cas d'actinobacillose ont été pris pour de l'actinomycose vraie.

M. Poncet dit que dans tous les cas d'actinomycose qu'il a observés, l'examen des grains d'actinomyces a été fait au moyen du Gram et du picro-carmin; il ne saurait donc y avoir de doutes au point de vue du diagnostic.

Traitement du cancer par les rayons X.

M. Robin lit, à l'occasion d'une note de MM. Doumer et Lemoine (de Lille) sur ce sujet, un rapport dans lequel il résume tout d'abord une observation de ces auteurs relative à un homme de soixante-quatre ans, présentant tous les signes d'un cancer de l'estomac en même temps qu'une tumeur nettement appréciable au niveau de la grande courbure de cet organe, et chez lequel tous les accidents ont disparu à la suite de 5 séances de radiothérapie.

Un autre cas de guérison, observé par MM. Doumer et Lemoine, concerne une femme atteinte d'hématémèses qui avait considérablement maigri et qui présentait une petite tumeur de la région stomacale; un mois après l'emploi des rayons de Röntgen, la tumeur n'était plus perceptible à la palpation.

A côté de ces faits heureux, MM. Doumer et Lemoine en rapportent d'autres où la méthode a complètement échoué, ou a seulement fait disparaître les troubles fonctionnels.

En terminant, le rapporteur fait remarquer qu'en présence de cas de guérison d'une maladie aussi redoutable que le cancer de l'estomac, on peut toujours invoquer la possibilité d'une erreur de diagnostic; il estime cependant que si les faits signalés par MM. Doumer et Lemoine ne doivent pas être admis sans réserve, ils ne peuvent pas non plus être rejetés de propos délibéré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1903.

De la pluralité des néoplasmes.

M. Segond. — J'ai opéré pour ma part une femme qui avait un squirrhe mammaire d'un côté et un volumineux adéno-fibrome de l'autre sein; il m'est arrivé également d'intervenir trois fois à un an d'intervalle, chez la même malade, pour un kyste de l'ovaire, puis pour un cancer du sein, et enfin pour un cancer de l'autre sein; dans un troisième cas j'ai dû faire une hystérectomie pour cancer utérin après avoir enlevé un kyste de l'ovaire.

J'ai observé aussi deux exemples de coexistence d'un cancer de l'intestin avec des tumeurs bénignes de l'utérus ou des annexes. Il ne faut pas d'ailleurs prendre pour des néoplasmes malins certains épaississements de l'intestin que l'on peut rencontrer dans quelques cas. C'est ainsi que, il y a cinq ans, j'ai opéré, pour une affection de l'S iliaque que j'avais considérée comme très certainement cancéreuse, un homme que j'ai revu tout récemment et dont la santé est absolument parfaite. Dans un autre fait, intervenant pour un kyste de l'ovaire et une annexite suppurée, avec des adhérences très étendues, j'ai trouvé un épaississement et une induration de l'intestin tels que j'étais convaincu de la nature cancéreuse de cette lésion; je dus terminer mon opération par l'établissement d'un anus artificiel. Or, la malade est actuellement opérée depuis trois ans et son état de santé est si satisfaisant qu'il est bien certain que je n'ai pas eu affaire à un cancer. Dans le même ordre d'idées, j'ai laparotomisé une femme, l'année dernière, à la Clinique Baudelocque, pour une tumeur maligne de l'ovaire, et j'ai constaté en même temps l'existence d'une tumeur de l'intestin, d'apparence cancéreuse, dont je n'ai pas voulu pratiquer l'ablation, à cause de la gravité de l'état général de la malade; celle-ci va bien maintenant et ne présente pas le moindre trouble intestinal.

M. Routier. — Parmi les deux cas où j'ai trouvé, en même temps qu'un fibrome utérin, une tumeur intestinale ayant tous les caractères d'un néoplasme malin, il en est un pour lequel il s'agissait bien réellement d'un cancer, ainsi que j'ai pu le vérifier encore tout récemment; je n'ai pas eu de nouvelles de l'autre malade.

De la cholédochotomie.

M. Quénu. — M. Guinard, dans un rapport qu'il nous a présenté récemment au sujet d'une observation de M. Ardouin (de Cherbourg), a insisté de nouveau sur les difficultés du diagnostic des calculs du canal cholédoque (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 173). J'ai eu déjà l'occasion de vous citer plusieurs observations dans lesquelles le diagnostic clinique avait été, en effet, fort malaisé, mais je ne crois pas, comme le soutient M. Guinard, que les difficultés du diagnostic restent extrêmement grandes, une fois l'abdomen ouvert, en raison de la possibilité d'une confusion entre les indurations fibreuses développées autour des calculs du cholédoque et le cancer de la tête du pancréas.

Au point de vue de la technique opératoire, j'ai été le premier à préconiser la cholédochotomie sans sutures, qui a singulièrement amélioré les résultats de l'intervention, puisque, pour ma part, j'ai pu réunir 10 observations avec 10 succès.

M. Routier. — J'ai toujours conseillé également de renoncer à tenter la suture du canal cholédoque, en raison de la difficulté de cette suture et de la bénignité des suites opératoires lorsqu'on laisse le canal ouvert.

En ce qui concerne l'incertitude du diagnostic différentiel de la lithiase biliaire et du cancer de la tête du pancréas, je puis vous citer un fait dans lequel, après avoir enlevé un calcul, j'avais senti une induration pour laquelle j'avais porté le diagnostic de cancer. Pendant un certain temps, je crus m'être trompé, car l'état général de la malade restait excellent, mais de nouveaux accidents s'étant produits, j'intervins de nouveau et je dus pratiquer une gastro-entérostomie pour remédier à l'obstruction du duodénum par le cancer développé au niveau de la tête du pancréas.

Exclusion de l'intestin.

M. Legueu. — Je suis chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Vanverts (de Lille), relative à un cas d'exclusion unilatérale de l'intestin, pour une fistule intestinale consécutive à une opération dirigée contre un fibrome utérin pourvu de nombreuses adhérences intestinales. Il s'agissait d'une fistule de l'intestin grêle, siégeant à environ 80 ou 90 centimètres de l'estomac. Notre confrère sectionna l'anse intestinale au-dessus de la fistule, oblitéra le bout distal, et implanta le bout proximal dans le côlon transverse. Six mois plus tard, la fistule persistait, laissant encore écouler des matières muqueuses. Cet écoulement ne me paraît pas devoir gêner l'oblitération qu'on se propose de faire ultérieurement.

L'observation de M. Vanverts est particulièrement intéressante par l'étendue de la portion exclue, comprenant environ les quatre cinquièmes de l'intestin grêle, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse, sans que l'état général de la malade en ait été compromis, puisqu'elle a engraissé notablement et que le taux de l'urée n'a pas été abaissé.

M. Poirier. — Si les quatre cinquièmes de l'intestin grêle ont été réellement exclus et si la malade a néanmoins augmenté de poids, il faut admettre — ce qui me paraît peu pro-

bable — que l'intestin grêle ne sert de rien. Je suis porté plutôt à croire que la longueur exclue n'a été évaluée que d'une manière approximative. En pareil cas, la portion d'intestin grêle au-dessus de la fistule n'eût-elle eu qu'une longueur de 90 centimètres, j'aurais tenté d'aboucher le bout supérieur avec une autre partie de l'intestin grêle.

M. Tuffier. — Je crois que l'entéro-anastomose doit être préférée à l'exclusion dans les cas de ce genre.

M. Routier. — Je suis également d'avis que l'exclusion n'est pas à employer dans un cas d'anus contre nature haut situé.

Traitement de la gangrène pulmonaire.

M. Delbet. — Je puis vous citer un fait malheureux d'intervention pour gangrène pulmonaire, chez une malade du service de M. Dieulafoy qui avait diagnostiqué un foyer superficiel et unique. La plèvre étant adhérente, j'entrai directement dans la cavité par une incision faite au niveau du deuxième espace intercostal gauche, et l'on a pu constater ultérieurement, à l'autopsie, que l'ouverture se trouvait à la partie tout à fait supérieure de la caverne, au lieu d'occuper la partie déclive. Une hémorrhagie grave se produisit déjà lors de mon intervention; elle se renouvela à chacun de mes pansements, et le malade finit par succomber. On a reconnu qu'il y avait une perforation d'une des branches primaires de l'artère pulmonaire, et, en outre, que, indépendamment de la caverne ouverte chirurgicalement, il existait deux autres foyers de gangrène pulmonaire qui avaient échappé à mon intervention.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juin 1903.

Le bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques.

M. Simonin (médecin militaire) lit, au nom de MM. Sacquépée et Perquis (médecins militaires) une note dans laquelle ces auteurs disent avoir constaté la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques avant l'apparition de la séroréaction; bien que ces bacilles soient toujours abondants dans les fièvres typhoïdes graves, il n'y aurait pas une relation constante entre la gravité de la maladie et la richesse du sang en bactéries. Enfin, les variations de l'aptitude agglutinative des bacilles du sang ne pourraient servir à établir un pronostic, car il n'est pas rare de trouver chez le même sujet des races de bacilles d'Eberth inégalement sensibles à l'action des sérums agglutinants, quelle que soit la gravité de la maladie.

L'orateur fait remarquer à propos de cette note que lui-même a pratiqué l'hémoculture au cours de la fièvre typhoïde dès 1892, et que ses recherches, faites en collaboration avec MM. Loison et Arnaud, ont montré la fréquence relative de la septicémie éberthienne, et la précocité d'apparition du bacille dans le sang et les urines des typhoïdiques. L'absence du bacille, au cours de certaines poussées thermiques secondaires, peut s'expliquer par l'existence de septicémies d'un autre ordre relevant du staphylocoque ou du colibacille, germes auxquels les ulcérations intestinales ouvrent une porte d'entrée.

Pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif.

M. Griffon communique un cas de pseudo-rhumatisme *primitif*, observé dans le service de M. Dieulafoy, et démontré tuberculeux par les méthodes de laboratoire.

Après avoir effleuré un grand nombre d'articulations, l'affection se cantonna au niveau de l'un des genoux, qui, sans réaction péri-articulaire, prit les caractères appartenant aux hydarthroses. Par exclusion on porta le diagnostic de pseudo-rhumatisme bacillaire. Cependant le malade n'était pas cliniquement tuberculeux, et, d'un autre côté, rien n'autorisait à supposer que cette hydarthrose du genou évoluerait un jour vers un processus de tumeur blanche (type Poncet).

Dans le liquide, très fibrineux, extrait du genou malade par ponction, le cytodiagnostic révéla une formule nettement lymphocytaire, comme dans la pleurésie franche aiguë; l'injection au cobaye donna des résultats positifs, mais seulement au bout de plusieurs mois : la répartition et l'évolution des lésions expérimentales permettent de conclure à une virulence très atténuée du bacille en suspension dans l'épanchement articulaire.

Le malade a guéri de son pseudo-rhumatisme, comme un pleurétique de sa pleurésie.

M. F. Bezançon dit avoir observé un homme qui présenta pendant quatre mois des arthrites multiples, mobiles, rebelles au salicylate de soude, dont l'origine tuberculeuse fut nettement démontrée par leur évolution clinique et aussi par l'inoculation au cobaye des épanchements intra-articulaires. Plus tard ce malade eut une double pleurésie séro-fibrineuse, puis une péritonite à forme ascitique.

L'orateur fait remarquer, à propos de ce fait, qu'après avoir longtemps méconnu les relations qui existent entre le rhumatisme et la tuberculose, on porte peut-être aujourd'hui trop facilement le diagnostic de rhumatisme tuberculeux, lorsque des arthrites multiples à allures rhumatismales s'observent chez des sujets tuberculeux. Seule l'inoculation de la sérosité articulaire au cobaye, quand elle donne des résultats positifs, permet d'affirmer l'origine tuberculeuse de ces arthrites.

Polymyosite infectieuse aiguë à récidives.

M. Vincent (médecin militaire) présente un homme de vingt-trois ans, qui a été atteint à trois reprises différentes de polymyosite aiguë. La dernière poussée de cette affection, survenue en février dernier, a été précédée, comme il arrive fréquemment, par une angine accompagnée d'une fièvre à marche rémittente. La localisation s'est toujours faite aux mêmes muscles, triceps fémoral de la cuisse gauche et muscles de la gouttière vertébrale du même côté, qui devinrent le siège d'un gonflement considérable, dur, non œdémateux. La douleur était très vive et exagérée au moindre mouvement. On nota, en outre, une abolition du réflexe rotulien.

La tuméfaction musculaire a régressé lentement et a laissé à sa suite une petite nodosité dure dans le muscle grand dorsal et une nodosité ovoïde, mesurant 12 centimètres de longueur et 7 centimètres de largeur, dans le muscle droit antérieur de la cuisse gauche. La tumeur dorsale a actuellement disparu, mais la tumeur du droit antérieur persiste encore, quoique en voie de régression.

Il y a lieu d'écarter l'hypothèse de la trichinose, parce que ce malade n'a pas présenté, dans la triple atteinte dont il a souffert, les signes ordinaires de cette affection (diarrhée, œdème facial, participation des muscles de la langue, des yeux, etc.). En outre, ce sont les muscles extenseurs qui ont été atteints, alors que la trichinose intéresse les fléchisseurs.

De l'innocuité des injections préventives de sérum antidiphtérique.

M. Sevestre déclare, à propos des observations présentées au cours de la dernière séance sur les inconvénients et les avantages des injections préventives de sérum antidiphtérique, que sur 147 rougeoleux de son service qui ont été injectés préventivement dans ces deux derniers mois, 14 seulement ont présenté une éruption post-sérique; chez 8 d'entre eux cette éruption est restée apyrétique, tandis que chez les 6 autres elle s'est accompagné de fièvre. D'autre part, sur 68 enfants atteints de scarlatine ayant reçu une injection préventive de sérum antidiphtérique, 7 seulement ont eu un érythème post-sérique. Il résulte de ces chiffres que, chez ces deux catégories de malades, la proportion des éruptions provoquées par l'emploi des injections préventives de sérum n'a pas dépassé 10 %.

Adénopathie trachéo-bronchique chez un nourrisson.

M. Guinon communique l'observation d'un nourrisson qui était atteint, depuis sa naissance, d'une dyspnée intense avec cyanose des extrémités, et qui succomba à l'âge de sept mois. A l'autopsie, on trouva dans le médiastin une énorme masse ganglionnaire de nature tuberculeuse qui comprimait les bronches et la trachée. L'orateur insiste sur les difficultés du diagnostic de ces adénopathies qui seraient toujours plus ou moins masquées, pendant la vie, par les lésions concomitantes de l'appareil respiratoire (bronchite, emphysème pulmonaire, etc.).

M. Marfan fait remarquer que chez les petits enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique, la voix et la toux conservent leurs caractères normaux; en outre, la respiration n'est jamais sifflante, mais elle s'accompagne d'un bruit de cornage qui serait presque pathognomonique de l'affection.

Erythème noueux post-vaccinal.

M. Courtellemont relate l'observation d'une femme de quarante-neuf ans, chez laquelle apparurent, au neuvième jour qui suivit la vaccination, d'abord des bulles localisées autour de chaque pustule vaccinale, puis des nodosités échelonnées le long du bord cubital de l'avant-bras inoculé. Des nodosités semblables se montrèrent ultérieurement sur le bord antérieur du tibia gauche, sur les genoux et sur l'avant-bras droit.

D'après l'orateur, l'apparition d'un érythème noueux à la suite de la vaccination n'aurait pas encore été signalée; une telle complication n'a d'ailleurs rien qui doive surprendre, étant données les relations étroites existant entre l'érythème polymorphe, souvent observé après la vaccination, et l'érythème noueux.

Cirrhose tuberculeuse expérimentale.

M. Claude montre les foies de cobayes tuberculisés, puis traités par diverses substances — lécithine, créosote, etc. — ayant la propriété de favoriser chez ces animaux l'évolution scléreuse des lésions bacillaires. Ces foies sont des types de cirrhoses tuberculeuses : presque tous sont augmentés de volume, bosselés et semés de granulations fibreuses et d'infarctus biliaires ou hématiques. L'examen histologique a montré que ces cirrhoses expérimentales par infection tuberculeuse ont une origine bacillaire plutôt que toxique. Elles sont déterminées, d'après l'orateur, par l'exagération des réactions de défense locale à l'égard du bacille et non par les sécrétions spéciales de certaines variétés de bacilles, car les cobayes témoins, inoculés avec le même virus, succombaient rapidement avec des lésions caséeuses généralisées; ces cirrhoses seraient en somme fonction des modifications humorales créées expérimentalement dans les organismes tuberculisés.

Deux cas de paralysie infantile observés simultanément dans la même famille.

M. Guinon relate, en son nom et au nom de M. Rist, les observations de deux enfants, frère et sœur, âgés l'un de quatre ans, l'autre de trois ans, qui ont été atteints à six jours d'intervalle de paralysie infantile. Dans les deux cas, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien est resté négatif bien que l'un des petits malades eût présenté quelques signes de méningite (raideur de la nuque, signe de Kernig, etc.). Si quelques auteurs ont constaté, dans les mêmes circonstances, une lymphocytose très nette du liquide céphalo-rachidien, cela tiendrait, d'après l'orateur, au développement d'une réaction méningée secondaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 30 mai et 6 juin 1903.

Des battements aortiques abdominaux chez les dyspeptiques.

M. Pron adresse une note tendant à démontrer que les pulsations de l'aorte, qui sont assez fréquentes chez les dyspeptiques, reconnaissent pour cause une irritation des plexus nerveux qui innervent l'estomac et l'intestin et qui entourent le tronc cœliaque et ses branches.

Ces battements, que M. Pron a eu l'occasion d'observer dans une vingtaine de cas en moins d'un an, se rencontrent à tous les âges, chez les dyspeptiques hyposthéniques de préférence, qui présentent des phénomènes nerveux concomitants. Ils apparaissent en général au moment de la période digestive, pendant que l'estomac souffre, soit immédiatement après le repas, soit une heure plus tard environ; le plus souvent ils cèdent au bout de quelques heures, mais peuvent aussi persister plusieurs jours consécutifs, empêchant même le sommeil. Comme traitement symptomatique, M. Pron préconise l'extrait de muguet, à la dose de 1 gr. par jour à prendre en deux fois à la fin des repas.

Contracture secondaire du releveur de la paupière supérieure dans le cours d'une paralysie faciale.

MM. Berger et **Lœwy** relatent l'observation d'une femme de quarante-deux ans, chez laquelle, malgré la disparition de la plupart des symptômes d'une paralysie faciale *a frigore*, a persisté un lagophtalmos. Cette occlusion incomplète des paupières était due à une contracture du muscle releveur de la paupière supérieure, innervé par la troisième paire, et a eu pour conséquence le développement d'une kératite xérotique qui a obligé à pratiquer une blépharoraphie.

Des variations de forme de l'entérocoque.

MM. Thiercelin et **Jouhaud** adressent une note de laquelle il résulte qu'on peut, au moyen de l'adjonction de diverses substances aux milieux de culture ou par l'action de la chaleur, faire prendre *in vitro*, à l'entérocoque, la forme streptococcique, tétraédrique, staphylococcique, bacillaire ou filamenteuse, chacune de ces formes étant due à la prédominance manifeste, dans les conditions de l'expérience, de l'un ou l'autre des deux modes principaux de reproduction de l'entérocoque.

M. Féré dit avoir observé sur lui-même des intermittences du pouls qui lui ont paru en rapport avec une intoxication d'origine gastro-intestinale. Cette hypothèse est corroborée par le fait de la coexistence de l'indicanurie avec ces intermittences.

LETTRES D'AMÉRIQUE

New-York, 24 mai 1903.

Sur le parasite de la variole.

Il en est pour le parasite de la variole comme pour celui du cancer : de temps en temps, presque périodiquement, un auteur surgit qui annonce avoir découvert l'agent pathogène de l'une ou l'autre de ces affections. Jusqu'à l'heure actuelle, cependant, aucune de ces prétendues découvertes n'a résisté à une critique sérieuse et l'examen scientifique n'a jamais été long à faire justice de ces travaux qui ne sont trop souvent que des œuvres de jeunesse. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que, par la force de l'habitude, après tant d'enthousiasmes déçus, l'esprit soit devenu sceptique quand il s'agit de la découverte du parasite de la variole. Je crois cependant devoir signaler ici les travaux poursuivis sur ce sujet par M. le docteur W. T. Councilman, professeur d'anatomie pathologique à la *Harvard University Medical School* et chef des autopsies au *Boston City Hospital*. Le sujet a fait de sa part l'objet d'une communication au « Congrès des médecins et chirurgiens américains » auquel je viens d'assister à Washington, et il n'est pas exagéré de dire que cette communication a été le « clou » du Congrès. La haute autorité dont M. Councilman jouit aux Etats-Unis et l'expérience consommée qu'il a acquise en matière d'anatomie pathologique et de bactériologie donnaient à ses conclusions une valeur toute particulière. J'ajoute qu'après avoir soumis les recherches de M. Councilman à une analyse rigoureuse, M. le docteur W. H. Welch, professeur d'anatomie pathologique à la *Johns Hopkins Medical School* de Baltimore, s'est déclaré entièrement d'accord avec son collègue de Boston et a souscrit sans réserve à ses conclusions. Il m'a donc semblé intéressant de rendre compte ici de ces travaux, dont l'épreuve du temps aura d'ailleurs à corroborer l'exactitude.

Si l'on pratique des coupes de la peau au niveau de lésions varioliques n'ayant pas encore atteint le stade de la vésicule, on trouve, logés dans l'intérieur des cellules épithéliales des couches profondes de l'épiderme, des corpuscules amorphes dont le diamètre varie de 1 à 4 μ et qui sont situés dans des sortes de vacuoles. Au fur et à mesure que le corpuscule grandit, la vacuole augmente aussi de dimensions et autour du corpuscule se forme un espace clair qui s'étend également autour du noyau de la cellule. Peu à peu, on voit apparaître des granulations contenues dans les mailles d'un réseau. Les plus grands de ces corpuscules — on en trouve qui sont plus volumineux que le noyau même de la cellule — présentent des prolongements faisant penser à des mouvements amiboïdes. On ne distingue pas de noyau individualisé dans ces éléments, mais il est possible qu'ils possèdent un noyau à l'état diffus, représenté par les mailles du réseau renfermant les granulations. Arrivé à ce degré de son développement, le corpuscule se segmente en une quantité de petits corps globulaires d'environ 1 μ de diamètre. Anatomiquement, la lésion cutanée qui correspond à ce stade de l'évolution du corpuscule est la vésicule.

Les noyaux des cellules épithéliales contenant les corpuscules décrits par M. Councilman paraissent normaux à ce stade; du moins ne présentent-ils encore aucun des éléments qui ne tardent pas à y faire leur apparition sous la forme de petits corpuscules ronds ou ovalaires, à raison d'un ou de plusieurs par noyau. Ces corpuscules, en grossissant, prennent l'aspect d'une vacuole centrale dont le contour a une affinité considérable pour les réactifs colorants, et qui est entourée d'une couronne de vacuoles plus petites. Cependant le noyau, puis le protoplasma de la cellule renfermant l'inclusion, dégénèrent, mettant ainsi en liberté le corpuscule qui s'était développé dans le noyau de la cellule. Une fois que la vacuolisation du corpuscule intranucléaire a atteint un certain degré de développement, on voit apparaître dans les espaces clairs dont est bourré le corpuscule de petits éléments arrondis. Au bout d'un certain temps, ceux-ci se groupent en amas entouré d'un halo qui n'est vraisemblablement que le reliquat du corpuscule intranucléaire qui leur a donné naissance.

Les éléments décrits par M. Councilman représenteraient, pour cet anatomo-pathologiste, les phases évolutives d'un même organisme qui serait le véritable agent pathogène de la variole. Il y aurait donc deux stades à distinguer dans le cycle évolutif, l'un parcouru dans le corps protoplasmique des cellules épidermiques profondes, l'autre dans l'intérieur du noyau de ces mêmes cellules. Le premier serait le stade *intracellulaire*, le dernier le stade *intranucléaire*. Les granulations apparaissant dans les vacuoles de la période intracellulaire ne seraient autres que des spores passant ensuite dans le noyau pour y continuer leur évolution. Dans le stade intranucléaire il semble exister des éléments sexués : certains grands corpuscules représenteraient des macrogamètes ou éléments femelles, de petits corpuscules se colorant d'une façon intense seraient des microgamètes ou éléments mâles.

En inoculant des cornées de lapins avec du pus variolique, M. Councilman a obtenu des corpuscules analogues de tous points à ceux qu'il a rencontrés dans le premier stade ou stade intracellulaire de l'élément qu'il considère comme le parasite de la variole. Les mêmes éléments ont été retrouvés après la simple vaccination du lapin. M. Councilman en arrive ainsi à la conception que la vaccine correspond à l'évolution partielle du même microorganisme qui, en parcourant un cycle complet, provoque la variole. Un certain nombre d'expériences viendraient à l'appui de cette manière de voir. Une spore variolique qui, inoculée au veau, ne donne que la vaccine, ne parcourt que le cycle intracellulaire; après ce passage par le veau, la spore en question ne déterminerait plus de variole chez des sujets cependant aptes à contracter cette maladie.

On sait que, contrairement au veau et au lapin, le singe peut avoir une variole légitime : après l'avoir inoculé avec du pus de varioleux, M. Councilman a retrouvé chez cet animal les deux stades évolutifs, intra-cellulaire et intranucléaire, qu'il avait reconnus chez l'homme.

Par ce que nous venons de dire, on voit que le parasite auquel M. Councilman attribue une fonction déterminante dans l'étiologie de la variole, parcourrait deux cycles évolutifs successifs, l'un asexué, l'autre sexué. Lorsque le parasite s'arrêterait à son premier stade, asexué, il donnerait naissance à la vaccine. Ainsi résulterait, de par l'unité de l'agent pathogène, l'unité nosographique de la variole et de la vaccine, celle-ci n'étant qu'une forme atténuée de celle-là. On voit néanmoins qu'il reste encore bien des inconnues dans le problème, et avant que celui-ci soit définitivement résolu, de nombreuses questions y afférentes devront avoir trouvé leur solution.

Dr Francis Munch (de Paris).

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les indications de la cotoïne.

Préconisée jadis contre toute sorte de diarrhées chroniques (Voir *Semaine Médicale*, 1883, p. 144), la cotoïne n'est guère utilisée de nos jours d'une façon systématique. Or, d'après les recherches expérimentales et cliniques que M. le docteur R. Karb a instituées dans le service de M. le docteur A. Pribram, professeur de clinique médicale à la Faculté allemande de médecine de Prague, la défaveur dans laquelle est tombé ce médicament ne serait rien moins que justifiée. Expérimentalement, M. Karb a pu s'assurer que la cotoïne possède de réelles propriétés bactéricides, mais que son efficacité à cet égard est très variable suivant les microorganismes auxquels on a affaire. Les essais cliniques n'ont fait que confirmer cette constatation, en permettant de préciser les indications de l'emploi de la substance en question.

Notre confrère a pu ainsi se convaincre que la cotoïne donne de très bons résultats dans la *fièvre typhoïde*. Alors même qu'on se trouve en présence d'une diarrhée persistant depuis plusieurs semaines et que le malade a jusqu'à quinze selles par jour, on parviendrait à arrêter le flux intestinal, d'une façon définitive, dans l'espace d'un à trois jours, en administrant la cotoïne à la dose quotidienne de 0 gr. 15 centigrammes à 0 gr. 20 centigr. Sur 20 cas de dothiénentérie traités de la sorte, on n'a eu à enregistrer qu'un seul insuccès, concernant un fait où la cotoïne, employée pendant toute une semaine à la dose de 0 gr. 05 centigr., répétée quatre fois par jour, fut impuissante à enrayer la diarrhée.

La même médication resta également sans effet dans un cas de fièvre typhoïde compliquée de tuberculose pulmonaire et intestinale. C'est que, d'une façon générale, autant la cotoïne agirait favorablement sur l'entérite typhoïdique, autant elle serait inefficace à l'égard de l'*entérite tuberculeuse*.

Enfin, dans l'*entérite aiguë*, l'alcaloïde de l'écorce de coto exercerait une action tout aussi énergique que dans la dothiénentérie et réussirait à arrêter assez rapidement et d'une manière durable les diarrhées rebelles aux moyens thérapeutiques usuels.

Traitement des taies de la cornée par des instillations de benzoate de lithine.

Partant de ce fait que les opacités de la cornée renferment fréquemment des dépôts calcaires, M. le docteur Mazet (de Marseille) a cherché à faciliter la dissolution de ces concrétions au moyen d'une substance n'exerçant pas d'action nocive sur le tissu cornéen. A cet effet, notre confrère a eu recours aux sels de lithine, qui sont couramment utilisés en thérapeutique générale pour la dissolution des produits tophacés et calcaires (goutte, rhumatisme goutteux, nodosités du rhumatisme chronique, etc., etc.). M. Mazet emploie, de préférence, le benzoate de lithine qui joint à sa grande solubilité dans l'eau distillée l'avantage d'agir à la fois par l'acide benzoïque et par la lithine. Le médicament est prescrit sous forme d'un collyre dont le titre varie de 0 gr. 25 centigr. à 1 gramme pour 10 grammes d'eau distillée. Les instillations, répétées deux ou trois fois par jour, seraient très bien supportées et, même continuées pendant fort longtemps, ne donneraient pas lieu au moindre accident. Aussi peut-on, sans inconvénient, les confier au malade lui-même ou aux personnes de son entourage.

Le procédé thérapeutique dont il s'agit serait indiqué dans tous les cas d'opacités de la cornée où l'on soupçonne la présence du phosphate ou du carbonate de chaux. De plus, le benzoate de lithine étant un bon dissolvant de l'acide urique et des urates, son emploi serait également susceptible de rendre des services dans le traitement de la kératite liée à la goutte.

MÉDECINE PRATIQUE

La forme colique de la grippe et l'érythème palato-pharyngé qui la révèle.

Un élément congestif doué d'une grande mobilité constitue le substratum anatomique essentiel de la grippe; aussi la symptomatologie de cette affection est-elle nécessairement polymorphe et intimement liée à la localisation du processus congestif qui tient sous sa dépendance l'expression clinique de l'état morbide.

Il est d'observation journalière que le plus souvent la maladie, après son stade d'incubation, choisit comme champ d'évolution non pas un organe, mais un ensemble d'organes relevant d'un même appareil ou d'un même système d'appareils pour y manifester sa présence et pour y concentrer d'une façon exclusive son œuvre pathogène. Cette propriété de l'influenza de s'attaquer avec prédominance tantôt à un appareil, tantôt à un autre, se traduit par les trois formes connues et décrites par les auteurs classiques, qui sont : la forme thoracique, la forme nerveuse et la forme gastro-intestinale, étant bien entendu que si les phénomènes morbides restent le plus souvent limités ou tout au moins prédominants dans l'appareil qui a été choisi comme siège principal de l'évolution de l'affection, ces trois modalités peuvent cependant se combiner de différentes façons pour constituer des formes mixtes dont la fréquence est plus ou moins grande suivant les épidémies, ou encore se succéder au cours d'une même épidémie, parfois en revêtant alors des allures quelque peu atypiques. C'est sur une forme ainsi devenue anormale — forme observée au cours d'une épidémie d'influenza qui a sévi l'année dernière à Beyrouth — que je désire attirer l'attention.

I

Durant les trois mois de l'hiver 1901-1902, la grippe a régné dans cette ville, et rares sont les personnes qui ont complètement échappé à son atteinte. Revêtue alors de la forme thoracique, ses symptômes furent classiques et l'épidémie présenta un caractère bénin. Aux mois de mars et d'avril suivants, elle diminua lentement et progressivement et en mai les cas devinrent tellement rares que l'extinction de la maladie paraissait certaine. Malheureusement les événements ne justifièrent pas cette prévision, et la grippe, après avoir quelque temps sommeillé, réapparut sur la scène; mais cette fois-ci, elle s'était déguisée et se présentait sous un aspect insolite constituant une variété de la forme gastro-intestinale.

Ce qui imprime à cette variété son cachet clinique, c'est la localisation presque exclusive des symptômes de la grippe sur le gros intestin et la prééminence des phénomènes coliques. Une manifestation domine la situation et crée cette modalité anomale de la maladie : l'état spasmodique du gros intestin. Si, dans certains cas, le spasme porte sur la totalité de cet organe, par contre, chez la plupart des patients, la contracture se cantonne à une portion plus limitée de cette partie du tube digestif. Par ordre de fréquence décroissante, les segments du côlon atteints le plus fréquemment sont l'S iliaque, le côlon descendant, le rectum, puis viennent le côlon transverse, le cæcum et le côlon ascendant. Cliniquement, cet état anormal du gros intestin se traduit par une douleur plus ou moins violente que la majorité des malades localisent dans la fosse iliaque gauche ou dans le flanc gauche. Chez d'autres, la douleur ne se limite pas dans cette région, mais elle s'étend à diverses portions de la sphère abdominale et le point douloureux correspond tantôt au trajet du côlon transverse, tantôt à celui du côlon ascendant. Quand son siège est la fosse iliaque droite, elle simule parfois la douleur appendiculaire, et c'est seulement dans ces circonstances que le point de McBurney se montre douloureux à la pression. Cette douleur est spontanée, sauf dans les cas légers où on la provoque soit par la palpation, soit par une certaine pression au niveau de la région endolorie.

La palpation de l'abdomen, forte ou légère, permet de sentir la corde colique sur le trajet des trois portions du gros intestin; mais tandis que dans les deux premières parties de cet organe le spasme se localise à des segments peu étendus et a une durée éphémère, par contre la contracture de l'S iliaque et du côlon descendant est totale et permanente, et sa durée est très longue, au point que je l'ai vue persister, chez certains malades, longtemps après la guérison de la grippe.

Dans la moitié des cas environ, cette douleur colique s'accompagnait d'évacuations alvines, elles-mêmes associées à des symptômes dysentériformes; l'épreinte, le ténesme, les selles glaireuses et sanguinolentes, plus rarement les évacuations purement sanglantes, ont été constatées chez les malades de ce groupe; dans le reste des observations, la douleur existait seule, avec des selles normales ou bien accompagnée de constipation.

La douleur colique revenait parfois à plusieurs reprises dans la journée, avec une intensité variable pour chaque individu. Dans les cas les plus légers, en particulier dans ceux où les selles étaient normales, la colique était tellement insignifiante et tellement fugace qu'elle attirait à peine l'attention du patient. Celui-ci venait alors consulter le médecin pour tout autre symptôme se passant en dehors de la sphère du gros intestin, tel que névralgies, céphalée, vertige, courbature et malaise général, avec ou sans élévation de température.

II

Que la colite grippale, telle que je viens de la décrire, soit, dans son expression clinique, dysentériforme ou sèche, un examen attentif de la région abdominale permet de retrouver toujours la corde colique, témoignant du spasme douloureux du côlon. D'ailleurs, si ce dernier était le symptôme capital, caractérisant cette modalité insolite de la grippe — qui fut en réalité la forme typique dans l'épidémie en question —, je dois ajouter que la fièvre, l'état saburral de la langue, la céphalée, le vertige, la courbature, la rachialgie et les douleurs des membres accompagnaient souvent les manifestations coliques.

En outre, il est un signe objectif latent, sur lequel je tiens à attirer l'attention, car il fut le plus constant de tous les symptômes satellites, bien que les malades ne s'en plaignissent pas du tout ou s'en plaignissent à peine quand leur attention était attirée de ce côté. Ce symptôme, que j'ai eu soin de rechercher et que j'ai rencontré dans presque tous les cas de grippe que j'ai eu à examiner, a été pour moi un signe pathognomonique de l'infection grippale et un critérium de haute valeur; il m'a permis, non seulement de découvrir la cause efficiente des troubles coliques, mais aussi de rattacher à leur véritable origine les divers phénomènes morbides en présence desquels je me suis trouvé dans certains cas atypiques, où les symptômes du côté du côlon n'existaient pas ou étaient à peine ébauchés.

Je veux parler d'une détermination bucco-pharyngée, consistant en un érythème plus ou moins intense, simple ou parsemé de fines granulations acuminées, ayant pour siège principal le voile du palais, y compris les piliers antérieurs et la luette, mais s'étendant le plus souvent à toute la cavité du pharynx.

Avec cet érythème palato-pharyngé j'ai observé, chez certains malades, tantôt de la gingivite, tantôt une rougeur intense avec tuméfaction douloureuse du bord libre et de la face postérieure des lèvres. Parfois cet érythème, au lieu d'occuper la totalité d'une des parties anatomiques sus-indiquées, s'y montrait sous forme de plaques rouges de la dimension de pièces de 50 centimes, de contours irréguliers, qui s'exulcéraient et se recouvraient, le lendemain ou le surlendemain de leur apparition, d'une fausse membrane blanchâtre diphtéroïde. Les ulcérations superficielles qui en résultaient rendaient cette forme douloureuse, et c'est seulement dans ces circonstances que les malades se plaignaient de la localisation buccale ou pharyngée de leur grippe.

Dans quelques cas la langue participa au processus morbide de la cavité buccale; tantôt alors elle était rouge et desquamée dans sa totalité, tantôt au contraire une tuméfaction limitée des papilles donnait naissance à des plaques érythémateuses d'un rouge vif, plus ou moins saillantes, de forme irrégulière, qui tranchaient nettement sur le reste de l'organe recouvert d'un enduit saburral.

On voit tout de suite que l'érythème buccal que je viens de décrire diffère totalement de l'angine grippale signalée naguère par M. F. Franke (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 226); celle-ci, d'après cet auteur, consiste en une rougeur strictement limitée aux piliers antérieurs et interrompue à la luette; celui-là, au contraire, occupe la totalité du voile du palais, sans ménager la luette; de plus, loin de se localiser au voile, il a tendance à envahir, dans la majorité des cas, la cavité pharyngée; enfin l'apparition simultanée de l'érythème — exceptionnellement, il est vrai — sur d'autres parties limitées de la bouche, telles que les gencives, la voûte palatine et la face postérieure des lèvres, ainsi que sa tendance ulcéreuse, dans les cas également rares où il se présente non plus sous une forme diffuse, mais sous forme de plaques isolées et discrètes, complètent la différence.

III

Les troubles déterminés par l'infection grippale dans les différentes parties de l'appareil digestif, qu'ils fussent localisés au côlon ou — ce qui fut tout à fait rare — à l'estomac ou à l'intestin grêle (1), évoluèrent dans la majorité des cas sans élévation appréciable de la température, et nous pouvons dire que la pyrexie fut l'exception et l'apyrexie la règle. Les symptômes dysentériques, dans la forme colique, eurent une durée moyenne de dix à quinze jours, tandis que les troubles gastriques ou intestinaux guérissaient dans un laps de temps plus court. Mais malgré la disparition des accidents coliques, gastriques ou intestinaux, les deux signes capitaux et révélateurs de l'infection grippale, à savoir la corde colique et l'érythème palato-pharyngé, ont persisté, chez certains sujets, assez longtemps. Ces deux symptômes isolés ou combinés, j'ai pu les retrouver trois, quatre et jusqu'à huit mois après que tout phénomène morbide eut disparu.

Le système nerveux périphérique était plus ou moins atteint dans un grand nombre de cas et les névralgies furent le cortège habituel de cette forme insolite de la grippe; les névralgies faciale, cervico-brachiale, intercostale et sciatique coexistaient souvent avec la manifestation colique de la maladie, sous forme de névralgie tantôt simple, tantôt accompagnée ou suivie d'une éruption érythémateuse surmontée de vésicules, constituant de véritables zonas ophtalmique, intercostal ou sciatique. Il n'est pas jusqu'au plexus cardiaque qui n'ait subi à l'occasion l'influence du mal, et une névralgie plus

(1) Je dois ajouter, en effet, que l'estomac et l'intestin grêle ont été, chez certains malades, peu nombreux du reste, plus ou moins effleurés par l'infection; mais sauf quelques cas où les symptômes morbides ont prédominé dans ces organes, leur atteinte, dans la majorité des observations, fut légère et fugace et s'effaça devant les deux localisations principales, colique et bucco-pharyngée. D'ailleurs, ces dernières *accompagnaient toujours*, tantôt simultanément, tantôt à l'état isolé, les déterminations gastrique ou intestinale du processus morbide.

grave en résultait, l'angine de poitrine, qui, dans un cas, se termina par la mort.

IV

Quant à la pathogénie de ces divers phénomènes morbides, nous pouvons dire que la même cause qui provoquait la congestion dans la partie initiale du tube digestif causait sans doute une modification de même nature dans le gros intestin, congestion particulièrement accentuée dans le côlon descendant et l'S iliaque, où elle déterminait et entretenait un état spasmodique plus ou moins marqué, plus ou moins étendu et par conséquent plus ou moins douloureux. De l'intensité du processus congestif dépendaient aussi les symptômes dysentériques qui furent notés dans la moitié des cas environ. En effet, lorsque la congestion était faible, une contracture douloureuse accompagnée de constipation constituait la seule manifestation clinique de la localisation colique de la grippe; par contre, quand la congestion s'accentuait au point de produire l'inflammation de la muqueuse du gros intestin, une hypercrinie en était la conséquence et les symptômes dysentériques faisaient leur apparition.

La bactériologie pouvait seule fournir la preuve de la nature grippale des multiples accidents que je viens de décrire. Pour résoudre la question, trois échantillons de mucus, prélevés dans le pharynx de trois malades, furent examinés au laboratoire de bactériologie de la Faculté française de médecine de Beyrouth; on put constater la présence du bacille de Pfeiffer qui se trouvait en grand nombre dans les trois préparations, parmi de nombreux saprophytes que l'on rencontre normalement dans la cavité buccale. Ce même microbe fut recherché dans le sang d'un patient, mais sans résultat.

Si l'on veut bien considérer que le bacille de Pfeiffer — qui par lui-même ou par ses toxines déterminait dans la cavité bucco-pharyngée la réaction que nous avons nommée érythème palato-pharyngé — était constamment dégluti avec la salive par les malades, on admettra que ce germe devait se trouver sur tout le trajet du tractus gastro-intestinal, et il est admissible que le même mécanisme qui causait la détermination bucco-pharyngée pouvait intervenir dans la genèse des phénomènes coliques ou gastro-intestinaux. Peut-être une vulnérabilité plus grande du gros intestin, créée par l'association au bacille de Pfeiffer d'autres microbes, hôtes normaux de cet organe, pourrait nous rendre compte de l'atteinte plus fréquente de cette partie du tube digestif, ainsi que de la prédominance des symptômes coliques sur les symptômes gastro-intestinaux.

Dr N. Chryssovergis (de Beyrouth).

TRENTE-DEUXIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 3 au 6 juin 1903.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

De la péritonite à pneumocoques.

M. von Brunn (de Tubingue). — La péritonite à pneumocoques a surtout été étudiée jusqu'à présent par des auteurs français, et ce n'est qu'au cours de ces dernières années que quelques chirurgiens allemands ont porté leur attention sur cette affection. Elle n'est pas très fréquente et s'observe principalement chez de jeunes enfants, notamment chez des fillettes. Précédée dans certains cas, mais non toujours, de manifestations pulmonaires, elle débute très brusquement avec les symptômes habituels d'une péritonite, associés d'ordinaire à de la diarrhée. Cette phase aiguë dure peu et l'affection entre dans sa période chronique, où l'on assiste à la formation d'un exsudat purulent occupant de préférence la région sous-ombilicale. La température redevient plus ou moins normale et l'épanchement, peu douloureux, finit par perforer la paroi au niveau de l'ombilic. A côté de cette marche bénigne, observée surtout chez l'enfant, on rencontre des cas plus graves présentant les allures d'une septicémie aiguë, rapidement mortelle; cette forme est plus fréquente chez l'adulte.

La péritonite à pneumocoques n'a aucun signe distinctif, mais le diagnostic en pourra cependant être posé assez souvent si l'on tient compte de l'ensemble des caractères que nous venons d'esquisser. On peut la confondre au début soit avec la fièvre typhoïde, soit avec l'appendicite et, à la période chronique, surtout avec la tuberculose. L'appendicite ne peut être distinguée dans tous les cas d'avec la péritonite à pneumocoques, car l'appendice est parfois la source de l'infection. Pour ce qui est du traitement, il exige l'incision de l'abcès suivie de drainage; on obtient généralement ainsi une guérison rapide, comme cela a été le cas chez 2 malades que j'ai eu l'occasion d'observer à la clinique de M. von Bruns. Le pus fourni par l'incision est inodore, de couleur grisâtre ou verdâtre, et renferme souvent une quantité notable de fibrine.

M. von Beck dit avoir observé 4 cas de péritonite pneumococcique chez des adultes, dont 2 d'origine appendiculaire et 2 consécutifs à des cholécystites gangreneuses; 3 de ces malades succombèrent. L'orateur fait ensuite remarquer que la marche bénigne, le pus inodore et la perforation au niveau de l'ombilic ne sauraient être considérés comme caractéristiques de la péritonite à pneumocoques, vu que d'autres microorganismes à virulence atténuée sont susceptibles de déterminer, chez l'enfant du moins, des péritonites à marche absolument analogue.

M. von Bramann relate le cas d'un homme ayant eu, au cours d'une pneumonie qui se termina par la mort, une appendicite aiguë non purulente, due au pneumocoque.

M. Küster (de Marbourg) insiste sur le fait que ces péritonites pneumococciques à marche chronique se vident fréquemment dans l'intestin.

Péritonite par perforation de l'S iliaque.

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein) présente une pièce anatomique confirmant la description donnée par M. Graser au sujet des faux diverticules du gros intestin. Il s'agissait d'un individu qui fut amené à l'hôpital avec une péritonite diffuse, paraissant d'origine appendiculaire. L'appendice fut trouvé sain, mais l'anse sigmoïde était le siège de deux perforations provenant précisément de faux diverticules. Le malade guérit à la suite d'une résection intestinale exécutée en deux temps.

L'orateur conseille d'examiner l'anse sigmoïde toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une péritonite dont l'origine est inconnue.

M. Federmann (de Berlin) dit avoir observé un cas analogue, mais terminé par la mort, dans le service de M. Sonnenburg.

Des indications et des résultats de la cardiolyse.

M. Brauer (de Heidelberg). — J'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. Erb 3 malades présentant un syndrome clinique très particulier, consécutif à une médiastino-péricardite qui avait laissé des adhérences non seulement entre le péricarde et le cœur, mais surtout entre le péricarde et la paroi thoracique. Ce syndrome était caractérisé par un choc cardiaque diastolique avec rétraction systolique de la paroi thoracique antérieure. Il est évident que pour produire cette rétraction de la paroi thoracique — laquelle est plus ou moins rigide — le cœur était obligé à chaque contraction d'exécuter un surcroît de travail considérable. Il en résulta chez ces trois patients des troubles circulatoires très intenses, se traduisant par les symptômes habituels de l'insuffisance cardiaque (cyanose, dyspnée, stase au niveau du foie et ascite très prononcée). Cette affection ayant nettement une marche progressive malgré le traitement médical, et le pronostic en étant des plus sombres, je proposai une intervention chirurgicale qui devait avoir pour but, sinon de dégager le cœur lui-même, du moins de mobiliser la paroi thoracique précordiale, afin de supprimer le surcroît de travail résultant des adhérences.

Le premier malade fut opéré par M. Petersen qui réséqua les troisième, quatrième et cinquième côtes sur une étendue de 7 à 9 centimètres. L'amélioration fut immédiate et se maintient depuis une année; l'ascite disparut rapidement et le patient est à même de vaquer à ses occupations, parfois assez pénibles. Dans le deuxième cas, opéré par M. Simon, la résection ne porta que sur deux côtes, mais elle fut complétée par la résection de la partie attenante du sternum; ici encore, le résultat fut des plus satisfaisants, malheureusement le malade succomba quelques mois plus tard à une pneumonie grippale. Enfin le troisième patient, également opéré par M. Simon et d'après le même procédé, va très bien à l'heure actuelle et les principaux symptômes d'insuffisance cardiaque ont disparu.

On peut se demander s'il convient, en se basant sur ces observations favorables, d'opérer tous les cas d'adhérences péricardiques, ou bien s'il faut réserver l'intervention à ceux où ces adhérences se traduisent par le choc diastolique avec rétraction systolique de la paroi thoracique. Si l'opération peut être discutable pour les faits de la première catégorie, elle nous paraît s'imposer dans ceux du second groupe, qui, sans être fréquents, ne sont cependant pas assez rares pour que cette intervention ne puisse rendre de réels services. L'opération risque par contre d'être inutile lorsque le cœur est devenu trop faible pour produire encore la rétraction de la paroi thoracique.

M. O. Simon (de Heidelberg). — J'ajouterai quelques mots au sujet du manuel opératoire de cette intervention. Pour ce qui est de la narcose, la première opération fut commencée sous chloroforme, mais la faiblesse du pouls nous engagea bientôt à nous servir de l'éther; la deuxième fut exécutée avec ce dernier anesthésique, ce qui entraîna une bronchite passagère. Il est indispensable de faire précéder l'intervention d'une observation minutieuse du patient et d'administrer préalablement de la digitale. L'effet de la mobilisation du cœur est des plus frappants et se remarque déjà au cours de l'opération.

M. Petersen. — Il me paraît préférable de commencer par la résection de 2 ou 3 côtes et de ne réséquer partiellement le sternum que dans les cas où la résection des côtes ne donnerait pas un jour suffisant. Il importe en effet de restreindre la durée de l'opération dans la mesure du possible, car il s'agit de malades en général peu résistants.

De la thoracoplastie.

M. Ringel (de Hambourg) relate trois observations de thoracoplastie très étendue, combinée avec la résection partielle de l'omoplate. Dans un cas notamment, le squelette de l'une des moitiés du thorax fut enlevé presque en entier, à savoir de la deuxième côte jusqu'à la onzième; 2 fois l'intervention fut complétée par la décortication du poumon. Les trois malades guérirent, bien que les deux qui furent traités par la décortication fussent atteints d'empyème d'origine tuberculeuse.

M. Jordan dit avoir pratiqué la thoracoplastie dans 11 cas avec 7 guérisons et 2 améliorations, 2 malades se trouvant encore en traitement. Il suit dans les grandes lignes la méthode de Schede après résection préalable d'une ou de deux côtes, afin de pouvoir s'orienter suffisamment. Il a pu se dispenser de réséquer l'omoplate et termine autant que possible l'opération en une seule séance; la thoracoplastie fut combinée avec la décortication du poumon dans trois cas et l'orateur se déclare très satisfait de ce procédé.

Quant aux suites ultérieures, M. Jordan a assisté chez l'enfant à la restitution presque complète du squelette thoracique, restitution qui amène cependant une scoliose considérable lorsque l'opération a été pratiquée trop tardivement, c'est-à-dire à un moment où le poumon n'est plus capable de se déployer. Quand il s'agit d'empyème tuberculeux, les cas doivent être choisis avec beaucoup de prudence, la plupart des malades n'étant plus en mesure de supporter une telle intervention.

M. von Beck dit avoir pratiqué 8 fois cette

opération, en se servant du procédé de Schede, exécuté en un seul temps. Trois cas de tuberculose lui ont fourni une guérison et deux décès; les malades non tuberculeux ont au contraire tous guéri; un d'eux eut cependant plusieurs récidives ayant nécessité finalement la résection de la clavicule.

M. Rehn fait remarquer que le procédé de Delorme n'est pas sans inconvénient, car il expose à la formation de fistules bronchiques; dans un cas qu'il a observé, ce procédé a donné lieu au développement d'une embolie cérébrale.

M. Perthes déclare que l'aspiration du poumon, qu'il a préconisée, devrait précéder la thoracoplastie dans tous les cas où un premier essai d'aspiration, fait après avoir rempli d'eau la cavité de l'empyème, permet d'établir que le poumon est dilatable. Si cette dernière condition ne se trouve pas remplie, il est inutile de continuer ce traitement.

Perforation transversale complète du thorax.

M. Franke (de Brunswick). — J'ai eu l'occasion d'observer un cas peu commun de lésion thoracique. Il s'agit d'une femme qui, dans une chute, eut le thorax traversé de part en part, d'une aisselle à l'autre, par un manche de balai qui entra au niveau de l'aisselle droite. Je vis la patiente peu de temps après l'accident; le corps vulnérant avait déjà été retiré, et je constatai un emphysème considérable et étendu du tissu sous-cutané, une dyspnée progressive, une plaie dans l'aisselle droite et un point très sensible à la pression au niveau de l'aisselle gauche, région qui paraissait être l'origine de l'emphysème. Je fis transporter la patiente dans mon service et pratiquai rapidement une incision au niveau de l'aisselle gauche. La palpation digitale me permit de constater l'existence d'une perforation de la paroi thoracique dans le troisième espace intercostal; en introduisant le doigt dans la plaie, je pus m'assurer que le poumon gauche s'était déjà sensiblement éloigné de la paroi thoracique; je fis aussitôt un tamponnement afin d'éviter le danger d'un pneumothorax double. Je débridai alors la plaie axillaire droite et je trouvai également, de ce côté, une perforation du troisième espace intercostal; j'exécutai un second tamponnement, comme à gauche, et la malade guérit au bout de quinze jours. Je dois ajouter que les traces de sang relevées sur le manche du balai correspondaient exactement au diamètre transversal du thorax.

Je tiens à signaler l'absence de toute lésion du tissu pulmonaire dans ce cas. La pointe du manche a dû contourner la face interne de la paroi thoracique en refoulant le cœur; ce fait n'a été noté qu'une seule fois jusqu'à présent pour un corps vulnérant rigide, une baïonnette, qui aurait même subi une courbure à cette occasion.

M. von Beck dit avoir observé une plaie par arme à feu où la balle avait intéressé de même les deux cavités pleurales. Le malade se rétablit sous la simple application d'un pansement occlusif; l'emphysème cutané qui existait au début disparut au bout de peu de temps.

M. Rehn estime qu'il aurait été plus sûr, dans le cas de M. Franke, de fixer le poumon au niveau de la plaie thoracique.

M. Garrè (de Königsberg) est aussi d'avis que le simple tamponnement n'aurait pas empêché la mort en cas de lésion concomitante du poumon, et que la pneumopexie aurait été préférable.

M. von Bramann rappelle le procédé indiqué par M. Thiersch pour faire disparaître le pneumothorax, et qui consiste en l'introduction étanche, dans la cavité thoracique, d'un tube de drainage muni d'une soupape à son extrémité extérieure.

M. Franke déclare que s'il s'est abstenu de pratiquer la pneumopexie, c'est afin de ne pas créer un pneumothorax bilatéral de trop longue durée et pour ne pas s'exposer à produire une lésion du poumon précisément par la pneumopexie. Il était prêt toutefois à recourir à cette intervention, si le tamponnement ne lui avait pas fourni le résultat désiré.

Des zones hyperalgésiques dans les blessures de la tête par armes à feu.

M. Wilms. — Il m'a été donné d'observer dans trois cas de blessure du crâne par coups de feu une hyperalgésie très singulière, localisée au niveau du cou et parfois à la partie supérieure du thorax, c'est-à-dire dans le domaine des nerfs cervicaux. La lésion n'ayant pas atteint cette région, je me suis demandé s'il ne s'agissait pas de zones hyperalgésiques, conformément aux observations faites par M. Head, zones qui se trouveraient sous la dépendance du système nerveux sympathique. Or, l'innervation sympathique de l'artère carotide dépend du sympathique cervical, et des considérations anatomiques me font admettre que la balle, devait avoir frappé la région du sinus caverneux pour arriver par ricochet dans le lobe temporal, où la radiographie décelait sa présence. La nature de ces troubles de la sensibilité, caractérisés par leur bilatéralité et par l'intégrité des fonctions sensitives proprement dites, me paraît d'ailleurs confirmer mon interprétation. J'ajoute que cette hyperalgésie a disparu dans les 3 cas au bout de peu de jours.

M. Brodnitz dit avoir observé une hyperalgésie semblable, mais unilatérale.

M. F. Müller (de Berlin). — Je me suis beaucoup occupé des zones hyperalgésiques de Head, et la question me paraît plus complexe, en ce qui concerne la tête, que ne semble le croire M. Wilms. J'ai d'ailleurs éprouvé cette hyperalgésie sur moi-même, après avoir subi la trépanation de l'antre mastoïdien, et je ne saurais la caractériser mieux qu'en la comparant à cette hyperesthésie que l'on désigne sous le nom de « mal aux cheveux » et qui survient à la suite d'excès alcooliques.

Du traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne non traumatique.

M. F. Krause (de Berlin). — Les interventions que j'ai pratiquées pour épilepsie jacksonienne non traumatique m'ont permis de vérifier les données physiologiques fournies tout récemment par M. Sherrington (de Liverpool). Cet auteur a constaté sur le singe que la circonvolution post-rolandique ne fait pas partie de la sphère psycho-motrice, cette dernière s'arrêtant au niveau du sillon de Rolando. Ces résultats — qui ont été confirmés d'ailleurs par des recherches histologiques faites sous la direction de M. Jolly, et démontrant l'absence de cellules pyramidales géantes dans l'écorce post-rolandique — sont en contradiction avec ceux que signalent tous les traités de neurologie, mais ils concordent avec l'opinion formulée par M. Hitzig il y a trente ans déjà, en ce qui concerne la topographie cérébrale du chien et du singe. J'ajouterai que, pour étudier ces détails d'innervation cérébrale, il est indispensable de se servir d'un courant très faible, en évitant les appareils branchés sur des secteurs d'éclairage, et d'employer l'irritation unipolaire, c'est-à-dire de placer la seconde électrode sur un point indifférent du corps.

J'ai soumis au traitement opératoire 4 cas d'épilepsie jacksonienne non traumatique, dont un seul m'a fourni un résultat positif d'assez longue durée pour qu'on puisse le considérer comme une guérison. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, épileptique depuis sa quatrième année à la suite d'une encéphalite, et devenue idiote. Je pratiquai la trépanation, guidé par les données de la crise jacksonienne, et trouvai un kyste sous-cortical au niveau de la circonvolution prérolandique; j'excisai le kyste, ainsi que la partie correspondante de l'écorce, et je vis disparaître complètement les crises épileptiques, en même temps que l'intelligence se développait. La guérison se maintient actuellement depuis neuf ans et demi. Dans le second cas, je trouvai également un petit kyste cérébral, dans le troisième une cicatrice et dans le quatrième une légère leptoméningite. Ces 3 malades, traités par l'ablation de la lésion, ainsi que de la région de l'écorce où les crises avaient leur point de départ, sont guéris pour le moment, mais depuis un laps de temps encore trop court.

Quant aux conséquences de l'excision de l'écorce, elles ont été passagères dans tous ces faits, mais il me paraît important de signaler qu'elles ont porté tant sur la sensibilité que sur la motricité. Il est donc probable, à mon avis, que la sphère psycho-motrice possède également des fonctions sensitives.

Pour ce qui est du manuel opératoire, aucune des méthodes de mensuration sur le crâne n'est, selon moi, d'une exactitude suffisante; je pratique toujours des ouvertures de 6 centimètres au moins, afin de pouvoir m'orienter facilement. La conduite du chirurgien est bien indiquée dans les cas où il se trouve en face d'une lésion anatomique, mais elle est encore discutable lorsque toute altération apparente fait défaut. Certaines observations consignées dans la littérature médicale — entre autres un cas de M. Braun — me font cependant croire que dans les faits de la seconde catégorie l'excision du centre est pleinement justifiée par l'inefficacité absolue du traitement médical; il est évident toutefois que ces interventions seront sans effet quand l'altération spasmophile du cerveau sera définitivement établie. Je ne saurais d'autre part partager la manière de voir de M. Kocher, relative à l'importance de la pression intracrânienne dans la genèse de la crise épileptique.

M. Braun (de Göttingue). — M. Krause venant de faire allusion à une observation publiée par moi il y a quelques années, concernant un cas d'épilepsie jacksonienne ayant disparu à la suite de l'excision du centre cortical, je dois vous signaler que cette guérison ne s'est pas maintenue. Au moment de ma publication déjà, c'est-à-dire six ans après l'opération, le patient recommençait à avoir des crises, contrairement aux renseignements qu'il me fournissait alors, et actuellement il se trouve de nouveau en pleine épilepsie. L'opération a donc bien réalisé une amélioration d'une certaine durée, mais non la guérison définitive.

M. Kümmell. — J'ai essayé tour à tour toutes les méthodes de traitement proposées pour l'épilepsie et j'ai souvent obtenu des résultats passagers, mais jamais de succès durables. Le procédé le plus efficace me paraît être incontestablement le drainage ventriculaire préconisé par M. Kocher, que j'ai appliqué dans une trentaine de cas. L'épilepsie disparaît généralement aussi longtemps que le drainage peut être maintenu, mais on la voit reparaître dès qu'on supprime le traitement.

M. Jolly (de Berlin). — J'estime que, dans la plupart des cas, l'altération spasmophile du cerveau est déjà établie au moment où l'on institue le traitement chirurgical; ce dernier ne saurait donc être efficace. Je conviens cependant que le pronostic défavorable et l'insuffisance complète du traitement médical autorisent les tentatives des chirurgiens.

Anesthésie des troncs nerveux par un mélange de cocaïne et d'adrénaline.

M. Braun (de Leipzig). — L'anesthésie des troncs nerveux à l'aide de la cocaïne a été employée par divers chirurgiens, tels que MM. Cushing, Oberst, Krogius, etc. La méthode de M. Oberst, pour insensibiliser les nerfs digitaux, est très utile, combinée avec l'anémie artificielle obtenue par l'application de la constriction élastique. Mais si cette méthode est facilement applicable aux doigts, elle l'est moins en ce qui concerne les extrémités entières; on peut alors suppléer à la bande élastique par l'effet anémiant de l'adrénaline.

Je me suis efforcé d'étudier les résultats obtenus par cette anesthésie combinée au moyen d'injections péri-neurales d'une solution de cocaïne à 1 %, additionnée d'une très faible quantité d'adrénaline (au maximum de quelques gouttes d'une solution à 1/10.000). J'ai expérimenté ainsi sur tous les domaines nerveux périphériques et j'ai pu constater qu'il est très facile de provoquer une anesthésie complète des ramifications du radial, du cubital ou du médian, en injectant de 1 à 2 c.c. de cette solution dans le voisinage immédiat des troncs nerveux en question, au niveau du poignet. Il convient le plus souvent d'insensibiliser deux de ces nerfs, sinon les trois, étant donné qu'il existe une suppléance notable entre eux. Il est également possible d'obtenir l'anesthésie de la peau de l'avant-bras en pratiquant des injections circulaires ou semi-circulaires au niveau du coude ou un peu au-dessus, injections destinées à insensibiliser les différents troncs nerveux sous-cutanés. On ne saurait, par contre, anesthésier les gros troncs nerveux au niveau de l'humérus sans les mettre préalablement à nu. Les expériences faites sur les extrémités inférieures m'ont fourni des résultats analogues. J'ai essayé enfin ces injections à la région cervicale et j'ai trouvé que l'injection de la solution de cocaïne et d'adré-

naline, selon une ligne droite en arrière du bord postérieur du sterno-mastoïdien, est susceptible d'insensibiliser toute la région antérieure du cou. Il est aisé, en outre, d'anesthésier le nerf laryngé, ce qui est très utile dans les interventions sur le larynx.

L'anesthésie se produit généralement de dix à trente minutes après l'injection et persiste pendant deux à cinq heures, grâce à l'effet de l'adrénaline. Je n'ai jamais observé de conséquences fâcheuses, malgré le grand nombre d'injections de ce genre que j'ai pratiquées après les avoir essayées tout d'abord sur moi et sur mes élèves.

M. Enderlen (de Marbourg). — J'ai utilisé ce procédé pour l'extirpation de ganglions tuberculeux cervicaux et j'ai enregistré un décès post-opératoire, bien que je me fusse servi d'une dose d'adrénaline très faible (6 ou 8 gouttes de la solution à 1/10.000). Dans les expériences que j'ai faites avec la même solution sur moi-même et sur plusieurs étudiants, j'ai observé des malaises très prononcés. J'en conclus que la solution d'adrénaline qui nous avait été fournie était défectueuse, et je craindrais par conséquent la vulgarisation de ce procédé non encore suffisamment étudié.

M. Perthes dit avoir pratiqué assez souvent des injections de ce genre, sans le moindre inconvénient. Il croit que l'accident relaté par M. Enderlen est dû en effet à une solution mal préparée ou altérée.

Traitement de la paralysie du facial par la greffe nerveuse.

M. Hackenbruch (de Wiesbaden). — J'ai pratiqué la greffe nerveuse chez une fillette de huit ans, pour une paralysie complète du facial droit, survenue à l'âge de trois mois, au dire de la mère, après l'ablation d'un angiome de la cuisse; il ne me fut pas possible, malgré un examen minutieux, de déterminer exactement le siège de la lésion nerveuse.

M'inspirant des expériences de M. Manasse, je mis à nu le nerf spinal et le nerf facial, puis je fendis le premier de ces nerfs dont je laissai un tiers dans sa position normale pour implanter les deux autres tiers sur le facial paralysé. Les premiers symptômes de retour du fonctionnement du facial se manifestèrent au bout d'un mois, et actuellement, près d'un an après l'opération, la paralysie a rétrocédé très sensiblement et la petite malade est à même d'exécuter des contractions volontaires des muscles faciaux. Ces contractions étaient accompagnées au début de mouvements simultanés des muscles innervés par le spinal, mais ces mouvements concomitants commencent à devenir plus faibles.

Encouragé par ce résultat, j'ai traité, d'après le même principe, un cas de paralysie du nerf tibial antérieur, suite d'une paralysie infantile; tout en ayant l'impression que ce malade, opéré il y a trois mois, présente déjà une certaine amélioration, je ne voudrais pas me prononcer d'une manière définitive, le temps d'observation étant encore trop court.

M. Körte montre une femme chez laquelle il a implanté avec un résultat très favorable l'hypoglosse sur le nerf facial paralysé.

De l'extirpation sous-cutanée des lymphomes tuberculeux du cou.

M. Dollinger (de Budapest). — Il y a neuf ans que j'ai fait connaître mon procédé d'extirpation des ganglions cervicaux non adhérents au moyen d'une incision menée en arrière de l'oreille, au bord du cuir chevelu, incision qui présente le grand avantage de ne pas être visible (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 420). Les résultats esthétiques de cette méthode sont de beaucoup supérieurs à ceux qu'a obtenus M. Beck (de New-York), qui emploie des greffes de Thiersch, procédé laissant des cicatrices plus apparentes que l'incision directe. La méthode que je préconise exige beaucoup de patience de la part du chirurgien, mais j'ai pu me convaincre un grand nombre de fois qu'on parvient à atteindre, par une incision de 6 centimètres de longueur, menée au bord du cuir chevelu, non seulement les ganglions voisins, situés dans les régions cervicale supérieure, parotidienne et sous-maxillaire, mais aussi, en inclinant la tête vers le côté opéré, la plupart des ganglions de la région sus-claviculaire, pour autant du moins qu'ils ne présentent pas d'adhérences. Je conviens qu'il est impossible de ne pas déchirer parfois des ganglions renfermant déjà du pus, mais dans aucun cas il n'en est résulté une infection tuberculeuse ultérieure du tissu cellulaire, la plaie ayant été débarrassée très soigneusement des masses caséeuses et du pus.

Sur 128 opérations de ce genre, j'ai constaté 21 fois une légère suppuration post-opératoire, due, à mon avis, non pas à une infection tuberculeuse, mais aux microorganismes de la suppuration ordinaire. Cette suppuration a toujours cessé très rapidement après l'établissement d'une contre-ouverture minime, juste suffisante pour pouvoir introduire un drain mince. Dans tous les autres cas, la réunion s'est faite par première intention et la légère tuméfation du champ opératoire a disparu au bout de deux ou trois semaines. Pour ce qui est des récidives, je n'en ai observé jusqu'à présent que deux qui, étant du reste peu importantes et restant stationnaires, n'ont pas nécessité de nouvelle intervention. Quant aux ganglions adhérents, il est évident qu'il faut les extirper à l'aide d'une incision directe.

De l'importance des pertes de substance crânienne d'origine traumatique et de leur obturation.

M. Bunge (de Königsberg). — M. Kocher a insisté, en se basant sur sa théorie concernant les rapports qui existent entre la pression intracrânienne et l'épilepsie traumatique, sur le danger qu'il y a à obturer les pertes de substance crânienne traumatiques, toutes les fois qu'il existe des signes d'augmentation de la pression intracrânienne. J'ai entrepris d'étudier à ce point de vue les cas de fracture du crâne traités à la clinique chirurgicale de Königsberg. Ces recherches m'ont paru s'imposer d'autant plus que nous suivons à cette clinique une pratique diamétralement opposée à celle que préconise M. Kocher.

Ma statistique comprend 22 observations. J'ai pu constater, contrairement aux résultats auxquels est arrivé M. Beresowsky à la clinique chirurgicale de Berne, que tous les malades présentant des pertes de substance crânienne avaient, à l'exception de 3, des troubles cérébraux très manifestes, tels que vertige, céphalalgie, voire même, pour 4 d'entre eux, crises épileptiques. Quant aux sujets traités par la réimplantation immédiate du fragment osseux, en dépit de symptômes initiaux de pression cérébrale très accentuée, aucun n'est devenu épileptique et tous, au contraire, se portent très bien. Aucun des patients chez lesquels nous avons pratiqué dans un but préventif l'obturation ultérieure d'une perte de substance crânienne ancienne n'est devenu épileptique. Dans 3 cas, cette opération a été entreprise en raison d'une épilepsie déjà existante : l'intervention plastique est restée sans succès pour un de ces malades; elle a eu un effet incertain chez le deuxième et fut suivie d'un résultat favorable dans le troisième fait.

Au point de vue du procédé opératoire, nous avons pu constater que la réimplantation tardive du fragment osseux s'est terminée généralement par la résorption de ce dernier, à l'inverse de ce qui a eu lieu pour la réimplantation immédiate. Aussi suis-je d'avis que l'on ne devrait pas retarder cette réimplantation de plus de vingt-quatre heures quand les circonstances ne permettent pas de la faire immédiatement. Dans l'obturation des pertes de substance anciennes, nous nous servons du procédé de Müller-König, avec cette différence cependant que nous avons recours, non pas à un lambeau ostéo-périostéo-cutané, mais simplement ostéo-périostique.

Nos observations sont trop peu nombreuses pour que je puisse en tirer des conclusions définitives. J'estime, toutefois, que cette question mérite d'être approfondie, en raison de l'importance pratique qu'elle offre au point de vue du traitement des fractures du crâne.

Du traitement opératoire des plaies du cœur.

M. Schwerin (de Höchst-sur-le-Mein) présente un jeune homme qui fut amené dans son service peu après avoir reçu un coup de couteau dans la région du cœur. Son état empirant très rapidement, l'orateur mit le cœur à nu, l'attira à la surface de la plaie à l'aide d'une suture de fixation pratiquée au niveau de la pointe et trouva une lésion de l'oreillette droite par laquelle s'échappait un flot de sang à chaque contraction; il réussit à la suturer et le malade se rétablit malgré une pneumonie ultérieure compliquée de pleurésie.

M. Noll (de Hanau) montre une femme qui avait reçu un coup de revolver du calibre de 7 millimètres dans la région du cœur. Elle était cyanosée, dyspnéique, avec un pouls irrégulier et très faible; cet état ne faisant que s'aggraver, on se décida à intervenir et on réussit à découvrir une plaie au niveau du ventricule gauche; cette plaie fut fermée à l'aide d'une suture et l'on termina l'intervention par un tamponnement. Un examen radiographique ultérieur permit de constater que le projectile n'était point logé dans la paroi postérieure du ventricule gauche, ainsi qu'on l'avait supposé, mais qu'il se trouvait dans le fond de la cavité pleurale; la plaie du cœur était donc pénétrante. La malade s'est remise et se porte très bien actuellement.

L'orateur estime qu'il y a lieu, dans les faits de ce genre, de ne pas découvrir le cœur d'emblée par la formation d'un volet étendu, mais de suivre le trajet de la balle ou de l'instrument et d'agrandir l'ouverture suivant les besoins.

M. Wolff (d'Essen) dit avoir opéré récemment un cas de plaie du ventricule droit par coup de couteau; le malade fut amené à l'hôpital moribond et sans pouls. On découvrit rapidement le cœur qui fut attiré hors de la plaie à l'aide d'une pince tire-balles. La blessure du ventricule droit mesurait 2 centimètres de long et saignait abondamment à chaque contraction; on parvint à la suturer, mais le malade succomba ultérieurement à un empyème compliqué de péricardite.

M. Barth (de Dantzig) déclare avoir pratiqué 3 fois la suture, avec un décès. Il pense qu'on ne saurait s'en tenir pour tous les cas à un procédé opératoire précisé à l'avance et préfère remplacer le tamponnement par la suture du péricarde, afin d'éviter dans la mesure du possible la pleurésie et la péricardite ultérieures.

M. Rehn insiste également sur la nécessité de diriger l'acte opératoire suivant les circonstances et la localisation de la plaie, sans suivre une ligne de conduite stricte et invariable. La fixation et l'attraction du cœur à l'aide d'une pince tire-balles — ainsi que l'a fait M. Wolff — offrent à ses yeux des inconvénients sérieux.

Il ajoute que le patient qu'il a présenté il y a six ans (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 146) continue à se bien porter.

Contribution à la chirurgie de la rate.

M. Jordan. — J'ai eu jusqu'à présent l'occasion d'extirper la rate dans 7 cas, dont un concernant une femme de quarante-six ans atteinte d'un kyste sanguin volumineux de la rate avec destruction presque complète du tissu splénique; le poids de la tumeur était de 4 kilogrammes; la malade s'est complètement rétablie et jouit actuellement d'une santé parfaite. J'estime que, en pareille occurrence, l'extirpation de l'organe est de beaucoup préférable à la simple incision de la poche avec tamponnement et drainage consécutifs, d'autant plus que la quantité de tissu splénique subsistante est généralement minime.

Une autre observation a trait à un kyste hydatique adhérent au diaphragme; je réussis cependant à l'extirper et je crois que dans les cas de ce genre l'ablation totale doit encore être préférée à l'incision suivie de drainage, en raison surtout de l'existence de kystes hydatiques secondaires qu'on risquerait de ne pas atteindre si l'on se bornait à la simple incision.

Dans un troisième fait, il s'agissait d'un jeune homme atteint d'un lymphosarcome volumineux de la rate; ici de même, les suites opératoires furent normales, mais le patient succomba quinze mois plus tard à des métastases sarcomateuses.

Quant à l'hypertrophie chronique simple de la rate, sans lésions rentrant dans le cadre de la leucémie ou de la pseudo-leucémie, j'estime que la splénectomie y est tout indiquée; la leucémie et la pseudo-leucémie fournissent au contraire une contre-indication absolue. J'ai opéré 3 cas de splénomégalie simple, avec 2 succès et un décès causé par une hémorrhagie

post-opératoire. L'un des malades guéris succomba ultérieurement à une encéphalite indépendante de son affection splénique.

J'ai enfin été amené à pratiquer une fois l'extirpation de la rate pour rupture sous-cutanée de cet organe; je suis intervenu huit heures après la lésion, le patient se trouvant dans le collapsus anémique; l'opération eut un résultat favorable.

Des fistules goitreuses.

M. Payr. — Je donne le nom de fistule goitreuse à tout trajet fistuleux réunissant un goitre soit à la surface cutanée, soit à un organe du cou, tel que la trachée ou le pharynx, à condition que cette communication représente un état permanent ou du moins chronique, et ne soit pas accompagnée de symptômes inflammatoires aigus. Les cas remplissant ces conditions — en particulier les fistules internes — sont très rares et je n'ai trouvé dans la littérature médicale que 15 observations se rapportant à des fistules goitreuses indubitables.

Parmi les causes de ces fistules, je mentionnerai avant tout les traumatismes, y compris les ponctions thérapeutiques, puis les corps étrangers (une de mes malades avait introduit une aiguille dans son goitre dans un but curatif), enfin, et surtout, les différentes formes de strumite. On a vu, en outre, des fistules goitreuses dans des cas de tuberculose et de kyste hydatique du corps thyroïde, ainsi que de néoplasmes malins à marche chronique, comme les cystadénomes papillaires.

La persistance des fistules dans les cas de strumite ancienne est due aux lésions du goitre, à l'existence d'une nécrose étendue et fréquemment à la calcification des tissus.

En ce qui concerne la topographie des fistules, je distingue des fistules médianes, situées à un travers de doigt au-dessus du sternum et des fistules latérales, passant entre les deux insertions du sterno-cléido-mastoïdien ou siégeant en dehors de ce muscle.

Au point de vue du diagnostic, ces fistules présentent — à moins toutefois qu'elles n'aboutissent à un goitre accessoire — un symptôme caractéristique, qui est leur ascension au moment de la déglutition. La radiographie peut être utile dans les cas de goitre kystique calcifié; elle permet, en outre, de rendre visible le trajet fistulaire, injecté préalablement avec une suspension de sous-nitrate de bismuth. En fait de symptômes subjectifs, les malades se plaignent fréquemment de céphalalgie et l'on observe parfois des troubles respiratoires. L'oblitération spontanée ou artificielle de la fistule est suivie dans certains cas d'une recrudescence du processus inflammatoire. Quant au diagnostic différentiel, il s'agit avant tout de ne pas confondre les fistules goitreuses avec les fistules congénitales du cou.

Le seul traitement rationnel consiste dans l'extirpation complète de la fistule et du noyau goitreux; la principale difficulté de l'opération, c'est de ménager le nerf récurrent, que je conseille de mettre à nu dès le commencement de l'intervention et d'isoler sur toute sa longueur afin d'éviter de le léser involontairement.

Du diagnostic fonctionnel des affections rénales.

M. Kümmell. — Nos principaux moyens de diagnostic fonctionnel, en matière de lésions rénales, sont actuellement l'examen radiographique, le cathétérisme des uretères et la cryoscopie du sang.

Dans l'examen radiographique, on n'a tout d'abord attribué de valeur qu'aux résultats positifs. Mais le perfectionnement de la technique nous permet aujourd'hui d'exclure l'hypothèse de calculs rénaux toutes les fois que l'examen a été négatif. Je puis vous signaler 28 observations de calculs, de constitution chimique très variée, dépistés par la radiographie : 24 fois la présence du calcul fut vérifiée par l'opération; les 4 autres malades ne furent pas opérés. Par contre, dans aucun des cas où l'épreuve radiographique fut négative, nous n'avons pu trouver de calcul à l'intervention.

Pour ce qui est du cathétérisme des uretères, j'estime que cette méthode d'investigation devrait être utilisée de plus en plus souvent, car je ne l'ai vue entraîner des conséquences fâcheuses dans aucun des très nombreux cas où je l'ai employée. Ce qui importe seulement, c'est de prendre toutes les précautions d'asepsie le plus minutieusement possible. J'ai expérimenté à cette occasion les nombreux modèles de séparateurs des urines préconisés dans ces derniers temps, mais je suis d'avis qu'ils ne fournissent pas des résultats aussi exacts que le cathétérisme des uretères et qu'ils ne sauraient le remplacer que lorsqu'il est inapplicable par suite de l'état de la vessie; ces instruments ne donnent que des renseignements approximatifs sur l'état des deux reins.

La cryoscopie du sang, que j'ai utilisée dans 350 cas environ jusqu'à présent, m'a fourni souvent les résultats les plus satisfaisants. Je divise mes observations en trois groupes. Le premier, qui compte 200 cas à peu près, se rapporte à des sujets à fonctionnement rénal normal; le point de congélation a été en moyenne de — 0°56, avec des variations allant de — 0°53 à — 0°58. Dans une deuxième catégorie, je range 77 malades atteints d'une affection bilatérale de l'appareil rénal avec insuffisance fonctionnelle; le point de congélation oscillait entre — 0°60 et — 0°81, chiffre qui fut trouvé chez un prostatique affecté d'une pyélite double. A ce sujet je dirai que, d'une manière générale, je considère l'examen cryoscopique du sang comme de la plus grande valeur pour établir si les prostatiques sont encore à même de subir un traitement opératoire de quelque gravité.

La troisième catégorie, enfin, comprend 74 observations d'affection rénale unilatérale avec fonctionnement normal ou satisfaisant du rein opposé; les néphrectomies pratiquées dans ces cas m'ont donné 4 décès, chez des patients pour lesquels le point de congélation du sang atteignait le chiffre limite de — 0°60 et qu'il eût été préférable de ne pas soumettre à l'opération. Il est évident que ce chiffre n'est pas une contre-indication absolue à toute intervention chirurgicale; il indique plutôt qu'il vaut mieux ne pas pratiquer la néphrectomie sans avoir préalablement amélioré l'état fonctionnel du rein opposé par un traitement approprié. Nous avons, en effet, constaté à plusieurs reprises que, chez des patients présentant au début un point de congélation de — 0°60, l'état du rein opposé s'améliora petit à petit, ce qui permit ultérieurement de faire la néphrectomie avec de plus grandes chances de succès.

Parmi les circonstances pouvant influer sur le point de congélation, je mentionnerai principalement les affections cardiaques; nous n'avons pas constaté, par contre, l'abaissement signalé par M. von Koranyi dans les cas de tumeurs abdominales volumineuses, pas plus d'ailleurs que dans ceux de néoplasmes malins; ces derniers n'abaissent le point cryoscopique qu'à la période préagonique, au moment où la cachexie est arrivée à son plus haut degré.

Les opérations que nous avons pratiquées sur le rein sont au nombre de 242, avec une mortalité globale de 16.5 %. Cette mortalité est tombée à 5.8 % depuis le perfectionnement du diagnostic fonctionnel et l'utilisation de l'examen cryoscopique du sang, et j'estime qu'en tirant parti de tous les moyens de diagnostic que je viens de signaler, nous sommes maintenant à même d'éviter les décès résultant d'insuffisance du rein opposé.

M. Barth. — Je me sers, pour apprécier l'état fonctionnel de l'appareil rénal, du cathétérisme des uretères, de l'examen cryoscopique de l'urine des deux reins et de la méthode à la phloridzine indiquée par MM. Kasper et Richter.

Pour ce qui est de l'examen cryoscopique de l'urine, une différence sensible entre les urines de chacun des deux reins indique toujours un état pathologique de l'un des organes. Le degré de destruction du tissu rénal est généralement proportionnel à la différence cryoscopique; mais, quand cette différence est insignifiante, il n'est permis d'en tirer des conclusions que si les urines des deux reins présentent une concentration non inférieure à la normale. La diminution, dans l'un des reins, de la quantité de sucre produite sous l'influence de la phloridzine est toujours le signe d'une insuffisance fonctionnelle de cet organe.

J'estime que ces deux moyens de diagnostic — dont ni l'un ni l'autre, pris isolément, n'est absolument infaillible — et la mise à contribution de l'examen chimique, microscopique et bactériologique des urines, nous permettent de poser dans la plupart des cas un diagnostic suffisamment exact pour nous dispenser de la néphrotomie exploratrice.

En ce qui concerne l'examen radiographique, tout le monde ne dispose pas d'appareils aussi perfectionnés ni d'un personnel aussi exercé que M. Kümmell. Je tiens donc compte, pour ma part, des résultats positifs fournis par cet examen, mais je ne saurais, par contre, faire état des résultats négatifs.

L'appareil lymphatique des joues et du diaphragme.

M. Küttner communique les conclusions de ses recherches sur l'appareil lymphatique des joues et du diaphragme chez l'homme.

La méthode d'injection lui a permis d'établir la présence fréquente de ganglions buccaux formant généralement deux groupes, ganglions qui ont été décrits par un assez grand nombre d'auteurs français. Les recherches faites à ce sujet sur le matériel de la clinique de Tubingue ont permis de retrouver 17 observations, se rapportant à des infections d'origine dentaire, à la tuberculose, à la syphilis ou à des cancers, où ces ganglions avaient été atteints. Cette localisation paraît importante à l'orateur, surtout en ce qui concerne les cancers du nez et des lèvres; on ne devrait pas omettre de rechercher ces ganglions en pareille occurrence, afin de ne pas s'exposer à des récidives facilement évitables.

M. Küttner a étudié ensuite l'appareil lymphatique du diaphragme, les renseignements fournis par les auteurs à ce sujet étant encore fort peu concordants. Tandis que la présence de voies lymphatiques perforant le diaphragme est établie chez l'animal, elle est niée par certains anatomistes en ce qui concerne l'homme. L'injection des lymphatiques permit à l'orateur d'établir que les deux faces du diaphragme possèdent des réseaux lymphatiques très étendus, réunis par des anastomoses très étroites d'un côté à l'autre. Le diaphragme est, en outre, traversé dans les deux sens par des troncs lymphatiques, en plus desquels il existe de nombreuses communications entre le réseau de la face thoracique et celui de la face abdominale. Ce dernier se trouve en communication large avec le réseau sous-séreux pariétal et avec les ligaments suspenseurs du foie.

Ces faits anatomiques expliquent la fréquence de la pleurésie dans les cas d'abcès sous-diaphragmatique, de même que l'infection, assez souvent constatée, de la cavité abdominale à la suite de lésions infectieuses de la cavité pleurale. Si ce dernier accident est plus rare que le premier, c'est sans doute à cause de la résistance plus grande du péritoine à l'égard des agents infectieux.

Kyste hydatique du crâne.

M. Stolz (de Strasbourg). — J'ajouterai aux 4 cas de kyste hydatique des os du crâne publiés jusqu'à ce jour une cinquième observation recueillie à la clinique chirurgicale de Strasbourg. Elle a trait à un jeune homme présentant depuis l'âge de onze ans des troubles cérébraux et un accroissement progressif de volume de la voûte crânienne; des crises d'épilepsie survenues à l'âge de vingt-cinq ans et une cécité complète avec atrophie des deux nerfs optiques engagèrent le malade à se faire recevoir dans le service de M. Madelung. On pratiqua la trépanation et l'ablation du kyste, lequel avait perforé les os du crâne tant vers l'intérieur que vers l'extérieur et avait déterminé ainsi des pertes de substance osseuse étendues. Le patient ayant succombé, on trouva à l'autopsie, outre les lésions dues au kyste hydatique, un kyste dans le lobe frontal, dont la nature parasitaire ne put être établie par l'examen microscopique.

M. Kredel (de Hanovre) dit avoir opéré un kyste hydatique du rocher chez un enfant de six ans.

Traitement opératoire du torticolis musculaire.

M. Wullstein. — Les différentes méthodes de traitement du torticolis musculaire : la ténotomie ouverte, la ténotomie sous-cutanée et la résection du sterno-mastoïdien raccourci, sont susceptibles de fournir de bons résultats à condition qu'elles soient suivies d'un traitement

orthopédique énergique et suffisamment prolongé, toutes les fois, du moins, que la colonne vertébrale cervicale a déjà subi une déviation sous l'effet de l'affection musculaire. Cela étant, je me suis appliqué à trouver une méthode susceptible de remplacer ce traitement orthopédique. Partant de l'idée que le meilleur moyen de prévenir la récidive consisterait dans le renforcement d'un antagoniste du muscle raccourci, c'est-à-dire du sterno-mastoïdien du côté opposé, j'ai imaginé de raccourcir celui-ci en me basant sur le fait qu'il présente dans le torticolis musculaire un allongement anormal.

Dans un premier cas, j'ai réséqué le muscle au niveau de sa moitié inférieure, mais ce procédé paralyse l'extrémité située au delà du point de résection et va ainsi à l'encontre du but poursuivi. Je me suis donc borné, depuis lors, à pratiquer le simple plissement du muscle, de façon à diminuer sa longueur de 4 à 8 centimètres. Cette intervention est suivie de l'immobilisation de la tête pendant quinze à vingt jours à l'aide d'un appareil plâtré.

Cette opération peut être combinée avec la résection ou la ténotomie du sterno-mastoïdien raccourci, si l'on se sert de l'incision en collier de Kocher, incision présentant l'avantage de réduire la cicatrice à un minimum; mais cette modification rend le plissement du sterno-mastoïdien quelque peu compliqué.

M. Jaffé (de Posen) se déclare très satisfait du procédé de résection du sterno-mastoïdien raccourci, proposé par M. von Mikulicz.

M. Riedel dit avoir observé dans un cas de redressement non sanglant du torticolis, d'après la méthode de Lorenz, la formation de petits ostéomes multiples dans le sterno-mastoïdien déchiré.

Des lésions rénales sous-cutanées.

M. Riese. — La question du pronostic et du traitement des lésions sous-cutanées du rein est loin d'être élucidée, et les statistiques les plus récentes fournissent encore un taux de mortalité considérable. C'est ainsi que M. Keen arrive à 33 % de décès et que la statistique de M. Delbet n'accuse pas de résultats plus favorables. Le danger principal ne réside ni dans la péritonite, comme on l'a dit autrefois, ni dans le shock, mais dans l'hémorrhagie. L'intervention chirurgicale est donc indiquée, en cas d'hémorrhagie très grave, dans les premières vingt-quatre heures, et, en cas d'hémorrhagie secondaire, dans les huit à quinze jours. L'expectation peut être prolongée plus longtemps quand il s'agit de lésions extra-péritonéales que lorsqu'on a affaire à des lésions intra-péritonéales.

Quant au procédé opératoire, je me suis servi, dans les 6 cas où j'ai eu l'occasion d'intervenir, de l'incision lombaire qui permet, à mon avis, de contrôler suffisamment s'il existe ou non des lésions concomitantes des autres organes abdominaux. L'intervention doit être aussi conservatrice que possible : on est arrivé, en effet, à conserver même des organes déchirés en deux. Mes 6 opérés ont tous guéri.

M. Körte. — J'ai eu à traiter jusqu'ici 31 cas de lésions rénales sous-cutanées, avec 26 guérisons et 5 décès. Ces résultats diffèrent donc sensiblement de la moyenne indiquée par M. Riese, bien que je préconise l'expectation. Mes 31 observations comprennent 19 cas de lésion rénale pure avec 19 guérisons, et 12 cas de lésion compliquée avec 7 guérisons et 5 décès. J'ai eu recours à l'expectation dans 27 cas, parmi lesquels il s'en trouvait de très graves, avec élévation passagère de la température, qui se sont terminés cependant par la résorption et la guérison complète. Sur les 4 cas opérés, je compte un malade atteint simultanément de calcul rénal, 2 patients qui présentaient des symptômes de rupture vésicale et un sujet chez lequel je pratiquai la laparotomie pour des lésions d'autres organes abdominaux.

J'ajouterai que je suis intervenu 5 fois pour des lésions consécutives à des traumatismes rénaux, telles que le rein mobile et l'hydronéphrose.

M. von Beck dit avoir observé 22 cas de lésions rénales sous-cutanées, traités tous sans intervention sanglante; il a enregistré un seul décès, survenu à la suite d'une ostéomyélite produite par une lésion concomitante du fémur. En appliquant de la glace sur la région lombaire et en faisant des injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum artificiel, il a vu rétrocéder régulièrement les symptômes d'hémorrhagie au bout de trois jours.

Pathogénie et traitement des hémorrhagies du pancréas.

M. Bunge. — La plupart des chirurgiens sont actuellement d'avis que, dans les hémorrhagies aiguës du pancréas, l'intervention chirurgicale est non seulement inutile, mais qu'elle risque d'être préjudiciable. Je ne connais jusqu'à présent, il est vrai, que 2 cas guéris par l'opération dans la phase aiguë, mais j'estime cependant que ce point ne peut être considéré comme définitivement résolu. Je crois, en effet, que les mauvais résultats obtenus jusqu'à ce jour doivent être attribués, en partie au moins, à ce que l'intervention a été pratiquée le plus souvent à la suite d'un diagnostic d'occlusion intestinale, et que l'on a cherché le siège de l'obstacle avant de découvrir l'hémorrhagie du pancréas. Rien d'étonnant que ces laparotomies laborieuses et longues aient donné de mauvais résultats. J'ai eu récemment l'occasion d'observer une femme âgée de cinquante et un ans, entrée dans le service de M. Garrè (de Königsberg) avec des symptômes péritonéaux aigus, et opérée sans retard. Le diagnostic fut confirmé immédiatement par l'existence de foyers de nécrose du tissu adipeux, et la nécrose du ligament gastro-colique mit à jour le foyer hémorrhagique du pancréas. Je me bornai à la simple introduction d'un tampon et la malade se rétablit. Il me semble, à en juger par cette observation, qu'il n'y a pas lieu d'abandonner complètement les interventions actives dans des cas semblables.

Pour ce qui est de l'étiologie, nos notions sont encore très insuffisantes, mais nous savons cependant que les lésions du cœur, l'artériosclérose et l'obésité prédisposent à cette affection. Plusieurs observations anatomo pathologiques permettant de songer à un processus embolique, j'ai poursuivi la démonstration de cette hypothèse sur le chien et j'ai réussi, en effet, à produire par des embolies artificielles de l'artère pancréatique le tableau clinique de l'hémorrhagie pancréatique, tel qu'il se présente chez l'homme, y compris la nécrose du tissu adipeux.

M. Köhler (de Berlin) dit avoir opéré 2 malades atteints de cette affection et reçus dans le service de M. König avec le diagnostic d'iléus. Il se borna dans les deux cas au simple tamponnement du foyer hémorrhagique et les patients guérirent.

M. von Beck déclare avoir observé à trois reprises l'hémorrhagie du pancréas avec issue mortelle, après des interventions chirurgicales (opération d'une gangrène diabétique, extirpation d'une tumeur du médiastin, intervention pour hernie étranglée).

Du mécanisme vésical chez les prostatiques.

M. Reerink (de Fribourg-en-Brisgau). — J'ai institué de nombreux essais cadavériques concernant le mécanisme vésical des prostatiques, et notamment le siège de l'obstacle, et je suis arrivé à cette conclusion que, en dehors des cas plutôt exceptionnels où le lobe moyen forme soupape, l'obstacle ne se trouve point au niveau de l'orifice interne de l'urèthre, comme on le croit communément, mais au niveau de la partie prostatique et même membraneuse de ce conduit. Il n'est point rare de constater que l'orifice interne est béant chez des prostatiques à capacité vésicale considérable, alors qu'il existe cependant un obstacle sérieux à l'émission urinaire. Quant à l'élévation de la vessie, qui, d'après Socin, serait caractéristique de l'hypertrophie prostatique, j'ai remarqué qu'elle se produit toutes les fois que la vessie est distendue, que le sujet soit prostatique ou non.

De la désinfection des sondes élastiques.

M. Heusner (de Barmen). — Partant de la nouvelle méthode de stérilisation des sondes élastiques par l'ébullition dans une solution concentrée de sulfate d'ammonium, méthode employée à la clinique de M. Rydygier (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 40), j'ai institué des essais dans le but de trouver une substance qu'il fût plus facile de se procurer, et j'ai constaté que le nombre des corps chimiques empêchant la détérioration des sondes est assez grand. Je citerai notamment le sulfate de soude, les solutions concentrées de sucre et enfin l'huile de vaseline; quant à la solution concentrée de chlorure de sodium, elle est moins à conseiller que les substances que je viens d'énumérer. Pour ce qui est de l'huile de vaseline, point n'est besoin de la porter à l'ébullition; il suffit de plonger les sondes dans ce liquide maintenu à la température de 100° au bain-marie.

De la prostatectomie périnéale.

M. Völker (de Heidelberg). — M. Czerny a pratiqué sa première prostatectomie, il y a deux ans, sur un sujet âgé de soixante-six ans, chez lequel l'ablation répétée du lobe moyen par la voie sus-pubienne était restée sans résultat; la marche post-opératoire fut normale et les fonctions vésicales se rétablirent complètement. Encouragé par ce succès, M. Czerny a exécuté depuis lors la même opération sur 10 malades. Toutefois, une intervention sanglante ne saurait être indiquée qu'après épuisement des moyens habituels, tels que le cathétérisme à demeure. En ce qui concerne le choix entre l'opération de Bottini et la prostatectomie, les deux interventions principales qui sont actuellement en concurrence, on se basera sur la nature de l'obstacle et les caractères de l'hypertrophie : d'une manière générale, je crois qu'il est préférable de s'adresser à l'opération de Bottini pour les prostates dures, tandis que les hypertrophies molles sont plutôt justiciables de la prostatectomie.

Nos 11 interventions nous ont donné 2 décès, dont l'un dix heures après l'opération, chez un sujet atteint de myocardite et de pyélite, et l'autre à la suite d'une septicémie provenant d'une lésion opératoire du rectum; j'ajouterai d'ailleurs qu'il s'agissait dans ce dernier cas d'un cancer de la prostate, lésion ne rentrant pas, par conséquent, dans le cadre de l'hypertrophie prostatique simple.

Sur les 9 malades guéris, nous avons vu survenir une fois une fistule recto-uréthrale permanente et deux fois une petite fistule périnéale. Pour les autres, le résultat tant opératoire que fonctionnel fut excellent, et je dois ajouter que, même dans les cas de fistule, le résultat fonctionnel fut également des plus satisfaisants.

Pour ce qui est du manuel opératoire, nous plaçons le malade dans la position de la taille, nous dénudons la prostate et incisons la capsule prostatique ainsi que l'urèthre, puis nous énucléons la prostate en nous maintenant soigneusement en dedans de la capsule et en évitant de produire une lésion transversale de l'urèthre. L'opération est terminée par l'introduction d'une sonde à demeure et le drainage de la plaie.

De l'extirpation des cancers situés à la limite du rectum et du côlon pelvien.

M. Schloffer. — L'ablation des cancers situés à la limite supérieure du rectum, c'est-à-dire siégeant au niveau du cul-de-sac du péritoine, donne une mortalité élevée quand elle est pratiquée par la voie sacrée; elle est également réputée dangereuse et difficile par la voie abdominale, de même que par le procédé combiné sacro-abdominal. Or, j'ai pu me convaincre qu'au moyen de la position déclive, et en libérant le néoplasme par une incision circulaire du péritoine, à 2 centimètres de la tumeur, on réussit facilement à dégager cette dernière et à l'extirper par la voie abdominale; il serait même possible d'obtenir ainsi la réunion immédiate des deux extrémités intestinales sans avoir recours à l'incision sacrée.

M. Kümmell déclare que dans ces cas il libère la tumeur par la voie abdominale, mais il préfère terminer l'intervention par la voie périnéale, soit à l'aide d'une incision para-sacrée, soit en invaginant le néoplasme et en l'attirant ainsi au-devant de l'orifice anal sans inciser le périnée.

M. Kraske estime que l'extirpation combinée de ces néoplasmes par voie abdomino-périnéale présente de nombreux avantages et constitue l'intervention de l'avenir.

Traitement des angiomes caverneux par le magnésium.

M. Payr relate un cas d'angiome caverneux très volumineux de la joue, traité par l'introduction, en six séances, de 42 petites flèches de magnésium, selon la méthode que l'orateur a récemment préconisée (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 427); le volume de la tumeur diminua très notablement.

Ces flèches amènent la formation d'un tissu conjonctif très dense et produisent la thrombose et l'oblitération des cavités veineuses. Les tumeurs vasculaires, angiomes et lymphangiomes, sont réduites ainsi à un volume insignifiant ou du moins leur extirpation devient facile, sans danger d'hémorrhagie. M. Payr dit s'être servi de ce procédé avec un plein succès dans 8 ou 9 cas.

Dr F. de Quervain,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin 1903.

Rôle du chlorure de sodium dans la pathogénie de certains œdèmes brightiques.

M. Widal. — On sait le rôle fondamental que joue le chlorure de sodium dans le maintien de l'équilibre osmotique des humeurs. L'action pathogénique de cette substance sur certains œdèmes brightiques me semble bien mise en lumière par les expériences suivantes, faites en collaboration avec M. Lemierre :

Chez deux femmes atteintes, à la suite d'une maladie infectieuse (érysipèle dans un cas, angine dans l'autre), de néphrite diffuse à prédominance épithéliale et soumises à une alimentation exactement fixée, nous avons pu faire apparaître à volonté des œdèmes sous-cutanés, pulmonaire et même cérébral, par l'addition au régime alimentaire d'une dose quotidienne de 10 grammes de chlorure de sodium pris par la bouche pendant six jours dans un cas et neuf jours dans l'autre. Le poids corporel qui, durant cette période, avait augmenté de plusieurs kilos, diminua lorsque les malades furent remises au régime lacté avec suppression du sel; en même temps les œdèmes disparurent.

Il ne faudrait pas conclure de ces faits que l'hyperchlorurie alimentaire provoque l'apparition des œdèmes au cours de toutes les néphrites. Ainsi, chez quatre artérioscléreux atteints de néphrite interstitielle, l'administration du chlorure de sodium n'a produit ni œdèmes, ni troubles d'aucune sorte. Il en a été de même chez un sujet atteint de néphrite épithéliale *a frigore*. On peut expliquer ce fait par l'état de déchloruration où se trouvait l'organisme au moment où a été instituée l'épreuve de la chlorurie alimentaire : en effet, pendant la période qui a précédé l'épreuve, ces malades rendaient par les urines une quantité de chlorure de sodium bien supérieure à celle qu'ils absorbaient avec le régime lacté; durant la période d'épreuve, la quantité de chlorure de sodium éliminée par les urines égalait à peu près celle qui était absorbée.

Chez les deux femmes, au contraire, qui ont présenté des œdèmes provoqués, le chlorure de sodium ingéré en supplément était, dans un cas, retenu en partie et, dans l'autre, en totalité.

L'étude de l'élimination des chlorures urinaires nous donne ainsi la clef du phénomène. Pour que le chlorure de sodium fasse reparaître l'œdème, il faut qu'il soit ingéré au moment où l'organisme est en état de rétention chlorurée. Le sel retenu dans les tissus y attire en partie l'eau de l'organisme et provoque à leur niveau l'apparition de l'œdème.

Ce fait n'a pas seulement une importance au point de vue de la physiologie pathologique de certains œdèmes brightiques; il montre que la diète chlorurée momentanée a ses indications chez un certain nombre de brightiques.

M. Dufour dit que chez deux tabétiques soumis au traitement spécifique avec addition de chlorure de sodium, il a vu dans un cas réapparaître le réflexe rotulien et dans l'autre le réflexe achilléen.

M. Merklen fait remarquer que chez beaucoup de sujets nerveux, hyperexcitables, quelquefois même hyperchlorhydriques, on trouve une augmentation du taux d'élimination urinaire des chlorures. L'orateur n'a pu déterminer si ce phénomène est dû à une production exagérée ou à un défaut de rétention de ces substances par l'organisme.

M. Widal rappelle que l'organisme ne fabrique pas de chlorures et que l'hyperchlorurie est toujours, dans ces cas, l'indice d'une alimentation trop riche en chlorures.

Paralysie infantile avec réaction méningée.

M. Guinon relate, en son nom et au nom de M. Paris, l'observation d'un petit garçon de quatre ans, atteint de paralysie infantile d'abord généralisée, puis localisée au quadriceps fémoral droit avec réaction de dégénérescence. Le liquide céphalo-rachidien recueilli treize jours après le début des accidents donna une réaction lymphocytique très nette. Ce résultat, inverse de ceux que l'orateur a signalés dans la précédente séance, montre encore une fois que la réaction méningée au cours de la poliomyélite est variable et contingente, et qu'elle ne fait pas partie du syndrome poliomyélitique.

M. Marie dit avoir fait dernièrement l'autopsie d'un homme atteint de paralysie infantile, chez lequel il n'a pu déceler aucune lésion des cellules des cornes antérieures. Il faut donc admettre que le syndrome de la paralysie infantile ne relève pas toujours du même processus anatomo-pathologique, et c'est peut-être à cette variabilité des lésions qu'on doit attribuer la différence des résultats obtenus par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien au cours de cette affection.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Weil communique, au nom de M. Marfan et au sien, la statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant la dernière année. Du 1er mars 1902 au 1er mars 1903, il est entré au pavillon de la diphtérie 1,123 enfants; chez 713 la maladie est restée localisée au pharynx et chez 410 elle a envahi le larynx. La mortalité globale a été de 21 %; défalcation faite des décès survenus dans les premières vingt-quatre heures, elle s'est trouvée réduite à 12.3 %.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 juin 1903.

Corps thyroïde et poisons de l'organisme au cours de la gestation (éclampsie).

M. Moussu. — On a, dans certains cas, attribué à l'éclampsie une origine thyroïdienne. Toutefois, pour établir le fait, les expérimentateurs ont le plus souvent pratiqué l'ablation du corps thyroïde chez des femelles pleines carnivores ou omnivores (chiennes, chattes, etc.); il en résulte que, ces espèces tolérant très mal cette ablation, les accidents peuvent être entièrement dus à la suppression de cet organe.

Voilà pourquoi, avec M. Charrin, nous nous sommes adressés aux herbivores qui, malgré cette ablation, vivent des semaines, des mois et parfois des années.

Une première chèvre pleine a succombé trois semaines après cette opération à des accidents éclamptiformes.

Une seconde a maigri, dépéri, puis s'est un peu remise et a mis bas. Ses deux chevreaux, tant qu'a duré l'allaitement exclusif, ont péniblement végété et, avec M. Guillemonat, nous avons reconnu que ce lait, riche en graisse, était pauvre en lactose.

Une troisième chèvre n'a rien présenté d'anormal.

Il résulte de ces faits que cette ablation est moins bien tolérée si la gestation est en cours; des troubles éclamptiformes peuvent éclater, mais ils sont inconstants.

M. Charrin. — Ainsi que je l'ai démontré par une série d'expériences, pendant la gestation les poisons organiques augmentent soit parce qu'ils sont engendrés en plus forte proportion, soit parce qu'ils sont moins bien éliminés, soit parce qu'ils sont plus faiblement atténués.

On conçoit aisément comment ce mécanisme conduit à l'éclampsie, comment aussi le tableau clinique varie, comportant de préférence tel ou tel caractère, hépatique, rénal, plus rarement digestif, exceptionnellement thyroïdien ou cutané. L'expérience nous a, du reste, révélé que, chez la femelle pleine, sans doute en vertu de la déminéralisation, le névraxe est plus sensible aux poisons, à la strychnine. A titre de compléments de démonstration, des injections de sang d'éclamptique permettent de faire naître et symptômes (albuminurie, convulsions, hypothermie) et lésions (hémorrhagies, tares hépatiques, rénales, etc.). D'autre part, si les alcaloïdes ou les toxiques minéraux ne provoquent pas la genèse d'anticorps, par contre avec des poisons cellulaires, microbiens ou autres, la chose est plus aisée; aussi, en dépit des obstacles faciles à prévoir (rapidité des accidents bulbaires, nécessité d'une polyvalence accentuée), avec M. Moussu nous avons tenté, non sans quelques résultats encore bien insuffisants, d'obtenir un sérum spécial.

Le faisceau pyramidal homolatéral.

MM. Marie et **Guillain.** — L'examen d'un grand nombre d'hémiplégiques nous a convaincus que les troubles du côté sain — signalés par divers neurologistes et attribués à l'existence et à la dégénération de fibres pyramidales homolatérales — sont loin d'être la règle dans les hémiplégies traumatiques et dans les hémiplégies de l'adulte à lésions unilatérales. Ils s'observent seulement chez les vieillards polyscléreux, présentant des foyers de désintégration lacunaire bilatéraux dans le cerveau et la protubérance. Nous croyons, en conséquence, qu'en présence de troubles accentués du côté sain chez un hémiplégique, il faut admettre l'existence de ce côté d'une hémiplégie incomplète.

Au point de vue anatomique, les fibres pyramidales nous ont paru constantes avec le procédé de Marchi; au contraire, la dégénération homolatérale constatée avec la méthode de Weigert n'existe guère que dans les cas de lésions bilatérales. Le faisceau pyramidal homolatéral provient, pour nous, de la pyramide dégénérée, contrairement à l'opinion soutenue par divers auteurs. Les fibres de ce faisceau sont presque aussi nombreuses au-dessous du renflement cervical qu'au-dessus; elles semblent donc destinées surtout aux membres inférieurs, ce qui explique que, contrairement à ce qui se passe pour les membres supérieurs, les membres inférieurs agissent dans beaucoup de mouvements (la marche, par exemple) d'une façon synergique.

Nous ne croyons pas que la dégénération des fibres homolatérales explique les troubles observés du côté sain chez les hémiplégiques, car ce faisceau est constant, tandis que les troubles du côté sain sont, au contraire, inconstants. De plus ces fibres sont peu nombreuses et leur influence ne paraît pas suffisante pour amener la diminution de la force musculaire, l'exagération des réflexes, etc.

Ce sont, à notre avis, les lésions hémisphériques et protubérantielles bilatérales qui tiennent sous leur dépendance, au point de vue clinique, les troubles du côté sain observés chez les hémiplégiques, et au point de vue anatomo-pathologique les grosses dégénérations homolatérales.

Etat de la sécrétion gastrique aux différentes périodes de la tuberculose pulmonaire.

MM. Robin et **Du Pasquier.** — Au début de la tuberculose pulmonaire, on constate, dans 69 % des cas, une hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie qui ne se manifeste pas toujours par des troubles subjectifs.

A la deuxième période le chimisme gastrique est variable : le plus souvent, à l'excitation sécrétoire du début succède l'épuisement des glandes; l'hyperchlorhydrie s'atténue et fait place à l'hyposthénie.

Après ce trouble fonctionnel vient la lésion organique, en particulier la gastrite chronique, si fréquente à la période cavitaire. La sécrétion gastrique est alors complètement insuffisante : c'est la période d'anachlorhydrie avec diminu-

tion des ferments digestifs, pepsine et lab. Les symptômes cliniques qui traduisent cet état sont l'anorexie et les sensations pénibles après les repas, les vomissements et enfin la diarrhée.

Anesthésie de la dentine par l'injection d'un mélange de cocaïne et d'adrénaline.

M. Granjon (de Marseille) dit avoir réussi à obtenir l'anesthésie de la dentine en injectant, le plus profondément possible dans l'épaisseur du périoste alvéolo-dentaire, un tiers de centimètre cube d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 % additionnée, par centimètre cube, de 5 gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰.

Sur un cas de dissociation du phénomène des orteils.

M. Cruchet (de Bordeaux) adresse l'observation d'un enfant de neuf ans, présentant des signes de tumeur cérébrale avec état semi-comateux, flaccidité des membres inférieurs, abolition des réflexes rotuliens, etc., chez lequel le plus léger chatouillement de la voûte plantaire droite provoque en même temps l'*extension* brusque du gros orteil et la *flexion* également brusque des quatre autres orteils. Cette dissociation du phénomène des orteils n'existait pas à gauche : l'excitation de la plante du pied entraînait simplement l'extension du gros orteil, les autres doigts demeurant presque immobiles.

MM. Zimmern et **Dimier** adressent une note relative à la production expérimentale de l'épilepsie, et particulièrement du coma épileptique, par les courants de Leduc.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 27 mai 1903.

Cachexies progressives mortelles sans lésions anatomiques.

M. Grawitz. — Un jeune employé de bureau, qui était venu me consulter il y a quelques mois pour une profonde prostration dont il s'était progressivement remis, fut dernièrement reçu dans mon service dans un état de cachexie extrême dont nous ne pûmes découvrir la cause; les appareils respiratoire, circulatoire et nerveux étaient sains, de même que le foie et la rate; nulle part on ne constatait de tumeur ni d'hypertrophie ganglionnaire, il n'y avait pas de coloration bronzée des téguments; l'appétit était fort diminué et le suc gastrique ne contenait ni acide chlorhydrique ni acide lactique libres; l'examen hématologique dénotait une anémie secondaire, sans trace d'anémie pernicieuse. On pensa qu'il s'agissait d'un carcinome latent, mais l'autopsie ne révéla qu'une pneumonie récente, survenue évidemment à titre de complication.

Les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels; le seul symptôme constant, c'est l'anachlorhydrie, et ce trouble me paraît important non seulement au point de vue de la digestion des albuminoïdes, mais aussi en ce qui concerne les fonctions bactéricides du suc gastrique. On peut rapprocher ces faits de ceux où l'on voit une phtisie pulmonaire entraîner une cachexie hors de proportion avec les lésions des sommets, et où l'examen chimique du suc gastrique révèle de l'anacidité ; vient-on à faire disparaître celle-ci, on constate que l'état général s'améliore parallèlement.

Comme traitement, je crois qu'il ne faut pas se contenter d'administrer à ces malades des préparations chlorhydriques, mais aussi leur faire des lavages de l'estomac à l'eau salée ou avec des solutions faibles d'acide chlorhydrique et assurer l'alimentation par voie rectale.

Sur la gastrosucorrhée.

M. Strauss déclare, à propos de la récente communication de M. Albu sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 181), que la gastrosucorrhée n'est pas, à son avis, une entité morbide, mais un syndrome dont l'exagération de la sécrétion gastrique est le symptôme capital et qui traduit une excitabilité particulière de l'appareil sécrétoire ayant son origine dans l'écorce cérébrale et sa terminaison dans les cellules glandulaires de l'estomac. Il n'est pas possible de considérer la gastrosucorrhée comme toujours liée à l'insuffisance motrice, car elle peut exister en dehors de celle-ci, ainsi que l'orateur a eu 5 fois l'occasion de l'observer; la rétention n'est pas davantage la cause de ce trouble, puisqu'il ne disparaît pas immédiatement après la gastro-entérostomie, mais seulement au bout d'un certain temps. Quant aux rapports entre la gastrosucorrhée et l'ulcère rond, M. Strauss est d'avis qu'ils ne résultent pas seulement du spasme pylorique, mais aussi d'une névrite au voisinage de l'ulcération. Pour ce qui est enfin du traitement, l'orateur croit que si la gastrosucorrhée ne cède pas à un régime composé de graisses et d'albuminoïdes — et aux moyens visant à la cure de l'ulcère, quand celui-ci existe —, il y a lieu de recourir à l'intervention chirurgicale.

M. Zülzer fait observer qu'il convient de distinguer soigneusement la gastrosucorrhée primitive et les gastrosucorrhées secondaires, dues à l'insuffisance motrice ou à toute autre cause analogue.

M. Bleichröder dit avoir fait l'examen microscopique dans un cas de gastrosucorrhée très prononcée et n'avoir constaté aucune lésion de la muqueuse stomacale.

M. Elsner défend l'opinion qu'une gastrosucorrhée légère n'est pas forcément un signe d'affection gastrique; il est possible qu'elle témoigne d'une excitabilité particulière, et que les sujets qui en sont atteints soient par exemple des neurasthéniques, mais ce ne sont du moins pas des « malades de l'estomac ».

M. Albu maintient qu'à son avis toute gastrosucorrhée, même d'apparence primitive, est sous la dépendance d'une insuffisance motrice, parfois très légère.

Gangrène spontanée unilatérale des doigts.

M. Gunkel présente un homme de vingt-sept ans, employé dans une buanderie, chez lequel s'est progressivement développée en quelques mois une gangrène sèche des cinq doigts de la main droite, en l'absence de toute tare morbide et de toute intoxication. Cette affection se distingue de la maladie de Raynaud par son unilatéralité; l'orateur l'attribue à une lésion vasculaire.

M. Lassar demande si le sujet, en raison de son métier, n'a pas les mains exposées au froid.

M. Gunkel déclare que cet homme n'est pas employé lui-même au blanchissage.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 25 mai et 8 juin 1903.

Infection générale par le muguet.

M. Heubner. — J'ai observé un cas d'infection générale par le muguet, qui est le premier, je crois, où le diagnostic ait été posé pendant la vie. Il s'agit d'un enfant de quinze mois, faible par suite d'une alimentation défectueuse et ne pesant que la moitié du poids correspondant à son âge, qui fut pris d'une affection générale grave avec angine amygdalienne, simulant la diphtérie, pour laquelle il fut reçu à la Charité; toutefois l'examen bactériologique du dépôt amygdalien ne révéla pas de bacilles de Löffler; en outre l'angine n'était pas membraneuse et ne s'accompagnait pas d'adénite, et l'exsudat de la gorge, au lieu d'être visqueux, ainsi que dans la diphtérie, était sec, comme fragmenté; enfin, par écrasement, on y reconnut sous le microscope des cellules et des filaments d'*Oidium albicans*. La fièvre s'éleva bientôt jusqu'à 41°, la dyspnée se fit extrême, bien qu'il n'y eût pas de lésion pulmonaire ni laryngée, le pouls devint très fréquent et le petit malade succomba avec des phénomènes nerveux (agitation, jactation).

L'autopsie ne révéla aucune lésion macroscopique, mais l'examen histologique me montra dans les amygdales des lésions de nécrose avec présence du parasite à l'état de bourgeonnement; on retrouva aussi ce dernier dans les reins, particulièrement au niveau des glomérules et des vaisseaux. Je pus cultiver l'*oïdium* sur bouillon et injecter ces cultures pures à des lapins, reproduisant ainsi une infection de tous points analogues à celle qu'avait présentée mon petit malade (fièvre, dyspnée, etc.), et l'autopsie de ces animaux me permit de constater dans tous les organes des foyers de muguet, offrant à l'œil nu la plus grande ressemblance avec des tubercules miliaires.

Il est curieux de remarquer que, dans le fait que je viens de relater, les lésions buccales étaient limitées aux amygdales, la langue et le reste de la bouche étant indemnes. Quant au mécanisme de la mort, je ne sais s'il faut l'attribuer à une influence toxique ou à une action purement mécanique.

M. Kraus dit qu'il a été publié jusqu'ici 3 ou 4 cas seulement d'infection générale par le muguet; dans un fait de MM. Zenker et Ritter, il existait des abcès cérébraux, dans le pus desquels on trouva le parasite; dans une observation de M. Schmorl on note aussi des suppurations, mais au niveau des reins et de la rate. L'orateur constate sur les préparations de M. Heubner qu'il n'y a pas de réaction cellulaire autour des éléments du parasite, tandis que dans un cas de M. Steiner il y avait une infiltration parvicellulaire.

M. Klemperer se demande, en se basant sur certains caractères morphologiques, s'il ne s'agirait pas, au lieu de l'agent pathogène du muguet, d'une levure. D'après ses propres expériences, l'orateur croit que l'*oïdium* ne détermine pas de phénomènes toxiques — contrairement aux levures — mais seulement des accidents mécaniques.

M. Heubner déclare que dans son cas le champignon qu'il a isolé a été identifié par un botaniste avec le parasite du muguet; ce dernier produit d'ailleurs une toxine énergique, comme le fait a été établi par M. Concetti. Quant à l'absence de suppuration chez son petit malade, elle tient sans doute à l'évolution très rapide de l'affection, qui n'a pas permis à l'organisme de donner une réaction inflammatoire.

Œil et immunité.

M. K. Wessely, après avoir rappelé les travaux de M. Römer sur un sérum immunisant à l'égard de l'abrine, principe actif du jéquirity, et sur l'action du sérum antipneumococcique à l'égard de l'ulcère serpigineux de la cornée, rend compte de ses propres recherches, exécutées sur la chambre antérieure. Il a pu s'assurer que l'humeur aqueuse ne contient normalement presque pas d'albumine, mais que toute irritation de l'œil y fait apparaître en abondance de l'albumine et de la fibrine, et que parallèlement se développe la teneur de ce liquide en anticorps; aussi estime-t-il que les applications de jéquirity agissent en exaltant les propriétés curatives de l'inflammation par l'apport de nouveaux anticorps; peut-être pourrait-on faire aussi application de ces principes au traitement du trachome et de l'ophtalmie syphilitique.

Le traitement chirurgical des abcès pulmonaires.

M. Jacobsohn déclare que, comme M. Fränkel, il croit les abcès post-pneumoniques peu fréquents (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 181): pour sa part, il n'en a jamais observé; mais il en est autrement dans la pneumonie grippale. La cause la plus commune des abcès pulmonaires est constituée par l'aspiration de corps étrangers à la suite de vomissements, dans l'ivresse, la narcose, etc.; dans les cas de ce genre, l'abcès peut se former bien que le corps étranger ait été rapidement rejeté.

Le plus souvent, les abcès pulmonaires évoluent tout d'abord d'une façon latente, puis, quand ils manifestent leur présence par la matité, la dyspnée, la toux quinteuse, etc., ils ne tardent pas à se vider par vomique, de sorte qu'ils échappent à l'intervention chirurgicale. Au contraire, dans les cas où il y a bronchite et bronchectasie, l'opération est légitime, parce qu'alors il se forme rapidement des néomem-

branes épaisses qui empêchent l'affaissement de la poche, ce qui prédispose aux métastases; c'est pour des considérations analogues que les abcès du sommet doivent aussi être opérés.

M. Kaminer dit avoir observé 2 cas de bronchectasie sacculaire; il pense que dans cette lésion l'intervention chirurgicale pourrait être aussi efficace que contre les abcès.

M. Freyhan fait observer que le point important, pour faire intervenir le chirurgien, est de savoir si l'abcès est unique; il faut en outre poser le diagnostic de siège. Aussi — ces deux questions ne pouvant être toujours résolues — l'orateur est-il d'avis qu'on ne saurait établir de règle générale.

M. A. Fränkel déclare qu'après avoir revu sa statistique, c'est seulement à 1.5 % qu'il évalue la fréquence des abcès post-pneumoniques. Il estime que l'intervention est indiquée dans les abcès par corps étrangers, par suppuration de voisinage, dans les abcès ayant envahi la plèvre, et même dans les abcès post-pneumoniques quand ils n'offrent pas de tendance à la guérison spontanée.

Panaris gonococcique.

M. Fritz Meyer relate l'observation d'une jeune femme atteinte d'uréthrite blennorrhagique, avec complications articulaires, chez laquelle apparut, sur le bord radial du médius gauche, un petit panaris superficiel dont le pus contenait des gonocoques, et qui guérit sans difficulté après incision.

Le panaris gonococcique, dont l'orateur a relevé 8 cas seulement dans la littérature médicale, pourrait résulter soit d'une métastase, soit d'une inoculation directe; c'est ce dernier mécanisme qu'il faudrait incriminer dans le présent cas.

M. Cassel dit avoir observé un enfant qui, au cours d'une ophtalmie des nouveau-nés à gonocoque, eut — outre des arthrites multiples — un abcès furonculeux de la région dorsale, également d'origine gonococcique et paraissant dû à une auto-inoculation.

Endocardite septique chez un blennorrhagique.

M. Heller communique le cas d'un homme de quarante-sept ans, ancien blennorrhagique et rétréci, qui, pendant une nouvelle atteinte de chaudepisse avec pus renfermant des gonocoques et des staphylocoques, eut des complications vésicales, articulaires, puis un exanthème purpurique et enfin une hémiplégie attribuable à une embolie elle-même liée à une endocardite septique.

L'autopsie ne put être faite, mais l'examen histologique d'un des éléments éruptifs ayant permis de reconnaître, dans ces lésions cutanées, des staphylocoques à l'exclusion de tout gonocoque, l'orateur en conclut que l'endocardite elle-même était non pas gonococcique mais staphylococcique.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 13 juin 1903.

Emploi du plombage à l'iodoforme comme moyen de prothèse.

Dans ses deux dernières séances la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE s'est occupée du plombage à l'iodoforme, préconisé l'année dernière par M. von Mosetig-Moorhof pour combler des pertes de substance osseuse (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 419).

M. K. Ernst a montré 2 patients qui étaient atteints de kystes dentaires ayant le volume d'une pomme dans un cas, d'un œuf de poule dans l'autre; ces kystes furent incisés et vidés de leur contenu, puis leur cavité fut remplie avec le mélange en question. Le résultat fut des plus satisfaisants, la guérison ayant été obtenue *per primam*, sans aucune réaction.

M. Damianos a présenté 3 malades atteints de tuberculose des os du pied, chez lesquels la cavité résultant de la résection de l'astragale a été également comblée avec le plombage à l'iodoforme; la plaie a été ensuite drainée et recouverte d'un pansement compressif. Cinq semaines après cette intervention les malades pouvaient déjà marcher.

Dans 10 autres cas de tuberculose des os du pied qui ont été traités par le même procédé, la guérison a toujours eu lieu de même sans aucune réaction, sans ankylose et sans raccourcissement notable du membre.

M. von Eiselsberg est d'avis — étant donnée la gravité des tuberculoses des os du pied, au point de vue fonctionnel — que ces bons résultats sont effectivement dus à l'emploi du plombage.

M. Weiser déclare, à propos des malades présentés par M. Ernst, que le plombage lui paraît devoir être réservé aux petits kystes, ceux qui sont volumineux étant plutôt justiciables de l'extirpation.

M. Chiari estime qu'on pourrait recourir au plombage dans les cas de suppuration chronique des sinus maxillaires et frontaux tout aussi bien que dans ceux de kystes dentaires.

M. von Mosetig-Moorhof répond à M. Weiser qu'il n'y a aucun inconvénient à employer le plombage même pour les kystes volumineux. Au reste, il a étendu le champ d'action de cette méthode, qui permet de combler non seulement les pertes de substance osseuse, mais aussi les cavités naturelles ou celles qui sont pathologiquement creusées aux dépens des parties molles. C'est ainsi que chez une jeune fille de quatorze ans qui, à la suite d'une tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, avait le médiastin antérieur rempli de masses caséeuses, avec carie du sternum, l'orateur a obturé la cavité considérable résultant de l'ablation de ces lésions au moyen de 200 grammes environ de plombage à l'iodoforme; la guérison a été obtenue sans la moindre réaction.

M. von Mosetig Moorhof dit avoir actuellement pratiqué plus de 150 plombages, qui ont toujours été parfaitement tolérés.

Action des radiations de radium sur la rétine.

M. Holzknecht a relaté des expériences qu'il a faites avec M. Schwarz, et qui prouvent que les radiations du radium ne peuvent pas être réunies sur la rétine de façon à former des images, parce qu'elles ne sont pas soumises aux lois de la réfraction. En outre, la sensibilité de la rétine à la lumière n'augmenterait pas sous l'influence de ces radiations. C'est ainsi que chez beaucoup de malades qui, en dépit d'une atrophie du nerf optique, ont une acuité visuelle suffisante pour distinguer les personnes, cette acuité n'est nullement accrue par les radiations du radium.

M. Moritz Sachs dit avoir constaté que la rétine pouvait être excitée par des rayons agissant sur sa face postérieure; c'est peut-être là l'explication des perceptions lumineuses que provoque le radium placé à la partie latérale ou postérieure de la tête.

M. Königstein croit que ces perceptions lumineuses sont simplement le résultat de la fluorescence des membranes de l'œil.

Valeur comparée des viandes blanches et des viandes noires.

M. Offer a communiqué le résultat d'expériences qui tendent à démontrer, d'une part, que la quantité des matières extractives contenues dans la viande rôtie est la même, qu'il s'agisse de viandes noires ou de viandes blanches et, d'autre part, que ces deux espèces de viandes n'ont aucune action nocive chez les arthritiques ni chez les sujets atteints de néphrite.

Cellules chromaffines et maladie d'Addison.

Dans la séance du 4 juin de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. Wiesel** a relaté les résultats de ses recherches sur les lésions de la maladie d'Addison.

On sait que le système nerveux sympathique contient, outre ses éléments spécifiques — fibres et cellules nerveuses — une troisième sorte d'éléments, les cellules chromaffines, qui présentent l'aspect de petits nodules ou corpuscules se colorant en brun sous l'influence des sels de chrome; des cellules analogues existent dans la substance médullaire de la capsule surrénale. Elles dérivent du grand sympathique et sécrètent une substance excitant les fibres musculaires lisses ainsi que les fibres nerveuses. Or, dans 5 cas de maladie d'Addison qu'il a eu l'occasion d'étudier, l'orateur a constaté l'absence complète des cellules chromaffines, avec intégrité des capsules surrénales et des glandules surrénales accessoires; en outre, un certain nombre de cellules nerveuses du sympathique étaient devenues chromaffines, sans perdre leur caractère de cellules nerveuses.

Se basant sur ces faits, M. Wiesel estime que la maladie d'Addison pourrait être considérée comme une affection primitive du système chromaffine. Les altérations des autres parties du sympathique, ainsi que de la substance corticale de la capsule surrénale, seraient secondaires. La suppression fonctionnelle des cellules chromaffines explique en effet certains des symptômes de la maladie d'Addison, en particulier l'asthénie et l'adynamie.

M. A. Burger objecte qu'on n'est pas parvenu jusqu'ici à reproduire expérimentalement la maladie d'Addison par la destruction des capsules surrénales, bien qu'une telle mutilation ait pour conséquence de supprimer un grand nombre de cellules chromaffines.

M. Wiesel fait observer que l'ablation des capsules surrénales ne laisse pas moins subsister les cellules chromaffines disséminées dans le système sympathique.

Myélomes multiples sans albumosurie.

M. S. Jellinek a communiqué l'observation d'un homme de quarante sept ans, qui fut pris, il y a deux ans, de frissons et de faiblesse généralisée, qui est devenu ataxique une année plus tard, et qui depuis quatre mois est sujet à des fractures spontanées des os, si bien qu'actuellement toutes les côtes, sauf deux, et plusieurs os des membres sont le siège de solutions de continuité. Se basant sur les résultats de l'examen radiographique, l'orateur croit que ce malade est atteint de myélomes multiples, bien que les urines ne renferment pas l'albumose de Bence Jones.

D[r] SCHNIRER.

LETTRES DE SUISSE

Gersau, le 12 juin 1903.

Le traitement des tuberculeux dans les colonies familiales.

Le canton de Schwyz a adopté le 24 septembre 1899, par *referendum*, une nouvelle loi sur les hôtels (*Wirtschaftgesetz*). Bien que celle-ci ne contienne aucune disposition spéciale aux colonies de tuberculeux, elle n'en porte pas moins un coup fatal à ces institutions. Jusqu'ici, en effet, tout particulier pouvait recevoir chez lui, à condition de ne débiter aucune boisson alcoolique, quelques individus sains ou malades; mais la loi nouvelle précise le sens du mot « hôtel » (*Wirtschaft*) qui, aux termes du § 1[er] s'applique à « toute espèce d'hospitalité payante donnée à des personnes étrangères et à la vente d'aliments et de boissons, à l'exception des pensionnaires domiciliés dans la localité (*Kostgänger*) ». Quiconque veut héberger des hôtes payants tombe donc sous le coup de cette loi et se trouve soumis à une patente dont le taux est très élevé : il varie, d'après le § 7, entre 60 et 1,200 francs par an, sans compter que le § 11 impose, à l'ouverture de tout nouvel établissement, un « droit de concession » de 300 à 800 francs. Il est clair que de pareilles taxes ne sauraient être acquittées par les familles recevant chez elles quelques tuberculeux, au nombre de 4 à 10 au maximum; leur faible bénéfice serait entièrement supprimé. Au moment où elles sont ainsi condamnées à disparaître (1), il me semble intéressant de dire ce que sont nos colonies de tuberculeux, qui comptent actuellement dix années d'existence.

(1) La loi du 24 septembre 1899 a été appliquée le 20 janvier 1900, mais les stations de phtisiques du Rigi ont existé jusqu'à l'année dernière. Pendant deux ans, en effet, nous avons essayé de les maintenir en exigeant des malades qu'ils déposassent leurs papiers pour acquérir ainsi la qualité de *Kostgänger*, dénomination qui s'applique à toute personne étrangère fixée dans une localité, ayant déposé ses papiers et prenant ses repas dans une famille. Malheureusement ces formalités, quelque peu compliquées, rebutèrent les malades qui, pour la plupart, s'y sont refusés.

C'est en 1893 que nous avons créé nos « stations pour phtisiques » sur le flanc sud du Rigi; la partie méridionale de cette montagne, depuis Scheidegg jusqu'à Gersau, est habitée même en hiver, comme en témoignent les 80 maisonnettes environ disséminées dans cette région, dont les habitants s'occupent surtout des soins des bestiaux. J'installai quelques tuberculeux dans ce milieu, et, en présence des bons résultats obtenus, leur nombre s'est rapidement accru. Les colonies sont très disséminées; chaque maison reçoit seulement de 4 à 10 malades et est située à un quart d'heure ou une demi heure de marche de sa voisine la plus immédiate. Toutes les semaines, le médecin fait sa ronde pour aller voir les « colons » dans la montagne; il est parfois appelé dans l'intervalle pour des cas d'urgence.

En ce qui concerne l'altitude, nos colonies s'échelonnent depuis 440 mètres (Gersau) jusqu'à 1,665 mètres (Scheidegg); à l'exception de deux petits hôtels, il ne s'agit là que de maisons particulières. Au total, nous disposons — outre 40 à 60 lits à Gersau (440 m.) — de 24 lits dans 3 maisons à une hauteur de 550 à 700 mètres, de 58 lits dans 13 maisons entre 700 et 1,100 mètres, enfin de 2 maisons avec 10 lits entre 1,100 et 1,550 mètres, soit 82 lits répartis sur 18 maisons au flanc de la montagne. Nous avons ainsi 4 stations d'altitude variable, 4 « degrés » sur le Rigi, nous permettant de placer nos patients à l'altitude convenable selon leur état général, le stade de leur affection, les complications qu'ils présentent, etc.

Les sujets peu atteints gagnent à pied leur station, les autres y sont transportés au moyen de brancards. Une fois arrivés, ils sont internés et placés sous la surveillance de leur hôte; ils ne peuvent s'éloigner sans être vus, et toute promenade un peu longue leur est impossible, puisqu'ils ne pourraient que monter ou redescendre la pente de la montagne. Je dois ajouter qu'ils acceptent parfaitement le repos si nécessaire qui leur est imposé.

Le régime est celui — très simple — des habitants, consistant en lait à discrétion, œufs, plats à base de farine, rarement de la viande, et comprenant 5 ou 6 repas par jour. Les boissons spiritueuses sont interdites; les alcooliques ne sont du reste pas admis. Toute désobéissance entraîne l'exclusion sans recours.

Dans des conditions semblables, le prix de la pension ne dépasse pas 3 francs à 3 fr. 50 par jour; naturellement le médecin fait aussi des visites à prix très réduit. Ces colonies si bon marché s'adressent surtout aux classes pauvres, ouvriers, paysans, etc. Les gens de la campagne particulièrement s'accommodent admirablement de cette existence simple, patriarcale, et, dans un pareil milieu, ils se sentent « chez eux » beaucoup plus que dans les grands *sanatoria* modernes.

La plupart des patients que nous recevons sont gravement atteints, les gens de cette classe ne venant que quand ils ne peuvent plus travailler; beaucoup avaient été refusés dans des *sanatoria*. Que des résultats favorables fussent plus rapidement acquis chez les malades légers — qui d'ailleurs peuvent guérir partout pourvu qu'ils se trouvent dans de bonnes conditions —, cela est certain, de même que chez les personnes riches, qui sont à même de poursuivre indéfiniment le traitement et ne sont pas obligées par la suite de se remettre à travailler. Dans les conditions où nous nous trouvons, nous avons assurément perdu beaucoup de malades, mais souvent aussi nous avons obtenu des résultats tout à fait surprenants.

Nous avons reçu dans nos colonies, et soigné des mois durant, environ 2,000 tuberculeux en dix ans. Cette tentative se trouve interrompue par des circonstances imprévues, mais elle restera comme une sorte d'expérience « en grand », dont on peut dire qu'elle a réussi. Elle nous a fourni des renseignements précieux sur une foule de points encore obscurs, tels que la contagion, le choix de l'altitude la plus convenable, les meilleures méthodes de traitement, l'établissement des statistiques, etc. Elle a surtout démontré que les colonies familiales de tuberculeux dans des villages de montagne sont susceptibles de donner d'excellents résultats. Les *sanatoria* conservent leur supériorité au point de vue de la surveillance des malades et de l'application plus parfaite des règles hygiéniques. Mais si l'on songe au nombre colossal des tuberculeux dans chaque pays, et aux frais énormes qu'entraîne l'érection d'un seul *sanatorium*, on conclura aisément que jamais il ne sera possible d'hospitaliser dans des établissements de ce genre même une petite fraction des phtisiques.

Les colonies familiales, au contraire, nécessitent des frais insignifiants; elles n'exigent ni personnel administratif, ni constructions spéciales, et un seul médecin suffit à y assurer les soins médicaux comme dans tout autre village. On pourra les créer dans toute localité de montagne située entre 700 et 1,200 mètres, ensoleillée et abritée du vent, dont les habitants seraient disposés à recevoir des tuberculeux. Les quelques aménagements ou achats de meubles indispensables seront volontiers effectués par les montagnards le plus souvent pauvres, auxquels on ouvre ainsi une nouvelle industrie. Quant à la possibilité d'une contagion, je dois dire que nous n'avons ici rien observé qui nous autorise à l'admettre.

Le manque de confort ne constitue pas un obstacle, les patients guérissant dans les conditions de simplicité les plus absolues; aussi peut-on même utiliser à cet effet les chalets primitifs de bergers dans la montagne; depuis des années, j'ai l'habitude d'y envoyer pour l'été des malades pauvres du pays, et ils en redescendent guéris en automne.

On est donc légitimement autorisé à employer les colonies familiales dans le traitement des phtisiques; ce moyen devrait même être utilisé sur une vaste échelle, car il est aussi efficace que peu onéreux.

Dr H. Erni.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Washington, le 17 mai 1903.

En trois semaines, je viens d'assister, tant à la Nouvelle-Orléans qu'à Washington, à toute une série de Congrès de médecine américains. Ce sont là des réunions assez particulières, dont certaines ne comprennent qu'une ou deux séances. Il y aurait à leur sujet bien des choses à dire qui, semble-t-il, auraient quelque intérêt pour les lecteurs d'un journal français; car, à bien des points de vue, ces Congrès diffèrent de ceux que nous sommes habitués à voir en Europe. Cependant, pour bien faire comprendre le but que poursuivent les Congrès américains, la façon dont ils sont organisés, les résultats qu'ils donnent et ceux qu'ils sont susceptibles de fournir, il importe d'avoir au préalable exposé des questions connexes, telles que l'exercice et l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis, questions que je me propose de traiter ultérieurement. Je me réserve de parler également alors — en temps et lieu — du fonctionnement des Congrès américains. Pour le moment, je me contenterai de dire que, parmi les sujets qui ont donné lieu à des rapports et à des communications, plusieurs avaient trait à des questions dont j'ai déjà eu l'occasion d'exposer ici même l'état actuel, d'après les renseignements que j'ai recueillis au cours de mon voyage. Telle est, par exemple, la question de la radiothérapie à laquelle toute une matinée a été consacrée au Congrès de Washington; après les indications que j'ai fournies dans différents articles, à cet égard, il me semble tout à fait inutile de revenir ici sur la discussion à laquelle ce sujet a donné lieu : j'y ai retrouvé les mêmes enthousiasmes, les mêmes scepticismes, les mêmes antagonismes que j'ai déjà signalés précédemment. J'en dirai autant du traitement de la lithiase biliaire; ainsi que je l'indiquais, la cholécystectomie gagne tous les jours en faveur auprès des chirurgiens américains. M. le docteur W. J. Mayo (de Rochester) exprimait sur ce point le sentiment général en disant que « la cholécystectomie est l'opération de l'avenir ». D'autres questions n'ont pas encore été traitées dans mes correspondances hebdomadaires; ce que j'aurai à en dire trouvera sa place naturelle dans des articles que je me propose de leur consacrer, à propos de renseignements que j'ai recueillis antérieurement dans le cours de mon voyage. Je n'y insisterai donc pas actuellement.

Je dois ajouter, cependant, qu'au cours de ces trois semaines de Congrès, je n'ai pour ainsi dire pas entendu parler d'appendicite. Je souligne le fait parce qu'il est caractéristique : il montre — ainsi que je le disais naguère — que de ce côté-ci de l'Atlantique le traitement de l'appendicite est chose jugée.

Traitement opératoire des rétrodéviations utérines.

Il est une question qui n'a guère été discutée dans ces différents Congrès bien que les chirurgiens américains paraissent lui porter actuellement un certain intérêt. En tout cas, il semble qu'il s'agisse là d'un point de technique en voie de subir une évolution plus ou moins apparente. Je veux parler du traitement opératoire des rétrodéviations utérines, au sujet duquel je me propose d'indiquer aujourd'hui la pratique des gynécologistes américains.

Assurément, l'évolution des idées sur ce point est lente et progressive, et les adeptes de l'hystéropexie se trouvent toujours en présence des partisans du raccourcissement des ligaments ronds. Mais il est évident qu'aucun des deux camps ne croit avoir dit le dernier mot en matière de traitement opératoire de la rétroflexion utérine : des deux côtés, c'est surtout à l'amélioration de la technique primitivement employée que l'on travaille.

M. le docteur Howard A. Kelly, qui fut un des champions de la première heure de l'hystéropexie (1), est encore actuellement un des partisans les plus fervents de cette intervention, à laquelle il a toujours recours lorsque le traitement non chirurgical de la rétroflexion est insuffisant ou impraticable. Il l'exécute même très fréquemment à titre préventif, ou comme opération complémentaire à la fin d'une intervention abdominale avec laparotomie.

Peu à peu, M. Kelly a assez notablement modifié sa façon primitive de procéder. Au lieu d'affronter la face antérieure de l'utérus avec la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, c'est la face postérieure du fond utérin qu'il fixe au péritoine abdominal antérieur. Pour amener l'utérus dans cette position, on le met dans une antéflexion forcée; il ne s'agit donc pas d'une simple correction, mais d'une véritable hypercorrection de la position vicieuse à laquelle on cherche à remédier. Cette anomalie n'est d'ailleurs que temporaire. M. Kelly s'est, en effet, assuré par la palpation bimanuelle qu'au bout d'un certain nombre de semaines l'utérus se défléchit, de façon à présenter désormais une situation et une conformation parfaitement normales. C'est que le fond de l'utérus ne contracte pas avec la paroi abdominale une adhérence en surface; il se forme seulement quelques brides réunissant le feuillet viscéral du péritoine à son feuillet pariétal, et ces brides, sous l'influence du poids des organes abdominaux qui reposent sur l'utérus, s'allongent suffisamment pour permettre à ce dernier de reprendre sa situation normale, pas assez cependant pour que la rétroflexion puisse se reproduire. Ayant eu l'occasion à plusieurs reprises de rouvrir l'abdomen dans des cas où il avait pratiqué une hystéropexie suivant ces principes, M. Kelly a trouvé des brides dont la longueur variait de 4 à 5 centimètres. Ces adhérences, contrairement à celles que l'on obtient par les procédés habituels, ne présenteraient pas d'inconvénients pendant le cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement. Voici les détails du procédé dont M. Kelly se sert actuellement :

Le ventre étant ouvert par une laparotomie médiane dont la plaie descend jusqu'à deux centimètres de la symphyse pubienne, on introduit la main dans la cavité abdominale et on la fait glisser sur la vessie, puis sur la face antérieure de l'utérus rétrofléchi jusqu'à ce qu'on atteigne le fond de cet organe sur le plancher pelvien. Chemin faisant, on lacère les adhérences péritonéales qui peuvent exister et retenir l'utérus dans sa position vicieuse; on sectionne ces adhérences entre deux ligatures si elles sont plus résistantes. A ce moment, on peut se rendre compte de l'état des ovaires et des trompes. Lorsque l'état de ces organes en rend l'ablation indiquée, on procède immédiatement à cette opération, remplaçant ainsi l'hystéropexie par une hystérectomie abdominale.

(1) Il ne s'agit bien entendu que d'hystéropexie *abdominale*. L'hystéropexie *vaginale* a dès longtemps passé à l'état de souvenir historique.

Sinon, on amène le fond utérin dans la plaie abdominale, et on met l'organe en une antéflexion telle que sa partie postérieure se présente en avant. Une aiguille enfilée de soie pénètre alors de dedans en dehors à un bon centimètre de la lèvre du péritoine qu'elle charge sur une longueur d'environ deux centimètres. Elle chemine ensuite de dehors en dedans dans l'utérus à un travers de doigt au-dessous et en arrière de la ligne qui réunit les deux trompes et en ressort environ à un centimètre plus loin. Il importe que la suture comprenne, outre la séreuse utérine, une certaine épaisseur de la tunique musculeuse de l'organe. Enfin, le fil est passé à travers le péritoine abdominal de l'autre côté de façon à assurer la symétrie de la suture, qu'on lie immédiatement. Bien que l'hystéropexie soit dès lors effectuée, M. Kelly fait habituellement un second point de suture à un centimètre au-dessus du premier. Ce second point, en augmentant l'antéflexion de l'utérus, met une plus grande partie de la face postérieure de cet organe en contact avec la paroi abdominale et sert à « soulager » le premier point de suture. Il est exceptionnel qu'il faille plus de deux points.

Les adhérences ainsi produites, dans l'opinion de nombreux chirurgiens, sont susceptibles d'entraîner des phénomènes douloureux. Je dois dire, à ce propos, que, d'une façon générale, les adhérences péritonéales, même d'apparence insignifiante, sont ordinairement redoutées aux Etats-Unis, tant en raison des phénomènes douloureux qu'à cause des accidents d'obstruction qu'elles sont susceptibles de provoquer. Nombre de chirurgiens n'hésitent pas à rouvrir le ventre pour détruire les adhérences résultant d'opérations antérieures (appendicite, etc.) ou de toute autre cause (gâteaux péritonéaux de la péritonite tuberculeuse chronique). Ceci explique la résistance que rencontre l'hystéropexie auprès de beaucoup de gynécologistes américains qui accordent la préférence aux procédés ayant en vue un raccourcissement des ligaments ronds. J'ajoute que l'hystéropexie ne se pratique guère que le long de la côte de l'Atlantique; je n'en entendis plus parler une fois que j'eus quitté l'est des Etats-Unis.

Le procédé primitif d'Alquié-Alexander est encore employé par un certain nombre de chirurgiens, tels que M. Mayo (de Rochester) et M. Ochsner (de Chicago). Je signalerai seulement que M. Mayo insiste sur la nécessité de dépouiller aussi loin que possible le ligament rond de la gaine péritonéale dont il est pourvu, avant de l'amarrer à l'arcade fémorale : c'est de la longueur ainsi dépouillée de péritoine que dépend le raccourcissement. En poussant cette dénudation suffisamment loin, il arrive assez souvent que l'on perfore le péritoine. C'est pratiquer involontairement l'opération préconisée par M. Goldspohn (de Chicago) et qui consiste, comme on sait, en un raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 276). Ceci mène également au procédé de plissement proposé par M. A. Palmer Dudley (de New-York), et sur lequel il n'y a pas lieu d'insister ici, puisqu'il a été publié antérieurement.

Ces procédés constituent la transition naturelle vers un autre groupe d'opérations, également intrapéritonéales, que j'ai vu exécuter par M. le docteur J. M. Baldy pendant mon séjour à Philadelphie. Voici comment procéda ce chirurgien lors de l'intervention à laquelle j'assistai :

Après avoir pratiqué une laparotomie médiane, il sectionna les ligaments ronds au ras de l'utérus, non sans avoir toutefois, au préalable, placé une ligature sur les moignons de ligament rond qui restaient attachés à la corne utérine. Pour rendre mobile l'extrémité interne des ligaments ronds, M. Baldy sectionna ensuite, sur une longueur d'environ 3 centimètres, les mésos que leur constitue l'aileron antérieur du ligament large. Puis, à l'aide d'une pince hémostatique, il effondra les ligaments larges dans l'angle formé par le bord latéral de l'utérus et la trompe de Fallope. Cet orifice doit se faire aussi près que possible du bord de l'utérus sans qu'il y ait lieu de redouter de complications du fait des plexus veineux qui se trouvent à ce niveau, car ils fuient devant un instrument mousse. Les ligaments ronds, étant passés à travers la trouée ainsi pratiquée dans le ligament large, furent fixés l'un à l'autre par un surjet à la soie. Il en résulta une sorte de fronde embrassant l'utérus par sa face postérieure et l'attirant en avant vers la symphyse. Pour que cette traction s'opère dans une direction convenable, il importe de fixer la fronde par une suture au fond de l'utérus aussi haut que possible, sur toute la largeur de la face postérieure de l'organe.

M. Baldy apporte à cette opération quelques variantes suivant les différents cas. Il est évident, en effet, qu'un raccourcissement aussi considérable que celui qui résulte du procédé dont nous venons de parler ne convient pas à toutes les rétrodéviations et peut, le cas échéant, créer des complications du fait de la tension qu'il détermine. Dans les cas de ce genre, M. Baldy, au lieu de former la fronde dont nous avons parlé, se contente de fixer l'extrémité des ligaments ronds à la face postérieure des cornes utérines. Le niveau d'implantation de la fronde ou des ligaments isolés a varié dans les premières opérations de M. Baldy; actuellement, ce chirurgien estime que ce sont les implantations les plus élevées, sur le fond utérin, qui donnent les meilleurs résultats.

Ce procédé n'a pas paru jusqu'ici créer de difficultés pendant la gestation ou au moment de l'accouchement. On n'a pas observé non plus qu'il apportât une entrave quelconque à la réplétion normale de la vessie. On peut seulement lui reprocher de donner une position irrégulière aux ovaires qui sont soulevés, mais il semble qu'il n'en résulte aucun inconvénient.

Dr Francis Munch (de Paris).

LETTRES DE COLOMBIE

Panama, le 9 mai 1903.

Influence du paludisme dans l'apparition du béribéri.

L'étiologie du béribéri offre de telles obscurités qu'on peut dire sans exagération que nous ignorons quelles sont les causes réelles et positives de cette affection. Pendant longtemps, on a assigné un rôle essentiel dans sa genèse à certaines substances qui constituent l'alimentation presque exclusive de beaucoup de peuples chez lesquels règne le béribéri, et l'on crut le problème résolu quand, après avoir amélioré la diététique des classes les plus attaquées, comme les prisonniers de la marine de guerre du Japon, on vit la maladie diminuer d'une manière sensible. Mais l'apparition du béribéri dans des pays où il était inconnu jusqu'alors, et où le régime alimentaire a très peu de ressemblance avec celui des régions où il sévit depuis longtemps, a conduit les observateurs à de nouvelles hypothèses, parmi lesquelles la plus récente et la plus autorisée est celle de M. P. Manson, qui, se basant sur ce que le béribéri disparaît avec la dispersion de ceux qui en sont atteints, soutient que cette maladie est produite par la toxine engendrée par un germe vivant hors de l'organisme du patient, germe qui détermine et propage le béribéri, non par les aliments ou par l'eau, mais par l'air, par contact direct, par l'intermédiaire de quelque insecte ou par la combinaison de plusieurs de ces circonstances. Cependant, cette théorie, malgré les faits apparents sur lesquels elle s'appuie, manque jusqu'à présent de preuve certaine : l'existence du germe supposé n'a encore été démontrée par aucun auteur.

Il est une autre opinion qui ne paraît pas, à l'heure actuelle, jouir d'une grande faveur, si l'on en juge d'après la communication faite l'année dernière au Congrès de Toulouse par MM. Mossé et Destarac (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 130) : c'est celle qui admet l'existence de relations entre le béribéri et le paludisme. Cette hypothèse me semble cependant de nature à apporter quelque lumière sur des faits observés en divers points de la Colombie, et notamment à Panama.

En effet, le béribéri était inconnu dans l'isthme avant les grands travaux d'excavation du canal interocéanique, époque où, par suite de vastes déplacements de terre, l'affection apparut d'abord parmi les ouvriers employés à ces travaux, se propageant ensuite dans le reste de la population. Plusieurs de ces malades allèrent jadis à Paris pour consulter Charcot, qui en cite quelques-uns dans ses *Leçons du mardi*. Depuis lors, des épidémies de béribéri ont éclaté parmi les ouvriers de la même entreprise, spécialement en 1897 chez les Congolais et les Libériens cantonnés dans le chantier de Las Cascadas, qui durent être rapatriés peu de temps après. Dans le département du Cauca, M. le docteur E. Garcia — qui signala le premier l'existence du béribéri en Colombie — remarqua aussi que la maladie se développait d'abord et seulement parmi les ouvriers du chemin de fer du Cauca, qui exécutèrent de grands travaux de terrassement dans une zone nettement paludéenne (1); dans le département d'Antioquia, quelques cas se sont également produits parmi des mineurs, en contact direct, eux aussi, avec les émanations de la terre.

Enfin, depuis plus de trois ans, la ville de Panama est le théâtre d'une épidémie grave de béribéri, épidémie qui a coïncidé avec l'accumulation d'un grand nombre de soldats logés dans les conditions sanitaires les plus déplorables, recrutés sur les plateaux tempérés des Cordillères et non acclimatés aux rigueurs tropicales de l'isthme.

Or, si l'on étudie avec attention chaque cas en particulier, on découvre bientôt que le plus souvent la malaria a précédé l'attaque de béribéri; qu'il s'écoule parfois un temps fort court entre la disparition des accès de fièvre et les premiers symptômes du béribéri, voire que les deux affections peuvent même coexister.

Dans le but de prouver cette intervention du paludisme dans l'épidémie actuelle de béribéri, j'ai examiné microscopiquement, depuis le mois de novembre passé, le sang des béribériques qui se sont présentés à ma consultation avec des antécédents fiévreux; or j'ai toujours trouvé, dans les 22 cas ainsi réunis, l'hématozoaire de Laveran.

Je n'ai pas l'intention de relater ici tous les faits, mais en voici quelques-uns choisis parmi les plus typiques :

Un garçon de vingt-six ans, d'excellente santé antérieure, est pris le 15 décembre dernier d'une fièvre violente avec frisson, qui dure jusqu'au lendemain matin; des accès d'un caractère franchement intermittent se reproduisent jusqu'au 18; ce jour-là et le suivant, les crises sont plus modérées. Le 20, l'apyrexie est complète; mais, en se levant, le malade sent des crampes dans les deux jambes et plus tard il éprouve des douleurs dans les masses musculaires des mollets et une sensation de sable interposé entre la plante du pied et le sol. Les mains sont engourdies et les avant-bras douloureux jusqu'à l'articulation du coude. Le lendemain, la marche est déjà difficile. Deux jours plus tard, on note un gonflement dans les membres inférieurs, depuis la cheville jusqu'à mi-jambe. Le 25, la marche est plus difficile encore et le patient commence à stepper; il offre de l'hypoesthésie des deux mains, au toucher et à la douleur; dans les extrémités inférieures, la sensibilité est normale; les réflexes sont conservés, ainsi que la force de résistance aux mouvements passifs de flexion et d'extension. Tel était l'état de ce malade *dix jours après l'attaque de paludisme*. Or, l'examen du sang révéla chez lui l'existence d'hématies envahies par des grains de pigment leur donnant l'aspect mûriforme; on constatait aussi des corps sphériques transparents renfermant de nombreux éléments granuleux, ainsi que des corps de forme irrégulière, remplis de granulations très petites qui leur communiquaient une coloration un peu plus foncée.

Ainsi donc, dans ce cas, les symptômes béribériques suivirent immédiatement l'attaque malarique, comme le démontra l'examen du sang. J'ajouterai que le malade, après trente suspensions — méthode que j'ai préconisée il y a déjà sept ans dans le traitement du béribéri (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 516) — associées à l'administration d'une préparation quinoferrugineuse et à l'hydrothérapie froide, guérit complètement.

(1) M. Celli, dans son ouvrage *La malaria secondo le nuove ricerche*, signale l'influence des constructions de chemin de fer sur l'épidémiologie du paludisme : « Depuis l'établissement des voies ferrées, dit-il, la malaria a envahi chez nous des territoires qui en étaient auparavant peu ou point attaqués, et dans ceux où elle régnait déjà, elle s'est souvent aggravée. »

Un autre sujet, âgé de vingt-trois ans, arrive à l'isthme en mai 1902, incorporé dans un contingent de troupes du gouvernement. En septembre, il est pris de fièvres accompagnées de frissons, d'abord quotidiennes et plus tard à type tierce, lesquelles persistent pendant un mois. Au bout de quelques semaines, il contracte une dysenterie suivie de fièvre, affection qui dura dix jours et à la suite de laquelle la marche devient impossible.

Au milieu de janvier 1903 ce malade, qui éprouve des accès de fièvre revenant chaque semaine ou tous les dix jours pour disparaître au bout de deux ou trois jours, et qui ne peut plus marcher du tout, a un *foot drop* des deux côtés; les réflexes et la force de résistance aux mouvements passifs de flexion et d'extension sont abolis; la pression des masses musculaires des mollets et des cuisses est fort douloureuse; il existe une zone constrictive à la ceinture; ni œdème ni troubles de la sensibilité objective. Les mains sont engourdies, si bien qu'au début de l'attaque le patient ne pouvait ramasser une épingle ni aucun objet de petite dimension.

L'examen microscopique du sang frais montra quelques globules rouges mûriformes, mais en bien plus petite quantité que dans le cas précédent, et des éléments parasitaires extraglobulaires en forme de corps sphériques transparents avec contenu granuleux, pigmenté et sans mouvement.

Ce malade, après quinze séances de suspension, l'administration de la potion quino-ferrugineuse et des bains froids, se trouve assez amélioré pour retourner dans son pays.

Je citerai encore le fait d'un homme de vingt-huit ans qui, pendant les mois d'octobre et de novembre, eut des fièvres paludéennes caractérisées par des accès suivis de trois ou quatre jours d'apyrexie. A la fin de novembre, il commence à se sentir les jambes engourdies et un peu plus tard la même sensation apparaît aux doigts et envahit les deux membres inférieurs jusqu'à l'ombilic. L'atrophie des masses musculaires est précoce. Le patient accuse de la constriction à la ceinture. A la fin de février, les fièvres reparaissent et durent jusqu'au 12 mars. La marche est absolument impossible; le pied est tombant; les jambes et les cuisses sont réduites à leur plus simple expression : la circonférence de la jambe au niveau du mollet n'est que de 23 centimètres, avec douleurs dans les masses musculaires des cuisses et des jambes. L'insensibilité à la douleur et au toucher s'étend dans les membres inférieurs jusqu'à quelques centimètres au-dessous du genou; aux mains, l'anesthésie est limitée aux extrémités des doigts. Les réflexes sont abolis, la force de résistance aux mouvements passifs est presque nulle. Le dynamomètre accuse 18 à droite et 15 à gauche.

L'examen du sang est pratiqué *six jours* après le dernier accès de fièvre; la presque totalité des globules rouges ont un aspect mûriforme dû à la pénétration dans le protoplasma des hématies de grains pigmentés; on constate aussi des éléments parasitaires typiques, les uns avec des granulations ténues douées de vifs mouvements, « comparables à ceux de particules solides qui se trouveraient dans un liquide en ébullition » (Laveran), les autres avec des grains un peu plus gros, lesquels se meuvent aussi rapidement, soit *in situ*, soit en se déplaçant, d'autres, enfin, avec contenu granuleux complètement immobile.

Ce malade est encore en traitement, mais depuis la vingt-sixième suspension il commence à pouvoir monter les escaliers et à faire quelques pas, aidé par une autre personne.

Je pourrais répéter les mêmes observations pour mes 19 autres cas; dans tous, un ou plusieurs accès de fièvre ont précédé l'attaque de béribéri, et dans tous l'examen microscopique du sang frais a révélé la présence des éléments spécifiques du paludisme.

Cet ensemble de faits me paraît fort probant; il démontre tout au moins que le béribéri affecte fréquemment des individus en puissance d'infection paludéenne. Mais n'y a-t-il entre ces deux maladies qu'une simple coïncidence? Il est difficile de l'admettre quand on songe aux nombreuses ressemblances cliniques existant entre le béribéri et la névrite paludéenne. « Si l'on me demandait, écrit M. P. Manson, sur quels signes cliniques je m'appuierais pour faire un diagnostic entre un béribéri et une névrite malarienne, je dirais que dans le premier il y a une propension marquée pour les complications cardiaques; que, dans la seconde, il y a des troubles de la mémoire. » Mais on sait que, selon M. Scheube, la « faiblesse de la mémoire est un des résidus du béribéri »; M. Ridley, après une attaque de béribéri, fut affecté gravement au point de vue de la mémoire; et pour ma part j'ai eu l'occasion d'observer, dans la présente épidémie, un cas où la perte de la mémoire fut si absolue, que le malade dut abandonner toute occupation.

D'un autre côté, M. Lancereaux a décrit une endocardite de cause paludéenne, avec les ulcérations et végétations caractéristiques des inflammations de cette séreuse, ayant une issue toujours fatale. Or, dans l'épidémie de béribéri qui ravage la ville de Panama, presque tous les cas mortels que j'ai vu survenir ont été la conséquence de complications cardiaques, probablement de la même origine paludéenne que la maladie sur laquelle elles se sont greffées; chez les patients que j'ai observés, les symptômes étaient de la dyspnée au moindre effort, de l'embryocardie et une asphyxie croissante avec mort plus ou moins rapide; jusqu'à présent je n'ai pas constaté de vrais souffles cardiaques. Lors de l'épidémie de béribéri qui sévit il y a quelques années à l'asile d'aliénés de Richmond, à Dublin (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 470), M. Conolly Norman observa des symptômes identiques : « Dans quelques cas, l'ordre normal des bruits fut remplacé par ce que Manson a appelé un bruit de pendule, le bruit du tic tac d'une montre, car il n'existe pas la relation ordinaire entre le premier et le second bruit, lesquels ont la même durée, et chaque couple de bruits est séparé du suivant par un intervalle de la même durée que celui qui existe entre chaque bruit séparément. Dans ces cas, l'autopsie a montré une dégénération graisseuse très marquée du myocarde. »

Le signe de Manson n'a donc qu'une valeur relative, puisque dans le béribéri les troubles de la mémoire sont graves et fréquents, et que le paludisme produit une endocardite caractéristique et probablement aussi une myocardite avec dégénérescence granulo-graisseuse. On voit, par conséquent, que dans la plupart des cas il n'est pas possible d'établir une différence entre le béribéri et la névrite paludéenne : ce qui existe entre ces deux affections, c'est, à mon avis, une véritable identité.

J'ai cru intéressant de signaler les faits dont il vient d'être question Je ne prétends pas qu'ils élucident d'une manière définitive l'étiologie du béribéri, mais du moins la conclusion qu'ils me semblent comporter, c'est que, avant d'attribuer cette affection à des causes aussi banales que l'humidité ou une alimentation défectueuse, on devrait tout d'abord se préoccuper de mettre la malaria hors de cause, ce qui ne sera possible que dans les cas où l'examen du sang frais demeurera négatif et où tout antécédent paludéen, franc ou larvé, fera défaut dans l'histoire du patient.

Dr Ciro L. Urriola.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La photothérapie dans le traitement de l'ozène et des otites moyennes purulentes chroniques.

Les bons effets que l'on obtient dans le traitement du lupus vulgaire par la lumière ont engagé M. le docteur I. Dionisio, privatdocent de rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Turin, à essayer cet agent thérapeutique contre l'ozène.

Après avoir assuré l'ischémie des tissus à l'aide d'une solution de cocaïne et d'adrénaline, M. Dionisio projette, au moyen d'un appareil optique (loupe ou miroir), la lumière dans les fosses nasales, à travers les narines dilatées par un spéculum fixé au front du patient. Afin d'agir sur les parties profondes, notre confrère concentre la lumière sur des tubes de cristal mesurant 4 millimètres de diamètre sur 8 centimètres de long, qu'il introduit dans les fosses nasales, ou bien il remplace ces tubes par de toutes petites lampes à incandescence, revêtues d'un manchon de verre à circulation d'eau.

M. Dionisio a ainsi été à même de se convaincre que la projection de la lumière sur la muqueuse nasale a pour effet immédiat de diminuer notablement la fétidité et de détacher les croûtes, en provoquant une sécrétion aqueuse, parfois abondante. Lorsque l'énergie lumineuse est trop intense, elle déterminerait des éternuements, de la céphalalgie et de légers vertiges.

Dans plus de 20 cas d'ozène, la photothérapie a produit, entre les mains de notre confrère, soit la guérison, soit une notable amélioration, qui persiste depuis de longs mois, sans que les malades soient obligés de recourir à aucune irrigation.

La durée de la cure varie naturellement suivant la gravité des lésions : les cas graves nécessiteraient jusqu'à deux cent quarante séances de deux heures chacune, tandis que les formes légères peuvent être guéries après une quarantaine d'applications photothérapiques.

Le même traitement s'est montré encore plus efficace dans les rhinites et les pharyngites catarrhales chroniques.

Encouragé par ces bons résultats, M. Dionisio a eu l'idée d'utiliser la photothérapie contre les otites moyennes purulentes chroniques. A cet effet, il a employé des radiations lumineuses intenses, en les faisant passer à travers le conduit auditif externe, dans lequel il avait eu soin d'introduire un spéculum fixé à la tête du patient.

Sur 6 cas d'otite datant de dix à vingt ans et qui furent soumis au traitement en question, après avoir résisté aux procédés thérapeutiques usuels (lavages détersifs, cautérisations, etc.), 4 ont guéri sous l'influence de vingt à quarante séances (de deux heures chacune) de photothérapie. Chez les 2 autres malades, les radiations lumineuses ont eu pour effet d'amener une diminution sensible des sécrétions purulentes.

Traitement de la fissure à l'anus par le permanganate de potasse.

D'après l'expérience d'un médecin américain, M. le docteur S. Lewis (de Brooklyn), les applications d'une solution saturée de permanganate de potasse, associées à l'emploi de suppositoires au sulfo-ichtyolate de bismuth, constitueraient un excellent moyen de traitement de la fissure à l'anus. Voici quelle est la manière de procéder adoptée par notre confrère : le patient étant couché sur le côté, on écarte les fesses et on étale soigneusement les plis qui existent au niveau de la jonction de la muqueuse avec la peau. Au besoin, on insensibilise la région à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 6 %, afin de faciliter l'examen. En cas de spasme du sphincter, on passe une grosse bougie flexible et on la laisse en place pendant quelques minutes. Le siège de la fissure une fois découvert, on pratique un lavage à l'eau chaude et on applique, au moyen d'une petite éponge, la solution de permanganate de potasse sur la fissure, ainsi que sur tout son pourtour. On introduit ensuite dans le rectum, deux fois par jour, un suppositoire et l'on a soin d'instituer un régime alimentaire propre à faire éviter la constipation.

Une seule application suffirait parfois pour amener la guérison. Dans le cas où l'on ne constaterait pas de soulagement immédiat, il y aurait lieu de soupçonner l'existence d'autres fissures et de procéder soigneusement à leur recherche; si l'on n'en trouvait point, on cocaïniserait toute la région et on appliquerait le permanganate de potasse à l'aveuglette.

Les bons effets de la médication — de beaucoup supérieure aux remèdes usuels — seraient dus à la destruction des terminaisons nerveuses exposées au niveau de la fissure, ainsi qu'à la désinfection et à la stimulation des tissus de la surface ulcérée.

La médication surrénale comme moyen de traitement des affections prurigineuses.

Partant de ce fait que le prurit est souvent causé par un défaut de tonicité des capillaires de la peau (Unna), MM. les docteurs M. F. Engman et W. P. Loth (de Saint-Louis) ont eu l'idée de combattre les affections prurigineuses (prurit généralisé, urticaire chronique, *lichen urticatus*) par la médication surrénale, qui exerce, comme on le sait, une action très énergique sur la circulation. Ils ont ainsi été à même de se convaincre que la substance surrénale, administrée à la dose de 0 gr 30 centigr., répétée trois fois par jour, fait rapidement cesser le prurit.

TRAVAUX ORIGINAUX

La scarlatine latente et son importance épidémiologique.

Tous les médecins savent qu'il existe des formes anormales de la scarlatine. Le plus souvent il s'agit, en pareil cas, de malades à éruption incomplète, discrète, qui peut même faire entièrement défaut sans que pour cela les phénomènes pharyngés, la desquamation, la fièvre, soient différents de la scarlatine normale. C'est la forme fruste, de Trousseau, et, dit M. Moizard, «c'est en se basant sur l'état de la gorge, puis de la langue, que le médecin pourra se faire une opinion.» Cette variété de la scarlatine est, en effet, souvent difficile à déceler.

Les médecins militaires, d'autre part, et particulièrement depuis les travaux de MM. Kelsch, Colin, Chauvel, Vaillard, savent qu'un nombre parfois considérable d'angines précède, accompagne, suit les épidémies de scarlatine et que ces angines, qui sont très souvent des angines blanches, ne sont autre chose que des scarlatines atténuées, *scarlatinæ sine scarlatinis* (Gübler). Ces formes sont fréquentes, banales et bien connues.

Mais si la scarlatine sans éruption, la scarlatine fruste, a été souvent étudiée et observée, il n'en est pas de même de certaines autres modalités sur lesquelles les auteurs ont, en somme, peu insisté jusqu'à présent. La *scarlatinette* de Roger est assez mal connue, la *scarlatine apyrétique* n'a guère été étudiée, depuis Barthez et Rilliet, que par M. Fiessinger (d'Oyonnax) et par M. Couatarmanach, sous l'inspiration de M. Moizard. Quant à la *scarlatine latente*, elle n'est considérée par les classiques que comme une simple vue de l'esprit sans fondement sérieux.

C'est cette scarlatine latente que nous avons l'intention d'étudier aujourd'hui. Une petite épidémie qui a sévi vers la fin de l'année dernière à l'Orphelinat militaire Hériot — et qui a compris en tout 18 cas, dont 3 latents — va nous le permettre et, grâce aux observations que nous avons recueillies pendant qu'elle régnait, nous allons pouvoir fixer quelques-uns des traits de la forme latente; montrer ensuite qu'elle n'est pas du tout mystérieuse ou incompréhensible, mais qu'elle n'est qu'un degré inférieur des formes atténuées déjà connues; puis indiquer brièvement son rôle épidémiologique.

I

La notion de la scarlatine latente remonte à Graves et à Trousseau. Ces deux illustres cliniciens du siècle dernier avaient remarqué que dans certaines circonstances, des malades chez lesquels la scarlatine n'avait jamais été constatée se trouvaient atteints d'une des complications caractéristiques de cette affection, comme une hématurie suivie de néphrite, une anasarque, une pleurésie purulente. Ils en concluaient que le malade avait eu une scarlatine latente, c'est-à-dire une scarlatine ne se manifestant par aucun symptôme, mais infectant quand même l'organisme d'une manière suffisamment profonde pour que des complications ultérieures de la maladie puissent parfois survenir.

Malgré l'autorité de ses parrains, la scarlatine latente n'eut aucun succès. Et, en effet, ainsi posé le problème était bien difficile à résoudre, et cette singulière affection sans symptômes, sans signes révélateurs, mais non pas sans effets ultérieurs, ressemblait un peu trop à un de ces êtres de raison que jadis, à pleines mains, semait la scolastique et que la génération médicale plus positiviste qu'enseignait Trousseau devait regarder avec une certaine méfiance.

Et cependant Graves, Trousseau avaient raison, et nous montrerons plus loin que la négation de la scarlatine latente est le résultat d'un malentendu ou plutôt de l'interprétation trop littérale de cette épithète de latente à laquelle on a donné je ne sais quel sens mystérieux. Si au lieu de l'appeler scarlatine latente on l'avait nommée, par exemple, scarlatine extrêmement atténuée, ou bien scarlatinette apyrétique monosymptomatique, cette forme anormale eût été adoptée sans aucune résistance et sa connaissance et son étude eussent vraisemblablement évité bien des erreurs et des déceptions aux épidémiologistes, car s'il est une fièvre éruptive dont la propagation soit restée obscure et décevante dans bien des cas, c'est la scarlatine. Il y a lieu d'espérer que la notion de la scarlatine latente aidera à résoudre quelques-unes des énigmes de l'épidémiologie et de la clinique, et nous croyons qu'après avoir débarrassé cette forme de son apparence mystérieuse, qu'après avoir montré sa filiation avec les autres formes atténuées, personne n'hésitera à lui octroyer une petite place parmi les formes anormales de la scarlatine.

En général, on connaît peu les modes atténués des maladies. Il semble que les cas graves, les complications extraordinaires aient seuls le don d'intéresser les cliniciens, et les nosographes expédient d'ordinaire en quelques lignes les « fébricules ». La raison nous en paraît bien simple : si les formes atténuées (apyrétiques et *a fortiori* latentes) sont si exceptionnellement signalées, c'est que les médecins ne voient à domicile que des malades, ne reçoivent dans les hôpitaux que des malades, et ces scarlatineux atypiques ne le sont pas. Il faut être placé dans des conditions comme celles où nous nous trouvons ici pour avoir l'occasion de les observer.

II

Comme les faits que nous avons étudiés se réduisent en somme à peu de chose et comme la symptomatologie de la scarlatine latente ne peut être basée sur trois cas incomplètement observés, nous croyons plus utile et plus intéressant de relater l'étiologie de notre petite épidémie et de montrer le rôle qu'y a joué la scarlatine latente. Ainsi placée dans son cadre, cette dernière ressortira plus en relief et ses contours, si vagues que beaucoup d'éminents cliniciens n'avaient pu les délimiter, s'accuseront et se préciseront.

Le 24 octobre, un enfant présente subitement des symptômes d'embarras gastrique, prélude d'une scarlatine fruste. Le lendemain, deux autres enfants sont atteints : l'un aura une scarlatine d'intensité médiocre, l'autre une scarlatine fruste. D'où venaient ces trois cas simultanés?

On peut d'abord penser que des germes provenant des épidémies antérieures, ayant échappé aux multiples désinfections et à la ventilation permanente de nos grands dortoirs — dans un établissement situé en pleine campagne et dans un pays où soufflent toute l'année les grands vents de la Beauce —, que des germes antérieurs se soient un beau jour réveillés. Sans doute, on en cite quelques rarissimes exemples que les auteurs se transmettent pieusement, *quasi cursores vitæ*... Théoriquement la chose est possible, mais au point de vue pratique, dans les conditions d'hygiène générale où nous nous trouvons ici, nous la croyons impossible, alors surtout qu'un intervalle de trente-deux mois nous sépare de la fin de la dernière épidémie.

Y aurait-il eu, par extraordinaire, contamination de l'orphelinat par la population civile de la Boissière et des environs, sur laquelle la scarlatine a sévi en hiver et au printemps 1902? Mais il n'y a aucun point de contact entre l'orphelinat et les habitants du pays. Ensuite, le dernier cas de scarlatine observé dans le village date du milieu d'avril, soit six mois avant l'apparition de la maladie chez nous. Enfin, ce qui prouve encore notre indépendance vis-à-vis de la morbidité civile, c'est ce fait que nous n'avons pas eu la scarlatine alors qu'il y en avait 70 cas autour de nous et qu'en novembre, quand elle régnait chez nous, aucun cas ne se déclarait à la Boissière.

La rentrée des grandes vacances eut lieu le 8 octobre. Nos 3 enfants se seraient-ils infectés dans leur famille? Nous ne le pensons pas. D'abord, l'incubation de la scarlatine est courte (un à cinq jours) et il serait peu vraisemblable que nos malades eussent précisément été en incubation pendant le temps anormal de dix-sept jours, au minimum. Puis, ce qui renverse absolument cette hypothèse, un de ces enfants n'a pas été en vacances, n'a pas quitté l'orphelinat.

Fatalement, logiquement, on est obligé d'admettre qu'un des élèves est revenu de permission porteur d'une scarlatine méconnue, dissimulée, et qu'il a contaminé ses camarades.

Comment se fait-il que cette scarlatine soit restée ignorée? Nous avons l'habitude, au retour de chacune des vacances, et précisément pour tâcher de dépister au plus vite la rougeole et la scarlatine, de surveiller les enfants pendant quinze jours. Deux fois par jour ils défilent devant le médecin qui examine surtout la poitrine et la gorge. Une scarlatine ordinaire ne pouvait échapper et cependant nous n'avons rien remarqué d'anormal chez nos sujets! C'est qu'en effet la forme de scarlatine présentée par l'enfant qui devait contaminer les autres était tellement anormale que nous *devions* la méconnaître. Voici comment les choses se sont passées.

Le 13 octobre, un élève nouveau, âgé de dix ans et demi, eut une quinte de toux au moment de la visite. C'est un enfant assez robuste. Il ne se plaignait absolument de rien, mangeait comme à son ordinaire et avoua simplement plus tard avoir eu un peu mal à la tête pendant deux jours à l'époque où nous l'examinions. L'enfant se déshabille et nous faisons par hasard la remarque à haute voix qu'il avait la peau du torse légèrement rose, en ajoutant que chez les individus à cheveux blond ardent et à peau très fine, comme c'était ici le cas, le contact de l'air suffisait à amener parfois cette coloration. Nous devions nous rappeler cette phrase quelques jours plus tard.

Nous avouons que devant le bon état général de l'enfant, l'absence totale de tout mal de gorge (le pharynx a été examiné), de toute fièvre, l'air vigoureux et actif qu'il avait, l'idée de la scarlatine ne nous vint pas, non plus que pendant les jours suivants, car matin et soir nous l'examinions, regardions sa gorge, etc. Le bon état général de santé dont il paraissait jouir ne se démentit pas un seul instant. Examiné très sérieusement plus tard, on constata la disparition de la légère coloration rose du torse, mais on ne trouva aucune trace de desquamation de la langue, de la peau, aucune modification des papilles linguales, etc., et d'ailleurs cet enfant ne parut pas indisposé un seul instant.

Du 15 au 17 octobre, deux pensionnaires ont un peu d'angine, et l'un d'eux est précisément le voisin de classe et de dortoir du précédent. Bien que ces enfants soient tous deux sujets à de fréquentes amygdalites, il sont mis en observation. L'un eut pendant deux jours une légère fièvre; la gorge était rouge, les amygdales un peu volumineuses, mais tout rentra rapidement dans l'ordre et, comme la scarlatine ne se manifesta par aucun symptôme évident, il fut bientôt relâché. L'autre enfant eut de la turgescence de l'amygdale gauche avec rougeur légère du fond de la gorge. Il n'eut pas de fièvre, mais parut un peu abattu pendant quelques jours. Des examens ultérieurs très sérieux ne nous ont apporté rien de précis.

Enfin, comme nous l'avons déjà dit, 3 cas de scarlatine nettement diagnosticables se déclaraient le 24.

Il nous paraît hors de conteste que l'élève examiné le 13 octobre était porteur d'une *scarlatine latente*. Mais, immédiatement se pose la

question : où a-t-il été contaminé ? Le maire du pays où résidait antérieurement l'enfant nous certifie qu'il n'y a pas eu de scarlatine dans sa commune ni dans les environs pendant les mois de juillet, août et septembre. En faisant alors des recherches dans les différents endroits où notre sujet a pu séjourner durant son voyage jusqu'à la Boissière, nous sommes arrivés à la certitude que le 7 octobre il a séjourné, puis couché à Epernon, où il est entré dans plusieurs maisons, et que dans cette petite ville il y avait depuis quelques jours de nombreux cas de scarlatine. Il a pu ainsi être contaminé. Pour des raisons difficiles à préciser exactement (virulence affaiblie de l'agent infectant, résistance excessive du sujet, etc.), il fut atteint d'une forme bénigne, ambulatoire, latente, qui, autant que nous l'avons pu observer, se manifesta par un peu de céphalée pendant deux jours, une éruption suffisamment discrète pour ne pas attirer l'attention du médecin et peut-être une légère irritation pharyngo-laryngée qui se traduisit par une toux discrète. Que ces symptômes aient été les seuls, il serait imprudent de l'affirmer, mais ce sont les seuls qui aient été remarqués et plus encore ici que dans la scarlatinette et la scarlatine apyrétique, nous assistons à la disparition absolue des phénomènes généraux.

Toutefois l'extrême atténuation des symptômes n'empêcha pas l'affection d'être contagieuse. Très vraisemblablement elle fut transmise aux deux angineux vus le 15, et dont l'un était précisément, nous l'avons dit, le voisin de classe et de dortoir de ce petit malade, et ces deux enfants ont également eu une scarlatine dissimulée, différant, cependant, de celle dont elle était issue, car, ainsi qu'on l'a vu, l'un a eu une angine avec fièvre modérée (38°4) pendant quarante-huit heures; l'autre un peu de turgescence de l'amygdale gauche avec une légère rougeur du fond de la gorge, et s'il n'eut pas de fièvre, il fut, pendant quelques jours, un peu abattu.

Sans doute, des examens ultérieurs n'ont pas permis de constater chez nos trois malades de la desquamation de la langue ou de la peau. Mais, eu égard à l'atténuation générale des symptômes, ceci ne doit pas nous surprendre. Durant cette épidémie, assez souvent (chez un tiers des patients) la desquamation de la langue fit défaut dans les cas confirmés; chez les deux cinquièmes la desquamation de la peau fut peu importante, insignifiante même, malgré la confluence de l'éruption : il n'y a donc pas lieu d'attacher à leur absence une importance exagérée au point de vue diagnostique.

Enfin, ces 3 cas latents ont été le point de départ de la petite épidémie déjà signalée, qui comprit 15 autres cas, presque tous remarquablement bénins.

La *scarlatine latente* n'est donc pas une simple vue de l'esprit. Graves et Trousseau, ces éminents observateurs, l'avaient admise, mais malgré l'autorité de leur grand nom, l'immense majorité des cliniciens était restée sceptique. Il semblait, en effet, extrêmement difficile d'accepter l'hypothèse d'une scarlatine dans laquelle il n'y a ni fièvre, ni éruption, ni desquamation, ni mal de gorge, et dont on ne pouvait présumer l'existence antérieure que par l'apparition d'une des complications ultérieures de la scarlatine. « Malgré l'autorité de tels maîtres, dit M. Moizard, j'avoue que ces faits me paraissent très difficiles à interpréter et qu'en tout cas l'opinion soutenue par eux est sujette à contestation. »

Nous croyons que la résistance des auteurs vient de cette épithète de *latente* que Graves et que Trousseau entendaient dans un sens tout à fait spécial et qui nous paraît inexact. Ce n'est pas scarlatine latente qu'il faut dire, mais scarlatine *dissimulée*, *méconnue* à cause de l'extrême atténuation des phénomènes morbides. Si le hasard ne nous avait pas fait déshabiller l'enfant examiné le 13 nous n'aurions, en faisant notre enquête après l'apparition des premiers cas confirmés, jamais soupçonné chez lui la scarlatine, car son état général paraissait absolument satisfaisant. Et cependant le corps était recouvert d'une éruption scarlatineuse évidemment très pâle, mais suffisamment visible pour que nous l'ayons remarquée sans la reconnaître! D'un autre côté, les deux angineux du 15 — et pour les raisons que nous avons données plus haut — nous semblent aussi avoir très vraisemblablement eu une scarlatine latente qui, dans un cas, se serait manifestée par une poussée, en somme très légère, d'angine avec fièvre, et dans l'autre par la tuméfaction isolée d'une amygdale et de l'asthénie consécutive. On pourra donc toujours soutenir, à propos des cas dits latents relatés par Graves et par Trousseau, qu'un examen dans des circonstances plus favorables, à une date plus rapprochée du début de l'affection, aurait permis de découvrir un des symptômes cardinaux de la scarlatine, quelque atténué qu'il pût être.

Au total, si la forme latente de la scarlatine, au sens *spécial* où l'entendaient les deux illustres cliniciens du siècle dernier, peut sembler hypothétique, l'existence d'une forme ambulatoire à phénomènes tellement atténués que le sujet paraît avoir conservé son état de santé normal est pour nous incontestable, et l'importance de cette forme au point de vue de la prophylaxie de l'affection n'échappera à personne.

III

Une preuve des plus convaincantes, à notre avis, de la légitimité de la scarlatine latente, c'est qu'elle n'est pas un mode spécial, isolé, tout à fait aberrant, de la scarlatine, mais qu'elle se rattache par des liens très étroits à deux variétés peu connues de cette affection : la scarlatinette de Roger et la scarlatine apyrétique.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, la caractéristique de l'épidémie que nous avons observée fut l'excessive bénignité des atteintes dans la majorité des cas : nous avons relevé 3 scarlatinettes, 3 scarlatines apyrétiques, 3 scarlatines latentes et 2 scarlatines frustes, sur un total de 18 cas. Nous allons donc pouvoir étudier la scarlatinette et la scarlatine apyrétique et les comparer à la scarlatine latente, puis montrer que ces formes peuvent insensiblement rentrer l'une dans l'autre et qu'il n'y a entre elles qu'une différence de degré.

Comme son nom l'indique, la *scarlatinette* est un diminutif de la scarlatine. C'est une scarlatine dont tous les symptômes, et surtout les symptômes généraux, sont atténués. Nous en avons observé 3 cas et voici comment cette variété, première forme de transition entre la scarlatine normale et la scarlatine latente, se présente d'une manière générale :

L'éruption est plus ou moins discrète, la desquamation minime ou à peu près nulle; l'angine initiale n'est souvent qu'une simple dysphagie, qu'une tuméfaction modérée des amygdales sans rougeur du fond de la gorge ou avec énanthème très discret; la fièvre ne dépasse guère 38°5 ou 39° et revient vite à la normale. Mais, ce qui nous paraît surtout caractériser la scarlatinette, c'est l'atténuation invraisemblable des phénomènes généraux. L'asthénie, la somnolence existent à peine; l'appétit est conservé et l'on est surpris de voir couvert d'une éruption confluente le corps d'un sujet dont le visage a gardé toutes les apparences de la bonne santé, ce qui n'a pas empêché, parfois, l'apparition ultérieure des complications graves de la scarlatine; un de nos malades a eu une trace d'albumine au deuxième jour.

Cette atténuation des phénomènes généraux peut avoir la conséquence fâcheuse de masquer en quelque sorte l'affection, et devant un sujet porteur d'une angine sans importance, avec fièvre modérée et excellent état général, on pourra ne pas penser à la scarlatine, surtout si l'on a affaire à un enfant. On sait que ces derniers réagissent d'une manière très vive aux infections et que l'abattement, la prostration, la somnolence sont hors de proportions, souvent, avec la cause qui les a produits. Si donc, chez un enfant à grosses amygdales, on remarque une fièvre légère avec un état général à peu près normal, à moins de constater l'éruption somatique (car il faut peu compter sur les petits signes), et surtout si l'on est en dehors de temps d'épidémie, on pensera à tout autre chose qu'à la scarlatine, dont l'invasion est, dans l'immense majorité des cas, beaucoup plus bruyante.

Voici donc une première forme de scarlatine atypique dans laquelle on constate une diminution très notable de l'intensité des phénomènes généraux (somnolence, céphalée, courbature, vomissements, etc.), ainsi que la disparition fréquente de l'énanthème buccal et de l'état spécial de la langue; des symptômes classiques de la scarlatine, elle ne conserve qu'une vague angine sans rougeur, une belle éruption, une desquamation très médiocre et de la fièvre.

Mais il peut arriver que ce dernier symptôme fasse défaut, et alors se trouve constituée une forme paradoxale de scarlatine, la *scarlatine apyrétique*. On le sait, les gens du monde disent : la *fièvre* scarlatine. Pour eux et pour la très grande majorité des médecins, la scarlatine est en effet une fièvre accompagnée d'éruption. Malgré les travaux de Rilliet et Barthez qui l'ont observée les premiers, les études de M. Fiessinger (d'Oyonnax) (1), de M. Couatarmanach (2), de M. Moizard (3), la forme apyrétique est très peu connue. Elle mérite de l'être et nous en parlerons un peu longuement, car son étude nous permettra de montrer que l'élément fièvre n'est pas essentiel pour la constitution du syndrome scarlatine et, par conséquent, qu'il est tout à fait légitime d'admettre des scarlatines dites latentes dans lesquelles on ne trouve ni angine sérieuse, ni fièvre, ni phénomènes généraux, ni tel ou tel autre symptôme.

La scarlatine apyrétique, dont nous avons observé 3 cas, offre généralement tous les symptômes de la scarlatine normale, moins la fièvre. Chez un de nos malades, le début fut tout à fait insidieux et, sauf un peu de somnolence, le sujet paraissait être comme à son ordinaire. Il serait certainement passé inaperçu si nous n'avions eu l'habitude d'examiner toujours les poitrines nues. Pour les deux autres cas, il fut une fois très brusque et une fois moyennement rapide. L'angine initiale peut être très forte; elle fut même quelquefois pseudo-membraneuse. Le plus souvent elle n'est que modérément accusée et sur nos 3 cas elle fut une fois insignifiante et 2 fois d'intensité moyenne.

L'énanthème buccal a été parfois très marqué; parfois au contraire il fut invisible. La desquamation de la langue ne se produirait jamais d'après M. Fiessinger; nous l'avons constatée cependant 2 fois sur 3. Selon les cas, l'éruption est plus ou moins intense, et, sauf aux pieds et aux mains, la desquamation somatique se traduit par la chute de petites squames furfuracées. Quant à ce qu'on appelle les « petits signes », ils nous ont paru faire entièrement défaut.

Si les phénomènes locaux, si l'éruption semblent être en général de même ordre que dans la scarlatine ordinaire, il n'en est pas de même des phénomènes généraux qui sont au contraire ici, la plupart du temps, très atténués. Nous l'avons vu, le début peut être insidieux. Le pouls serait généralement augmenté de fréquence pour M. Moizard, qui fait de cette augmentation un élément de diagnostic. Nos malades avaient au début 80, 100 et le plus âgé

(1) Ch. Fiessinger. La scarlatine apyrétique. (*Gazette méd. de Paris*, 4 et 11 mars 1893.)

(2) A. Couatarmanach. Etude sur une forme anomale de la scarlatine (scarlatine apyrétique). (*Thèse de Paris*, 1893.)

(3) Moizard. Art. « Scarlatine » *in* « Traité des maladies de l'enfance » de Grancher, Comby et Marfan, t. I, p. 131. Paris, 1896.

110 pulsations : la rapidité du pouls n'a donc rien d'absolu. La sensation de fatigue, la somnolence, l'abattement sont moins marqués que dans les cas ordinaires, et si un de nos petits patients a eu de l'asthénie et de la courbature assez intenses pendant deux ou trois jours, les deux autres, sauf au moment de l'invasion, ont conservé un état général satisfaisant et un bon appétit. Enfin, et surtout, la fièvre (1) manque complètement ou du moins est tout à fait insignifiante ou transitoire. Dans une observation, en effet, deux heures après le brusque début, la température monta à 39°, mais dès le lendemain elle retomba à 37°8 et, chose singulière, du troisième au dix-huitième jour, le malade eut un certain degré d'*hypothermie :* sa température oscilla entre 36° et 37°. Un autre eut 38°6 le deuxième jour, mais cette unique ascension au-dessus de 38° ne se reproduisit pas et même, du cinquième au douzième jour, sauf une fois où elle atteignit 37°2, la température resta également au-dessous de 37°. Chez le troisième malade l'ascension thermométrique ne dépassa pas 37°.7.

Il est curieux de constater cette légère hypothermie dans deux cas, fort nets par ailleurs, de la maladie hyperthermique par excellence, mais de tels faits ne doivent plus nous surprendre depuis que l'on a observé un certain nombre de pyrexies apyrétiques : pneumonie, dothiénentérie, grippe, paludisme même, où les « accès chauds » étaient remplacés par de vrais « accès froids ». La raison doit en être très vraisemblablement attribuée à un mode d'action spécial, anormal, de la toxine scarlatineuse sur les centres thermiques. Ces centres peuvent être excités, respectés ou paralysés suivant le plus ou moins de virulence de la toxine et aussi, sans doute, suivant le plus ou moins de résistance du sujet. La virulence du poison scarlatineux n'est pas, en effet, invariable et selon qu'elle paraît exaltée ou diminuée, on voit que tels ou tels des symptômes de la scarlatine se manifestent de préférence. Nous nous expliquons.

Quelles sont les deux caractéristiques de la scarlatine ordinaire? La fièvre et l'éruption sous toutes ses formes (cutanée, séreuse, muqueuse) et avec toutes ses conséquences (desquamation, ulcérations). Il est donc évident que le poison scarlatineux possède deux propriétés essentielles : celle d'agir énergiquement sur les centres régulateurs thermiques et celle d'agir avec non moins de puissance sur les centres vasomoteurs. Mais si ces deux propriétés sont, dans la très grande majorité des cas, intimement associées et marchent de pair, il semble qu'il n'en soit pas toujours ainsi et que dans certains cas très graves comme dans certains cas bénins, l'une d'elles s'efface devant l'autre; en d'autres termes, quand le poison scarlatineux est d'une virulence excessive, la propriété vasomotrice serait moins exaltée que la propriété pyrétogène et inversement, quand la toxine est d'une virulence affaiblie, la propriété pyrétogène disparaîtrait à peu près complètement alors que la vasomotrice se conserverait presque intacte. Evidemment, cette constatation n'a rien d'absolu et nous n'ignorons pas qu'il est des formes hémorrhagiques de la scarlatine maligne, et aussi des scarlatines frustes à éruption sinon absente, au moins fugace. Mais examinons les cas extrêmes où la toxine est anormalement amoindrie ou anormalement exaltée dans sa virulence. Dans les formes foudroyantes de la *scarlatine maligne*, dans les *formes nerveuses* qui ne leur cèdent guère en gravité, la fièvre, l'hyperthermie est d'emblée excessive : la température monte à 41°5 et au-dessus; l'organisme est sous le coup d'une véritable sidération et la mort survient plus ou moins rapidement, mais il est à peu près toujours impossible de constater la moindre éruption. Il semble donc que dans ces formes très graves, par une sorte de phénomène d'interférence, l'exaltation de la propriété hyperthermisante ait rendu l'organisme inapte à réagir à la propriété vasomotrice; ou bien, ce qui revient objectivement au même, que l'exacerbation de la première ait eu pour conséquence l'affaiblissement de la seconde; ou bien encore que ces deux propriétés ne puissent pas s'exalter parallèlement.

Au contraire, dans les *formes atténuées*, dans ces scarlatinettes dont nous avons parlé, l'éruption, les phénomènes vasomoteurs sont parfaitement nets et la fièvre est peu importante. Dans les formes apyrétiques, et surtout dans les formes dites latentes, on assiste bien plus franchement encore à l'effacement de l'une des deux propriétés spécifiques du virus scarlatineux. Chez nos 3 apyrétiques, s'il y eut desquamation somatique et palmo-plantaire parfaitement nette, la fièvre fit défaut et les phénomènes généraux furent très atténués. Les 3 scarlatineux latents eurent (du moins autant que nous l'avons pu constater), dans un cas, une éruption thoracique avec peut-être un peu d'irritation trachéo-pharyngée et une vague céphalée; dans un autre, une poussée d'angine banale et assez insignifiante avec 38°4 et de la rougeur du fond de la gorge; dans le troisième cas, de la turgescence limitée à une amygdale, un peu de congestion du pharynx et, s'il n'y eut pas de fièvre, un peu d'abattement. Il semble donc bien que chez ces 6 malades le poison scarlatineux ait perdu sa propriété hyperthermisante et même que dans deux cas il l'ait transformée en modérément hypothermisante, alors que la propriété vasomotrice (énanthème, angine congestive, irritation trachéo-laryngée, éruption et dans 3 cas desquamation, etc.) s'était conservée à peu près intacte.

L'interprétation de l'apyrexie de certaines scarlatines, considérée comme résultat de l'action anormale d'une toxine modifiée dans ses effets par l'exaltation ou la diminution de sa virulence, n'a rien qui soit en désaccord avec nos connaissances actuelles sur la biologie d'un certain nombre de microbes (grippe, bacille d'Eberth, colibacille). Pour le staphylocoque, en particulier, MM. Rodet et Courmont ont montré qu'il pouvait sécréter deux toxines d'actions contradictoires, l'une déprimante, l'autre convulsivante. L'école lyonnaise, les travaux de M. Le Gendre, de M. Bouchard, etc., ont mis en relief la possibilité pour certains microbes pathogènes de sécréter, suivant leur virulence, des substances toxiques à action hypothermisante ou hyperthermisante; nous n'insisterons pas davantage sur ces faits trop connus.

Il résulte donc de tout cet exposé que *scarlatine* n'est pas synonyme de *fièvre scarlatine*. La fièvre, les phénomènes généraux ne font pas partie essentielle du syndrome scarlatineux. Que l'éruption et l'angine s'atténuent à leur tour, que la desquamation (qui est le plus souvent en rapport avec l'éruption) disparaisse ou devienne très difficile à constater, voici constitué un nouveau type morbide : la scarlatine latente, forme paradoxale puisque le sujet qui en est porteur n'est pas « malade », mais est tout de même scarlatineux...

IV

Si nous avons longuement insisté sur la scarlatine apyrétique, c'est que son étude était indispensable pour arriver à la notion précise de ce qu'est la scarlatine latente. Cette dernière n'est donc pas un phénomène isolé dans l'histoire de la scarlatine; elle se rattache par des formes de transition à la scarlatine la plus classique et il nous sera maintenant possible, grâce aux faits étudiés dans notre petite épidémie, de dresser une échelle de gravité allant de la maladie la mieux caractérisée à celle qui présente le minimum de symptômes. Voici, par exemple, une gradation que nous pouvons établir et dont chaque terme nous est fourni par un ou plusieurs de nos petits malades :

1° *Angine à points blancs*, énanthème buccal, fièvre (39°5), phénomènes généraux (pouls à 120, céphalée, somnolence, courbature, etc.), *éruption*, desquamation de la langue, de la peau, etc.;

2° Simple poussée de *congestion des amygdales*, fièvre (39°), phénomènes généraux moins marqués que dans la forme précédente, énanthème buccal, *éruption*, desquamation de la langue et de la peau;

3° Scarlatinette : *vague angine* sans rougeur, pas d'énanthème, fièvre (38°5), très peu de phénomènes généraux, *éruption*, pas de desquamation de la langue, desquamation cutanée médiocre;

4° Scarlatine apyrétique : *vague angine* sans rougeur, un peu d'asthénie, *éruption* assez pâle, desquamation furfuracée du corps et minime, mais tenace aux pieds et aux mains;

5° Scarlatine latente; *a*) type éruptif : *éruption* légère, *irritation trachéo-pharyngée* (?), vague céphalée; *b*) type angineux : *angine* banale et très bénigne, *rougeur* pharyngée légère, un peu de fièvre, un peu d'asthénie, pas d'éruption constatée (ce qui ne prouve pas qu'il n'y en ait pas eu).

On voit, d'après ce schéma, qu'en somme les seuls phénomènes constants, et par conséquent caractéristiques et spécifiques de la scarlatine, sont l'*angine* et l'*éruption*. L'*angine* peut revêtir toutes les formes, depuis la simple irritation trachéo-pharyngée jusqu'aux variétés les plus graves, en passant par la congestion, la turgescence des amygdales et la légère dysphagie accusée par le malade sans modification de l'état du fond de la gorge, bien visible pour le médecin. L'*éruption* peut persister plus ou moins longtemps, être de couleur plus ou moins foncée, mais nous croyons qu'elle existe toujours à un moment ou à un autre, soit sur la peau, soit sur les muqueuses.

Chez 2 de nos scarlatineux latents, il est vrai, nous n'avons pas remarqué d'éruption somatique, mais tous les deux ont eu de la rougeur du fond de la gorge, de l'énanthème buccal, évidemment très discret, mais dont la couleur différait un peu de celle, ordinairement plus pâle, de la gorge des enfants. Et il ne faudrait pas croire que ce changement de coloration fût dû à la turgescence des amygdales congestionnées, car durant cette épidémie nous avons remarqué plusieurs fois que les grosses amygdales douloureuses étaient rose pâle, ainsi que l'arrière-cavité buccale. L'énanthème n'est pas fonction de l'angine; c'est une éruption intra-buccale. Nous l'avons constaté dans 2 cas où l'éruption somatique a paru faire défaut, et ceci sera suffisant pour nous permettre de dire que l'on peut parfaitement être porteur d'une scarlatine authentique et contagieuse sans avoir présenté de cette maladie d'autres manifestations que ces deux symptômes d'ordre vasomoteur : très légère angine, très vague éruption somatique ou intra-buccale.

Telle est la scarlatine latente, que nous aimerions mieux voir nommer *scarlatinette ambulatoire*, car en somme la maladie n'est pas latente mais suffisamment atténuée dans ses symptômes généraux et locaux pour que le sujet soit à peine indisposé ou même ne s'aperçoive nullement de son état. Comme on l'a pu voir, cette forme atypique n'a rien en soi d'illogique. Elle n'est qu'une forme atténuée que des termes de passage peuvent insensiblement rattacher à des formes plus graves et tout, dans son histoire, est une affaire de virulence du poison scarlatineux.

Enfin, à ceux qui hésiteraient malgré tout à admettre des formes si anormales de la scarlatine, nous répondrons que les scarlatineux apyrétiques et latents ont été en contact prolongé avec des scarlatineux francs et qu'ils n'ont pas contracté la maladie; et surtout que, dans les

(1) Il n'est pas inutile de faire remarquer que nos malades n'ont pris aucun médicament et *a fortiori* aucun antipyrétique.

nombreux cas où la filiation a pu être nettement établie, des cas latents ont donné naissance à des cas ordinaires, qui ont engendré des formes apyrétiques dont une, au moins, a déterminé ensuite une forme presque classique.

Les cas latents que nous avons observés se sont montrés, en effet, au début de l'épidémie. Le passage de la toxine à travers différents organismes exalta un peu sa virulence, mais, comme nous l'avons dit, l'affection fut toujours bénigne et dans plus de la moitié des cas on observa des formes atténuées de la maladie (scarlatinette, scarlatines apyrétiques, frustes...). Rapprochée de diverses autres observations que nous avons pu faire au sujet d'épidémies antérieures de scarlatine, cette constatation a une certaine importance, et aussi bien nous croyons qu'il est permis de se demander, avec quelque vraisemblance, si la tenue générale d'une épidémie de scarlatine ne serait pas souvent déterminée par celle du cas initial; si, par conséquent, l'agent pathogène à virulence exaltée ou amoindrie dont était porteur le sujet contaminateur d'un groupe n'a point donné naissance à des agents d'une virulence du même degré que la sienne, engendré des maladies de gravité sensiblement égale. Et cette remarque à propos de la scarlatine nous paraît s'appliquer également, au moins d'après ce que nous avons observé, à la rougeole et à la grippe.

Quelle est la fréquence de la scarlatine latente? Nous n'en savons rien encore. N'avons-nous eu affaire, dans cette épidémie essentiellement bénigne, qu'à des formes tout à fait exceptionnelles et qui ne se reverront plus jamais? Cela n'est pas vraisemblable, mais l'avenir nous renseignera sur ces faits et il nous suffit aujourd'hui d'avoir prouvé l'existence de la scarlatine latente, de la *scarlatine minima*, réduite à ses deux symptômes cardinaux extrêmement atténués mais reconnaissables tout de même.

V

La scarlatine latente doit être, dans la très grande majorité des cas, d'un diagnostic impossible. Les rares cliniciens qui ont admis la réalité de cette forme anormale ne l'ont diagnostiquée que rétrospectivement. En temps d'épidémie, des examens multiples pourront peut-être, le hasard aidant, faire trouver quelques sujets porteurs d'une éruption légère, souffrant d'un peu de mal de gorge, d'un peu de céphalée, et permettront d'isoler immédiatement ces « malades sans le savoir ». En dehors du temps d'épidémie, il y a bien des chances pour qu'un médecin non prévenu mette sur le compte de n'importe quelle cause banale un érythème très léger, une vague angine ressortissant cependant à la scarlatine, et cela surtout en l'absence complète de phénomènes généraux ou locaux.

Si le diagnostic différentiel de la forme normale et confirmée de la scarlatine ne présente généralement aucune difficulté, si celui de la scarlatinette est lui aussi facile, la scarlatine apyrétique et aussi le très pâle érythème de la scarlatine latente sont susceptibles de donner lieu à quelques difficultés d'interprétation.

D'abord, on pourra se demander si cette scarlatine apyrétique ou latente ne serait pas, tout simplement, un érythème dû à toute autre cause que la scarlatine. On peut hésiter, en effet, entre cette dernière et un érythème scarlatiniforme (érythème infectieux), un érythème médicamenteux, une dermatite exfoliatrice. Mais, d'abord, l'*érythème infectieux scarlatiniforme* (1) survient pendant le décours d'autres maladies (fièvre typhoïde, diphtérie), ensuite il est tardif; puis, il est polymorphe dans la grande majorité des cas; enfin, il n'est pas suivi de desquamation, sauf rarissimes exceptions. L'*érythème médicamenteux* (iodure, mercure, belladone) sera le plus souvent facile à diagnostiquer grâce aux anamnestiques. Quant à la *dermatite exfoliatrice*, elle se distinguera de la scarlatine apyrétique par son habituelle récidive, la coexistence de l'éruption et de la desquamation, et enfin par l'intensité de cette dernière, accompagnée de chute des ongles et des poils.

Le très léger érythème que nous avons constaté dans un cas de scarlatine latente avait été attribué par nous à l'action de l'air frais sur la peau remarquablement fine et blanche d'un enfant à cheveux blond ardent. Nous signalons cette erreur pour que d'autres ne la commettent pas à leur tour. Il nous semble que, devant un pareil érythème, le diagnostic d'avec une éruption d'origine médicamenteuse ou alimentaire serait difficile à établir. Les commémoratifs, l'observation prolongée du sujet, la coexistence d'une épidémie de scarlatine y pourront sans doute efficacement contribuer.

(1) Pour l'importante question des rapports de la scarlatine avec les érythèmes scarlatinoïdes, voir : CH. FIESSINGER. Les érythèmes scarlatinoïdes. (*Semaine Médicale*, 1893, p. 332-334.)

VI

Ainsi donc, à côté de la scarlatinette de Roger, de la scarlatine apyrétique peu connue mais ayant quand même conquis droit de cité, la scarlatine latente doit revendiquer une place, petite encore, mais qui, par la suite, pourra devenir importante. Entièrement négligée par les classiques qui regardaient comme de simples vues de l'esprit les conclusions si logiques de Trousseau, elle a été totalement ignorée des cliniciens, et cela se conçoit, en somme, car, et nous l'avons dit, les scarlatineux latents ne sont pas malades ou n'ont qu'un peu d'angine banale, sans caractère et sans intérêt. Mais, ce qu'il est difficile de s'expliquer, c'est le silence des épidémiologistes de profession. Il semble que la scarlatine latente n'ait été regardée par eux que comme un être de raison imaginé par Trousseau et par Graves pour expliquer certaines pleurésies purulentes, certaines néphrites inexplicables par elles-mêmes.

L'adage est bien vrai : on ne trouve que ce qu'on cherche. Persuadés *a priori* de la non-existence de la scarlatine latente, ils ne l'ont pas cherchée et ne l'ont par conséquent pas trouvée. Et cependant, quel puissant intérêt pourrait présenter cette forme anormale si des recherches ultérieures venaient à prouver sa fréquence! Quel rôle ne doit-elle pas jouer, d'ailleurs, dans l'évolution si mystérieuse parfois des épidémies de scarlatine! Récemment (1), dans un mémoire d'une haute portée médico-philosophique, M. Kelsch disait l'impossibilité fréquente où l'on est de rattacher à une contagion d'origine certaines épidémies de fièvres éruptives développées sans importation connue, sans contact suspect préalable. L'épidémiologie de la scarlatine est tout particulièrement fertile en obscurités de ce genre et, devant l'impossibilité de suivre les faits à la piste de la contagion, devant l'incohérence de la répartition des cas dans les collectivités, l'ancien directeur du Val-de-Grâce paraissait presque disposé à renoncer à l'idée d'une propagation par rayonnement contagieux pour incliner vers celle d'une germination capricieuse, provoquée par des influences obscures, peut-être même par autogenèse.

Evidemment il serait ridicule de faire de la forme latente une sorte de *deus ex machina*, capable de dissiper tous les nuages et de projeter un faisceau de clarté vive dans tous les coins obscurs de l'étiologie de la scarlatine; mais n'est-il pas permis d'espérer que l'étude des cas improprement appelés latents ne sera pas inutile pour la connaissance de la genèse et pour la prophylaxie des épidémies de fièvres éruptives? Supposons, par exemple, que nous n'eussions pas eu la bonne fortune de constater l'éruption somatique dont était porteur notre premier scarlatineux latent; quel n'eût pas été notre embarras pour motiver l'éclosion de cette épidémie? Toutes les hypothèses, toutes les explications possibles étaient vraisemblables et celle qui nous eût paru la meilleure eût été radicalement fausse! Combien d'épidémies dont l'origine est restée mystérieuse, parce que l'attention du médecin n'était attirée que par les cas confirmés et graves! Combien de mesures très sévères de désinfection, restées inefficaces, parce qu'un « scarlatineux sans le savoir » contaminait le lendemain des locaux formolisés la veille! Est-il besoin d'insister davantage sur l'importance extrême en épidémiologie de la forme latente au point de vue de l'étiologie et de la prophylaxie de la scarlatine? De montrer cette chose désormais évidente que, dans certains cas, la scarlatine est essentiellement polymorphe, insidieuse, dissimulée? C'est inutile. La question nous semble jugée et il n'y a plus qu'à se mettre à l'œuvre pour tâcher de tirer quelque résultat pratique de la notion bien établie de la scarlatine latente.

(1) KELSCH. Appréciation du rôle de la contagion dans les fièvres éruptives. (*Caducée*, 5 juillet 1902.)

Le traitement de cette *scarlatinette ambulatoire* est sans intérêt, mais sa prophylaxie est aussi indispensable que délicate. On pourra dire cependant, que, pour rendre un peu moins aléatoires, dans certaines épidémies, les désinfections et les mesures de prophylaxie, l'hygiéniste, le médecin de collectivité doivent d'abord être persuadés de l'existence des formes apyrétiques, ambulatoires, dissimulées de la scarlatine; ensuite, et comme corollaire, qu'il faut beaucoup agrandir le cadre des suspects, y admettre les plus insignifiants maux de gorge, les individus à l'air fatigué, somnolent, qui se plaignent vaguement de céphalée; enfin qu'il est indispensable d'examiner le torse nu de *tous* ceux, sans exception, sur lesquels doit s'exercer la surveillance. Ces manières de faire n'empêcheront pas de nouvelles scarlatines de se déclarer, mais si elles pouvaient arriver, dans certains cas, à faire « avorter » par un diagnostic très précoce, au moment d'une rentrée de vacances, par exemple, une épidémie que des cas ambulatoires auraient engendrée, le bénéfice ne serait certes pas à dédaigner.

Dr P. CAZIOT,
Médecin de l'Orphelinat militaire Hériot.

MÉDECINE PRATIQUE

La maladie des pêcheurs d'éponges.

Sous le nom de *maladie des plongeurs* ou *pêcheurs d'éponges*, je me propose de faire connaître une affection spéciale, non encore décrite, ayant une étiologie propre, une symptomatologie et des caractères particuliers, formant par conséquent une entité morbide parfaitement définie.

Comme son nom l'indique, cette maladie ne s'observe que chez les pêcheurs d'éponges; j'ajouterai qu'elle atteint seulement ceux qui se livrent à leur travail en plongeant tout nus. La pêche des éponges se fait, en effet, de plusieurs manières, mais deux procédés sont surtout usités. Dans l'un, le pêcheur plonge dans la mer revêtu de l'appareil bien connu des scaphandriers; dans l'autre, il plonge tout nu à l'aide d'une grosse pierre, il séjourne dans l'eau un temps plus ou moins long suivant la résistance de ses poumons, recherche les éponges, les saisit et les ramène à la surface.

Or, auprès de la racine des éponges, plus rarement à la surface de celles qui ont une forme évasée, vit un *actinium*, petit cœlenteré appartenant à la famille des *actinides*. Ce parasite se trouve en abondance lorsque l'éponge se développe dans la boue ou au milieu des algues; nous l'avons pêché dans les eaux grecques à une profondeur de 30 mètres (il vit habituellement par des fonds de 25 à 45 mètres). Mesurant

une longueur de 1 à 4 centimètres et une largeur de 1 à 2 centimètres, il sécrète par des pores répandus sur la surface de son corps une substance visqueuse très virulente. Cette substance, mise en contact avec le corps du plongeur, provoque des symptômes plus ou moins graves selon la qualité et la quantité de virus, dont l'action est d'ailleurs considérablement modifiée, non seulement par la nature du sol où vit l'*actinium*, mais aussi par la saison de l'année : chez les pêcheurs professionnels, il est avéré qu'au mois d'août l'*actinium*, qu'ils appellent « ver » (σκωλῆκι), est particulièrement redoutable.

Chez l'homme, le premier symptôme qui survient après le contact avec ce cœlenteré est une démangeaison et une brûlure intenses, localisées d'abord au point de la piqûre, généralisées ensuite peu à peu à tout le corps. Une papule de consistance cornée indique l'endroit où a eu lieu le contact; tout autour apparaît une rougeur qui bientôt devient rouge sombre, puis bleuâtre, bleu noirâtre et enfin toute noire; c'est-à-dire que, sur une étendue plus ou moins grande, suivant la quantité et la virulence variables du venin, et aussi selon la région atteinte, le tégument se sphacèle complètement et tombe, laissant une plaie profonde, avec suppuration abondante, qui présente une résistance particulière au traitement antiseptique. C'est ainsi qu'un jeune homme de vingt-cinq ans, qui avait été piqué à la verge, avait eu un sphacèle de tout le fourreau, mettant les corps caverneux et l'urèthre entièrement à nu, et dont il ne guérit qu'au bout de plusieurs mois.

Plus rarement, autour de la région touchée, apparaissent des abcès multiples, disposés d'une façon asymétrique, lesquels, en s'ouvrant, sécrètent une quantité abondante de pus, et sont très rebelles et longs à se cicatriser.

Un mouvement fébrile avec frisson accompagne la première manifestation de la maladie; il continue dans les premiers jours qui suivent, accompagné de céphalalgie, de soif et d'une grande courbature.

Pour reproduire expérimentalement ces troubles, j'ai frotté un *actinium* de grosseur moyenne, tenu au moyen d'une pince, sur l'abdomen préalablement rasé d'un chien. Le venin a été mis en contact avec une partie restreinte des téguments. La région est devenue en quelques minutes toute rouge et prurigineuse; vingt-cinq minutes après apparurent des phlyctènes pleines de sérosité; trois jours plus tard se développèrent cinq abcès de grosseur variable, tandis que sur l'endroit touché par le venin la peau prenait une couleur bleu foncé; le cinquième jour, la gangrène était complète sur une étendue de 2 centimètres de diamètre.

Ingéré, l'*actinium* a des propriétés toxiques que connaissent bien les pêcheurs d'éponges; ils transportent ce parasite à l'état sec des côtes de l'Afrique, où ils travaillent surtout, et l'emploient pour empoisonner les animaux domestiques; dans ce but, on réduit l'actinie en petits morceaux et on l'incorpore au pain ou à la viande qu'on donne à manger aux animaux; ceux-ci meurent en quelques minutes au milieu de phénomènes convulsifs. Il m'a été impossible de faire jusqu'ici l'étude chimique de ce venin (1).

Le diagnostic de la maladie des pêcheurs d'éponges n'offre pas de difficultés, à condition que l'on connaisse la profession du patient; c'est de lui que l'on apprendra qu'il a été piqué par le « ver » des éponges, dont il connaît par expérience les redoutables effets. Le pronostic n'est pas grave *quoad vitam*.

(1) Nous croyons devoir rappeler que M. Ch. Richet a récemment isolé des tentacules des actinies un principe alcaloïdique extrêmement vénéneux (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 418). D'après un travail plus récent du même auteur, il existerait même chez ces animaux deux poisons différents, l'un, la *congestine*, déterminant une congestion intense de tout le tube intestinal, l'autre, la *thalassine*, qui serait « pruritogène ». — N. D. L. R.

En ce qui concerne le traitement, les pêcheurs d'éponges estiment que des compresses chaudes ou d'abondantes affusions d'eau de mer soulagent considérablement le malade. A mon avis, ce mode de traitement ne saurait avoir aucun effet curatif; je crois plus rationnel de pratiquer des scarifications immédiatement après l'accident sur la région atteinte, en vue d'obtenir l'expulsion du venin sinon en totalité, au moins en partie.

Je dois ajouter que je n'ai pas eu l'occasion d'observer de nombreux cas de cette maladie, à cause de l'usage exclusif du scaphandre dans les dix dernières années, et de l'absence presque complète des pêcheurs nus dans toutes les mers spongifères de Grèce et de Turquie. Mais avant cette époque, alors que l'emploi du scaphandre était peu répandu, la proportion de pêcheurs atteints de cette affection était considérable; parmi les vieux pêcheurs, on en rencontre peu qui ne portent pas de cicatrices, surtout au niveau du thorax et aux mains; il y en a même chez lesquels la maladie est survenue plusieurs fois, car une première atteinte ne confère pas au sujet d'immunité, même passagère.

Actuellement, pour des raisons d'hygiène, l'usage du scaphandre a été interdit; aussi les pêcheurs nus se répandent-ils par milliers dans les mers de Crète, d'Afrique et des îles, à la recherche des éponges. Il est donc certain qu'on aura désormais l'occasion d'observer fréquemment cette affection.

Dr Skevos Zervos,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Athènes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1903.

Association de la cholécystite et de l'appendicite.

M. Dieulafoy communique les observations de deux malades (une femme de soixante-dix-huit ans et un jeune homme de trente ans) chez lesquels une cholécystite suppurée coïncidait avec une appendicite aiguë. L'opération, qui fut pratiquée dans les deux cas, montra l'existence d'une double infection occupant à la fois la vésicule biliaire et l'appendice. Il ne s'agit pas là, d'après l'orateur, d'une association fortuite, car M. Becker a récemment réuni 39 cas semblables (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 164), auxquels il convient d'ajouter une observation de M. Quénu.

Cette combinaison de la cholécystite et de l'appendicite serait habituellement le résultat d'une infection descendante, la vésicule biliaire étant presque toujours intéressée la première et l'appendice n'étant pris que consécutivement. Lorsque ce dernier organe est envahi, les symptômes par lesquels se traduit son altération accaparent presque complètement la scène morbide; les signes de la cholécystite passent au second plan et peuvent même être masqués au point que cette affection reste méconnue.

La conclusion pratique qu'il convient de tirer de ces faits, c'est qu'en présence d'un patient atteint d'appendicite, il faut toujours avoir soin de s'enquérir si, à une époque quelconque, ce malade n'a pas présenté les signes d'une affection des voies biliaires. Le chirurgien devra, en outre, lorsqu'une intervention aura été reconnue nécessaire, faire porter ses investigations du côté de la vésicule biliaire aussi bien que sur la région appendiculaire.

Splénectomie pour rupture traumatique de la rate.

M. Le Dentu communique, en son nom et au nom de M. A. Mouchet, l'observation d'un charretier qui avait reçu au niveau de l'abdomen plusieurs coups de pied de cheval. En présence des signes manifestes d'une lésion viscérale intra-abdominale — hyperesthésie et contracture du côté gauche du ventre avec matité correspondante, tendance au refroidissement et augmentation du nombre des respirations —, on porta le diagnostic de lésion probable de la rate. Une laparotomie qui, par suite de l'opposition du blessé, ne fut pratiquée que huit heures après l'accident, permit de constater l'existence de plusieurs déchirures au niveau des faces interne et externe de la rate. Ce viscère fut extirpé en totalité, mais l'ablation en fut rendue assez délicate par la présence d'adhérences qui le fixaient à la voûte du diaphragme. La plaie fut réunie sans drainage et le malade guérit sans incident.

A propos de ce fait, l'orateur rappelle que, sur les 67 splénectomies pratiquées exclusivement pour rupture sous-cutanée de la rate, dont il est fait mention dans la statistique récente de M. E. Berger, on a compté 38 guérisons; étant donnés ces résultats, l'ablation totale de la rate, lorsque l'état du blessé le permet, doit être considérée comme le traitement de choix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 10 et 17 juin 1903.

Traitement de la lithiase biliaire.

M. Potherat. — Au point de vue des difficultés du diagnostic de la lithiase biliaire, je puis vous citer un fait dans lequel des calculs de la vésicule biliaire et du canal cystique exerçaient sur le pylore une compression suffisante pour déterminer tous les symptômes d'une sténose pylorique et faire supposer l'existence d'un néoplasme développé au niveau du pylore; j'intervins dans le but de remédier à cette sténose pylorique et je n'eus qu'à pratiquer une cholécystotomie idéale pour enlever les calculs qui comprimaient le pylore. Chez un autre malade, j'ai vu un calcul de la vésicule biliaire donner lieu à des accidents qui simulaient absolument des crises d'appendicite.

M. Legueu. — Dans un cas d'oblitération du canal cholédoque qui paraissait être d'origine calculeuse, chez une femme ayant eu à plusieurs reprises des coliques hépatiques, je trouvai des calculs dans la vésicule, mais je constatai en même temps que l'oblitération du cholédoque était due à une induration siégeant au niveau de la terminaison de ce canal. J'achevai mon opération en laissant une fistule biliaire, persuadé que la malade avait un cancer du pancréas. Or, la fistule se ferma rapidement et cette femme est actuellement guérie depuis quatre ans; il est donc certain que je me suis trompé en pensant à un cancer de la tête du pancréas : il s'agissait simplement d'une induration inflammatoire développée autour du canal cholédoque.

En ce qui concerne la suture après la cholédochotomie, j'en reconnais, comme M. Quénu (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 190), l'inutilité dans la majorité des cas; cependant on peut y avoir recours dans des circonstances exceptionnelles, et je l'ai pour ma part pratiquée une fois avec un plein succès, après avoir incisé le canal cholédoque pour en extraire un calcul qui avait déterminé une oblitération des voies biliaires.

M. Schwartz. — J'ai été, au cours de deux opérations, extrêmement perplexe au sujet du diagnostic différentiel entre les calculs du cholédoque et l'induration pancréatique ou simplement une adénite. Dans un de ces cas, en effet, le canal cholédoque renfermait un calcul que je pris pour un ganglion jusqu'au moment où je le sentis fuir sous le doigt; je fis la cholédochotomie et pus enlever facilement ce calcul. Dans l'autre, croyant à un cancer de la tête du pancréas, je pratiquai une cholécystostomie; la fistule biliaire persista, et, contrairement à mon pronostic, l'état général resta excellent. Dans ces conditions je proposai une nouvelle opération, convaincu que l'induration dont j'avais constaté l'existence était due à un calcul méconnu et non pas à une lésion néoplasique. Malheureusement le malade n'accepta pas cette intervention, et, consécutivement à un traitement antisyphilitique, il succomba à des accidents de cholémie très graves avec hémorrhagies diffuses et incoercibles.

Tout en étant partisan de la cholédochotomie sans suture, je crois, comme M. Legueu, qu'on peut essayer la suture, dans certains cas où le canal cholédoque est facilement accessible;

lorsqu'elle réussit, la guérison est, en effet, beaucoup plus rapide.

M. Quénu. — Il me semble que, si l'on hésite entre un néoplasme et un calcul, il suffit de faire une incision pour être fixé; c'est ainsi que je procédai dans un cas : je rencontrai une bouillie dont l'examen microscopique permit de reconnaître la nature cancéreuse.

M. Schwartz. — J'ai incisé une fois le pancréas dans un but diagnostique, mais il en est résulté une hémorrhagie telle que je n'ai plus osé employer ce moyen d'investigation.

M. Reclus. — Il est des cas où le diagnostic du cancer du pancréas, déterminant une oblitération du cholédoque, est impossible par la palpation directe des organes. Je puis vous citer un fait d'oblitération complète des voies biliaires dans lequel, à l'autopsie, M. Cornil n'avait rien senti d'anormal au niveau de la terminaison du cholédoque, alors qu'un examen fait dans son laboratoire lui a démontré qu'il existait un très petit cancer de l'ampoule de Vater.

Perforations du rectum consécutives à l'hystérectomie abdominale.

M. Chaput. — Je me suis trouvé deux fois cette année en présence de perforations du rectum, consécutives à l'hystérectomie abdominale, qui n'étaient pas justiciables de la suture simple ni de la résection du rectum. J'ai pu obtenir la guérison de ces perforations par un cloisonnement du bassin à l'aide du péritoine vésical suturé au rectum — au-dessus de la perforation — et à la paroi pelvienne postérieure, en laissant le vagin largement ouvert, de façon à assurer l'écoulement des matières; dans les deux cas la perforation du rectum s'est rétrécie progressivement et a fini par s'oblitérer.

M. Delbet. — J'ai eu la chance de ne jamais perforer le rectum au cours de l'hystérectomie abdominale, mais j'ai eu souvent l'occasion d'employer le cloisonnement dont M. Chaput vient de parler, dans les cas où, après l'hystérectomie abdominale, il reste, au niveau de la cavité de Douglas, une large surface suspecte au point de vue septique.

M. Reynier. — J'ai proposé il y a neuf ans, pour le traitement des perforations du rectum consécutives à l'hystérectomie, un procédé analogue à celui que M. Chaput a employé; il consiste à placer une éponge au niveau de la perforation, en assurant l'écoulement des matières par le vagin. Je reconnais que le cloisonnement préconisé par M. Chaput réalise mieux l'isolement de la perforation.

M. Pozzi. — Nous savons que les perforations du rectum ont une tendance manifeste à la guérison spontanée, surtout quand elles ne coïncident pas avec des lésions suppurées. Pour ma part, chaque fois que je me suis trouvé, au cours d'une opération pelvienne, en présence d'une déchirure du rectum, je me suis toujours efforcé de la suturer, car on obtient facilement la réunion, soit primitive, si le rectum est sain, soit après une période de fistulisation, s'il est altéré.

M. Ricard. — Je considère la méthode de cloisonnement du petit bassin comme excellente dans le traitement des perforations rectales.

Ce procédé est d'ailleurs classique, et nous l'employons tous chaque fois qu'il y a lieu de craindre une infection des surfaces dénudées que laisse l'hystérectomie abdominale; à plus forte raison M. Chaput a-t-il raison de l'appliquer aux cas où le rectum est perforé.

M. Quénu. — Je crois que c'est M. Duret qui le premier a eu l'idée de la « péritonisation » des surfaces dénudées au cours de l'hystérectomie. Quant au procédé de cloisonnement préconisé par M. Chaput pour le traitement des perforations rectales, il doit être évidemment considéré comme une application de cette méthode générale à laquelle nous avons tous recours.

Traitement de la gangrène pulmonaire.

M. Monod. — J'ai pu suivre jusqu'à guérison définitive deux malades que j'avais opérés pour une gangrène pulmonaire. Je vous ai communiqué il y a onze ans le premier de ces faits, relatif à un homme de quarante huit ans, qui a guéri rapidement à la suite de l'intervention (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 310). Dans le deuxième cas, après une ponction, je réséquai la septième et la huitième côte, et, ayant trouvé la plèvre adhérente, je pus ouvrir largement une cavité assez spacieuse, remplie de pus fétide; la toux et une abondante expectoration persistèrent assez longtemps et la plaie ne se ferma que très lentement; la cicatrisation ne fut en effet complète et définitive que cinq mois après mon opération.

Je pense que toute gangrène pulmonaire en foyer, accessible à nos moyens chirurgicaux, doit être ouverte largement, même si la collection intra-pulmonaire se vide par les bronches. Dès que la limitation de la lésion est nettement établie, l'intervention chirurgicale me paraît indiquée et doit être pratiquée, à la condition de vérifier au préalable le diagnostic à l'aide d'une ponction. Si celle ci donne un résultat négatif, je crois qu'il vaut mieux s'abstenir.

Exclusion de l'intestin.

M. Routier. — J'ai déjà dit que l'exclusion de l'intestin me paraissait devoir être considérée non comme une méthode de choix, dans le traitement des anus contre nature, mais comme un pis aller; à mon avis, on doit s'efforcer de fermer directement l'orifice et, si l'occlusion directe est impossible, établir une entéro-anastomose proximale.

Consécutivement à une opération pratiquée d'urgence pour une énorme collection suppurée, j'ai observé une fistule intestinale siégeant sur l'intestin grêle; au lieu de faire une exclusion intestinale, je me suis évertué à fermer l'orifice avec trois rangs de suture. Il s'agissait là d'un cas très difficile, dans lequel on pouvait craindre, plus encore peut-être que dans le fait communiqué par M. Vanverts, l'échec d'une restauration ainsi tentée dans un foyer purulent. Or, malgré une fistule urinaire qui se manifesta quelques jours après ma deuxième intervention, la malade a guéri complètement.

M. Howard A. Kelly (de Baltimore) lit un mémoire sur *les débuts de l'histoire de l'appendicite en France.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin 1903.

Rétention du chlorure de sodium dans l'œdème cardiaque.

M. Merklen. — Je crois que la rétention du chlorure de sodium joue, dans la pathogénie de l'œdème cardiaque, un rôle analogue à celui que M. Widal lui a assigné dans celle de l'œdème brightique, au cours de la dernière séance. A l'appui de cette opinion, on peut invoquer l'efficacité du régime lacté, si pauvre en chlorures comme on le sait, sur l'œdème des asystoliques. Le rôle du chlorure de sodium dans l'hydropisie est en outre démontré par la grande quantité de ce sel (5.30 à 7.80 ‰) que contiennent les liquides d'œdème, quelle qu'en soit l'origine. Enfin, chez une asystolique présentant un œdème considérable, que le repos et le régime lacté ont rapidement réduit, j'ai pu constater, par des analyses répétées de l'urine, une décharge de chlorures parallèle à celle de l'eau : dès le premier jour du traitement, cette malade rendait 5 litres d'urine et 20 grammes de chlorures, le lendemain elle éliminait 6 litres d'urine et près de 30 grammes de chlorures, etc. Il y a donc rétention de chlorure de sodium chez les cardiaques, en même temps que rétention d'eau, quand la sécrétion urinaire devient insuffisante par suite de la stase rénale ou d'une néphrite intercurrente.

Cette rétention paraît être à la fois cause et effet de l'hydropisie. Celle-ci résulte non seulement de la stase et de l'hypertension dans les capillaires, mais surtout de la rupture de l'équilibre osmotique entre le sang et le plasma interstitiel des tissus. Le chlorure de sodium étant la plus abondante des substances dissoutes dans le sang et jouant le rôle principal dans le maintien de l'équilibre osmotique des humeurs, c'est lui qui, le plus rapidement, sera rejeté dans le tissu cellulaire et y appellera l'eau nécessaire au rétablissement de l'isotonie du sang et de la lymphe. Si cette conception est exacte, il est aisé de comprendre le rôle du régime alimentaire sur l'apparition, l'aggravation, la persistance ou la disparition de l'œdème des cardiaques, suivant qu'il est riche ou pauvre en chlorure de sodium, et bien entendu selon que l'élimination urinaire est ou non suffisante.

M. Achard. — J'ai observé, de mon côté, plusieurs faits démontrant le rôle du chlorure de sodium dans la pathogénie des œdèmes cardiaques. J'ai vu, avec MM. Lœper et Laubry, l'asystolie s'aggraver après l'ingestion ou l'injection sous-cutanée de 10 grammes de chlorure de sodium; les épanchements pleurétiques peuvent aussi augmenter sous la même influence. Le chlorure de sodium n'est d'ailleurs pas la seule substance dont l'introduction, chez les cardiaques en état de rétention, puisse être fâcheuse, car j'ai constaté les mêmes effets après des injections hypertoniques de sulfate de soude.

Par contre, le glucose, qui n'est pas retenu chez les asystoliques, lesquels ont souvent même de l'insuffisance glycolytique, produit, lorsqu'il est injecté sous la peau, une diurèse. Mais l'injection de quantités notables de cette substance est irritante et douloureuse, ce qui m'a empêché de pousser plus loin ces tentatives thérapeutiques.

Pour ce qui est de la pathogénie de l'œdème cardiaque, je ne doute pas que la rétention des chlorures puisse jouer un rôle. Seulement le mécanisme de cette rétention me paraît un peu spécial. Ici la rétention dépend pour une très grande part de la mauvaise irrigation du rein, de sorte que, lorsque cette irrigation devient meilleure, il se produit une débâcle urinaire avec augmentation simultanée du volume de l'urine, du taux des chlorures, de celui des phosphates et des sulfates. Dans les maladies aiguës accompagnées de rétention chlorurée, il n'en est pas ainsi, en général, et les diverses crises urinaires sont plus ou moins dissociées. C'est que la rétention dépend sans doute, en pareil cas, non pas tant d'une cause circulatoire et d'un mauvais fonctionnement du rein, que d'une cause interstitielle, telle qu'un besoin particulier des cellules ou un fonctionnement défectueux de ces éléments.

M. Widal. — Le chlorure de sodium joue certainement un rôle dans l'œdème cardiaque, comme dans tous les œdèmes d'ailleurs. J'ai vu, avec MM. Lesné et Ravaut, les œdèmes et un épanchement pleural augmenter chez une cardiaque, sous l'influence de la chloruration alimentaire, mais j'estime que, dans ces cas, la rétention des chlorures peut tenir à des facteurs divers et qu'il vaut mieux s'adresser, pour étudier ce phénomène, à des sujets atteints de néphrite aiguë. Chez ces malades, en effet, on peut, comme je l'ai montré dans la précédente séance, faire apparaître ou disparaître à volonté les œdèmes par l'augmentation ou la suppression du chlorure de sodium de l'alimentation.

M. Méry. — J'ai observé un enfant atteint de mal de Bright, chez lequel l'administration de la théobromine a augmenté l'excrétion urinaire sans faire diminuer l'anasarque. L'analyse des urines démontra que, malgré la polyurie, l'élimination des chlorures était tout à fait insuffisante.

M. Siredey. — On pourrait peut-être attribuer également à une rétention des chlorures certains œdèmes survenant chez des sujets qui ne sont ni rénaux, ni cardiaques.

M. Dufour. — La production des œdèmes par hyperchlorurie alimentaire est, à mon avis, le résultat d'une altération épithéliale du rein, provoquée par le passage des chlorures, et non de la rétention de ces substances dans l'organisme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 juin 1903.

Intoxication par l'oxyde de carbone, avec disparition du gaz toxique du sang des victimes.

M. L. Garnier (de Nancy) adresse la relation de quatre cas d'intoxication par l'oxyde de carbone. Le premier sujet a survécu, et l'examen spectroscopique du sang obtenu au moyen d'une saignée ne permit pas de constater les bandes persistantes de l'hémoglobine oxycarbonique. Dans les trois autres cas la mort fut la conséquence de l'intoxication, mais chez une seule des victimes le sang montra au spectroscope les deux bandes persistantes après réduction de l'oxycarbo-hémoglobine, sans absorption intermédiaire correspondant à la bande de Stockes.

Ces faits prouvent qu'il est possible de ne

plus trouver aucune preuve chimique d'une intoxication par l'oxyde de carbone, même quand la mort a suivi de près l'accident. Ils démontrent, en outre, conformément à l'opinion de Marcacci, que l'oxyde de carbone peut tuer non seulement par suite de sa fixation sur les globules rouges, et par l'anoxhémie qui en est la conséquence, mais encore en provoquant une paralysie réflexe du cœur et du poumon avec syncope mortelle.

Langue saburrale et albuminurie.

M. Ferrier envoie l'observation d'un malade qui était atteint d'une albuminurie légère, mais persistante depuis six ans, et chez lequel le nettoyage de la bouche, et en particulier le brossage de la langue, a suffi pour faire disparaître définitivement cette albuminurie.

M. Ferrier rapproche cette observation de celle d'un ancien cardiaque, ayant également une légère quantité d'albumine dans l'urine; or l'administration de 4 grammes d'eau-de-vie allemande tous les deux jours fit disparaître cette albuminurie et permit au malade de tolérer l'alimentation carnée.

Influence des variations de la pression atmosphérique sur la pression sanguine.

M. Camus communique le résultat de recherches établissant que la différence entre la valeur de la pression sanguine et la valeur de la pression atmosphérique reste constante dans toutes les conditions de dépression atmosphérique. La pression sanguine ne se modifie qu'indirectement, quand des troubles respiratoires marqués ont été préalablement déterminés par une diminution importante de la tension de l'oxygène.

L'orateur conclut de ces recherches qu'aucune action nocive directe de la variation de pression atmosphérique n'est à redouter sur la pression sanguine, dans les cas d'ascension rapide ou dans le cas de descente brusque d'une altitude considérable. Les troubles circulatoires périphériques, qui peuvent expliquer les variations du nombre des globules sanguins dans les ascensions, ne sont pas le fait d'une modification de pression atmosphérique, et dépendent probablement de l'action du froid, peut-être de l'asphyxie dans certains cas exceptionnels de diminution notable de la tension de l'oxygène à de très hautes altitudes.

Congestion active du rein déterminée par l'excitation centripète du pneumogastrique.

M. François-Franck relate des expériences qui prouvent que l'excitation de la plupart des filets du pneumogastrique provoque une vasodilatation rénale intense et durable. Au contraire, l'excitation centripète du laryngé supérieur détermine une vasoconstriction réflexe du rein. Ces faits permettent de se rendre compte de certains troubles de la fonction rénale (polyurie, albuminurie), qui s'observent assez souvent sans lésions du rein chez des malades atteints d'affections hépatiques, gastriques, intestinales, etc.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 4 juin 1903.

Eruptions causées par l'antipyrine.

M. Danlos présente un homme chez lequel, à la suite de l'ingestion d'antipyrine, il s'est produit une éruption érythémato-bulleuse de la face dorsale des mains et des poignets, du scrotum, des lèvres et de la langue. Cette éruption présente tous les caractères et les localisations d'un érythème polymorphe.

M. Barthélemy. — J'ai observé une éruption identique, mais exclusivement limitée au pourtour de l'anus, qui était provoquée également par l'absorption d'antipyrine.

M. A. Fournier. — On constate en effet chez certains sujets, sous l'influence de l'antipyrine, des éruptions qui ont la propriété de se renouveler indéfiniment sous le même aspect et avec la même localisation. J'ai le souvenir d'un malade qui a eu, à ma connaissance, plus de 15 fois de suite de l'herpès de la verge, récidivant après chaque prise d'antipyrine. Chez d'autres, l'herpès se montrait aux lèvres. Dans un cas, l'éruption se renouvelait régulièrement sous forme de psoriasis palmaire.

M. J. Darier. — Je ferai remarquer que les éruptions dont on vient de parler diffèrent de ces érythèmes laissant une pigmentation longtemps persistante, qui ont été décrits comme de véritables éruptions antipyriniques. L'érythème du malade de M. Danlos n'a rien de spécifique par son aspect; il se confond avec l'hydroa et aurait pu être provoqué par une intoxication de toute autre nature.

M. Beaudoin. — A l'appui de ce que vient de dire M. Darier, je citerai l'exemple de trois malades qui réagissaient constamment par une éruption identique non seulement à l'absorption d'antipyrine, mais encore à l'ingestion d'iodure ou de bromure de potassium.

M. Brocq. — Je connais des cas analogues à ceux que M. Beaudoin vient de signaler et, comme M. Darier, je crois qu'il faut distinguer, parmi les éruptions provoquées par l'antipyrine, d'une part celles qui sont spécifiques et qui dénoncent la nature du médicament absorbé, de l'autre celles qui peuvent être produites par des causes multiples et témoignent seulement d'un mode de réaction cutanée spécial vis-à-vis d'intoxications médicamenteuses variées ou même d'auto-intoxications.

Prurit et prurigo comme signes révélateurs de la carcinose abdominale.

M. L. Wickham. — Chez 4 malades qui se plaignaient simplement de prurit, j'ai constaté trois fois un cancer de l'estomac et une fois un néoplasme de la région splénique. L'affection cutanée se présentait sous des aspects un peu différents : prurit simple, dit *sine materia*, dans 2 cas; prurit avec eczématisation dans 1 cas; *prurigo ferox* de Vidal chez le quatrième patient.

J'ai cru intéressant de rappeler les relations qui existent entre le prurit cutané et le cancer abdominal. M. Besnier les a déjà signalées, il est vrai, dans ses annotations du traité de Kaposi, mais elles sont peu connues et ne se trouvent pas mentionnées dans les traités de pathologie interne. Bien que la coïncidence du prurit et du cancer ne soit pas très fréquente, elle mérite cependant de retenir l'attention, car les troubles cutanés peuvent apparaître longtemps avant les premières manifestations du cancer et constituer en quelque sorte un signe révélateur.

A côté des prurits hépatiques, urémiques, diabétiques, alcooliques et séniles, il y a donc lieu d'admettre un prurit cancéreux.

Lésions tuberculeuses de la langue.

M. Danlos présente un homme et une femme qui ont l'un et l'autre sur la langue des gommes tuberculeuses grosses comme de petites noisettes.

M. J. Darier. — Trélat a attiré l'attention sur la présence, autour des lésions tuberculeuses de la langue, de petits nodules jaunâtres, qui ne seraient autres que des granulations tuberculeuses. J'ai fait à ce sujet quelques recherches histologiques qui m'ont montré que ces petits points jaunes sont tantôt formés par de véritables tubercules sous-épithéliaux soulevant la muqueuse, tantôt par de petits abcès miliaires. Ces derniers n'ont rien de spécifique, car je les ai observés au voisinage d'ulcérations dentaires simples. Peut-être pourrait-on arriver à distinguer les unes des autres ces lésions similaires, en les perçant au moyen d'une épingle, les abcès miliaires se vidant ainsi complètement.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 10 juin 1903.

Cachexies progressives mortelles sans lésions anatomiques.

M. Senator attire l'attention, à propos de la communication faite dans la précédente séance par M. Grawitz (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 200), sur les manifestations fébriles que présentent parfois les sujets atteints de cachexie « cryptogénique »; il s'agit d'accès de fièvre pouvant être passagers et ne durer que quelques heures, ou au contraire se prolonger plusieurs semaines. Dans un fait de ce genre, l'orateur a découvert à l'autopsie des lésions d'artériosclérose prédominant au niveau de l'artère splanchnique, lésions susceptibles de troubler la nutrition des organes abdominaux; mais il reconnaît que cette pathogénie n'est pas applicable à tous les cas. Il ne croit pas, d'autre part, que l'anachlorhydrie incriminée par M. Grawitz soit une cause bien efficace, car l'anachlorhydrie et même l'achylie gastrique totale peuvent exister sans que la santé générale soit le moins du monde altérée.

M. Albu estime que l'anacidité des phtisiques est imputable à la tuberculose elle-même; il ne pense pas que les lavages à l'eau salée ou avec des solutions faibles d'acide chlorhydrique, préconisés par M. Grawitz, puissent avoir contre cette complication une réelle efficacité.

M. P. Bernhardt fait remarquer que chez les aliénés on observe parfois — ainsi que M. Kräpelin l'a mis en évidence — des états de cachexie terminée par la mort, en dépit d'une nourriture abondante et en l'absence de toute lésion cérébrale organique. L'orateur relate un cas de ce genre, concernant un jeune catatonique qui était coprophage; les substances toxiques qu'il introduisait de la sorte dans son tube digestif peuvent bien avoir exercé une action nuisible sur son organisme.

M. Fürbringer cite plusieurs faits de cachexie cryptogenique qu'il a observés et dont certains ne s'accompagnaient pas d'anachlorhydrie; des états analogues sont assez communs dans la neurasthénie sexuelle. Pour ce qui est de l'étiologie, l'usage d'une alimentation trop riche en viande peut jouer un rôle important.

M. Kramm déclare avoir observé un cas de cachexie de cause demeurée obscure, même après l'autopsie, chez un sujet atteint de colite muco-membraneuse avec stéatorrhée et hyperchlorhydrie.

Luxation congénitale de la hanche chez un enfant de cinq semaines.

M. Michael Cohn communique l'observation d'un nourrisson de cinq semaines atteint d'une luxation de la hanche gauche qui mérite bien le nom de congénitale, car dès le dixième jour après la naissance la mère se serait aperçue que le membre inférieur gauche de son enfant était fléchi et que, quand on tentait de le redresser, il reprenait aussitôt sa position primitive. On sait que dans la luxation dite congénitale ce n'est le plus souvent qu'une prédisposition à la luxation que les petits malades apportent en naissant, l'affection ne se développant qu'au moment où l'enfant fait ses premiers pas.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 15 juin 1903.

Cas de peste observé à Berlin.

M. Kirchner communique l'observation de Sachs, un jeune médecin d'origine autrichienne qui vient de succomber à une atteinte de peste contractée au cours de recherches bactériologiques, à l'Institut pour les maladies infectieuses de Berlin (1).

Le 2 juin au soir, Sachs, qui dans la journée avait travaillé comme d'ordinaire sans éprouver aucun malaise, fut pris subitement d'un violent frisson avec fièvre, toux, inappétence, oppression et courbature. Un médecin aussitôt appelé constata une légère matité à la base du poumon droit, tout à fait hors de proportion avec les troubles de l'état général. Le lendemain, la situation du malade s'était notablement aggravée; l'adynamie était plus prononcée, le visage et les conjonctives fortement injectés, le *senso-*

---

(1) Une communication identique a été faite à la Société de médecine berlinoise, dans la séance du 17 juin, par M. Dönitz.

rium atteint; il y avait une expectoration sanglante et une oppression assez considérable. Le diagnostic de peste, déjà soupçonné la veille, fut considéré comme certain, et l'on transporta Sachs d'abord à l'hôpital de Charlottenbourg, puis de là à la Charité, où l'on institua aussitôt les recherches bactériologiques nécessaires — qui, disons-le tout de suite, devaient avoir un résultat positif —; notre confrère succombait le lendemain à cinq heures du soir, par conséquent à la fin du troisième jour.

L'autopsie fut limitée à l'inspection des viscères thoraciques et abdominaux; elle fit découvrir une congestion du lobe inférieur du poumon droit, et une rate volumineuse. Le sang renfermait des bacilles pesteux en culture presque pure.

Un des infirmiers qui avaient soigné Sachs tomba malade le 7 juin, avec brisement des membres, fièvre à 40°, injection du visage et des conjonctives; le lendemain il présentait une expectoration sanguinolente; dans les mucosités pharyngées on isola le bacille de la peste. Cet homme fut traité par des injections de deux sérums antipesteux différents, provenant l'un de Paris et l'autre de Berne : il en reçut en tout 195 c.c. On peut le considérer actuellement comme en convalescence.

Il va sans dire qu'aussitôt reconnue la nature de l'affection dont souffrait Sachs, les mesures de désinfection et d'isolement les plus rigoureuses avaient été prises. On isola l'hôtesse de notre confrère, le cocher de la voiture d'ambulances qui l'avait conduit à l'hôpital, les malades avec lesquels il avait été en contact, les médecins et infirmiers qui lui avaient donné des soins, etc., et on leur fit des injections préventives de sérum antipesteux; les habitants de la maison où il logeait furent eux-mêmes soumis pendant dix jours — durée habituelle de l'incubation de la peste — à une surveillance médicale.

Il est probable que Sachs s'est infecté de la façon suivante : six jours avant de tomber malade, il avait, avec une seringue de Pravaz, aspiré de la sérosité d'un bubon pesteux sur un cobaye; on peut supposer que de l'air s'était introduit dans la seringue en même temps que la sérosité, de sorte que quand notre confrère voulut faire un ensemencement sur agar, le liquide qu'il projeta avec la seringue fut en partie pulvérisé et qu'il se fit ainsi une infection par inspiration de gouttelettes virulentes. L'incubation aurait donc été particulièrement courte (six jours au lieu de dix).

M. Kolle, dans le laboratoire duquel travaillait Sachs, pense — en raison du peu d'intensité des phénomènes pulmonaires — qu'il s'est agi dans ce cas non d'une pneumonie pesteuse primitive, mais d'une septicémie à point de départ amygdalien; l'agent pathogène aurait ensuite été transporté au poumon par voie sanguine.

L'orateur tient à ajouter que Sachs, dans ses travaux de laboratoire, n'a pas commis la moindre imprudence; il a succombé à un de ces accidents qui restent toujours possibles en dépit des précautions les plus minutieuses.

Dr VILLARET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le formol contre les séborrhées du cuir chevelu.

Frappé de la puissance antiseptique du formol, M. le docteur J. Martin-Saint-Laurent s'est demandé s'il ne conviendrait pas d'utiliser ce médicament dans le traitement des séborrhées, affections qui paraissent être de nature parasitaire. Les essais que notre confrère a institués à cet égard dans le service de M. le docteur Gaucher, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, et qu'il a consignés dans sa thèse inaugurale, sont venus justifier cette hypothèse.

En ce qui concerne le mode d'emploi du formol, M. Martin-Saint-Laurent recommande de se servir d'une solution alcaline, contenant de 0 gr. 50 centigr. à 1 gr. de formaline du commerce pour 1 litre d'eau additionnée de 10 à 20 grammes de bicarbonate de soude, de 2 à 5 grammes de carbonate de potasse et de q. s. de savon. En dissolvant les graisses et en décapant la peau, les alcalis et le savon auraient pour effet d'assurer la diffusion de l'aldéhyde formique dans les tissus du cuir chevelu. On peut également employer une simple solution de formol en faisant d'abord un savonnage de la tête, suivi d'une lotion alcaline.

Sous l'influence de ce traitement, on verrait, dans la séborrhée eczématisée, les plaques circinées, recouvertes de croûtes séborrhéiques et de squames, diminuer d'étendue, en même temps que leur rougeur inflammatoire s'atténuerait et que les démangeaisons se calmeraient. Dans les cas où un véritable eczéma avec vésicules et suintement survient sur un cuir chevelu séborrhéique, il convient de traiter l'eczéma par des compresses humides, avant de combattre la séborrhée par l'aldéhyde formique.

Dans la séborrhée pityriasique du cuir chevelu, l'emploi du formol donnerait également de bons résultats, sauf lorsqu'il s'agit de cas anciens, où le bulbe pileux a été longtemps et profondément atteint et où les cheveux tombent au sommet de la tête et en avant.

Enfin, le traitement en question se montrerait aussi efficace contre la séborrhée concrète.

Il va sans dire qu'à côté de l'indication locale tirée de l'infection du cuir chevelu et remplie par l'emploi du formol, on ne doit pas négliger les indications découlant de l'état général (arthritisme, syphilis, etc.).

Emploi de la gélatine pour éviter des hématomes post-opératoires.

M. le docteur E. Tavel, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Berne, utilise, depuis quelque temps, les propriétés hémostatiques de la gélatine en vue d'éviter la formation d'hématomes post-opératoires. S'agit-il, par exemple, d'une opération abdominale, notre confrère a soin, après avoir suturé le péritoine au catgut, d'arroser la plaie au moyen d'un petit tube contenant de 10 à 50 c.c. de gélatine stérilisée. C'est alors seulement qu'il procède à la suture des couches musculo-aponévrotiques et des téguments. Si la plaie n'est pas drainée (appendicite, hernies, plaies de la ligne blanche), M. Tavel s'applique à laisser un peu de gélatine dans la profondeur de la blessure; dans les cas où l'on institue un drainage, la gélatine ne tarde naturellement pas à s'écouler hors de la plaie.

Sur une série de plaies traitées de la sorte, notre confrère n'a pas eu à enregistrer un seul épanchement sanguin, tandis que dans une autre série de cas, où l'on n'avait pas fait usage de la gélatine, on a observé plusieurs fois des hématomes post-opératoires.

Il va sans dire que la gélatine doit être préalablement soumise à l'épreuve bactériologique et être soigneusement stérilisée. Afin de la liquéfier, on maintiendra le tube dans une solution tiède de sublimé; on aura, d'ailleurs, soin de ne briser le tube (scellé à la lampe) qu'au moment de s'en servir.

L'électricité statique dans le traitement du morphinisme.

M. le docteur A. J. Pressey (de Cleveland) a eu maintes fois l'occasion de se convaincre que l'électricité statique, sans constituer un remède spécifique de la morphinomanie, est cependant susceptible de rendre d'excellents services au cours du traitement de cet état morbide, en faisant disparaître les phénomènes fâcheux auxquels donne lieu la diminution plus ou moins rapide de la dose de morphine. Les troubles gastriques, tels que nausées, vomissements et douleurs à l'épigastre, se montrent très fréquemment pendant la démorphinisation et sont parfois assez prononcés pour nécessiter une augmentation de la dose de toxique. Or, d'après l'expérience de notre confrère, l'électricité statique, sous la forme de souffle ou de douche électrique, agirait d'une manière très efficace sur ces symptômes. Les séances doivent avoir une durée d'une dizaine de minutes environ et sont répétées aussi souvent que cela paraît nécessaire pour faire disparaître d'une façon définitive les troubles en question. Dans les cas rebelles, on pourrait soumettre directement la région épigastrique à l'action des étincelles électriques.

Un autre symptôme fréquent au cours de la démorphinisation est constitué par une sensation particulière au niveau des jambes, sensation que les patients comparent à des tiraillements musculaires et qui peut, à la longue, aboutir à de véritables douleurs. M. Pressey a souvent réussi à supprimer cette manifestation morbide par l'emploi du souffle ou de la douche électrique.

Utilisée sous forme de douche électrique pendant une dizaine ou une quinzaine de minutes, l'électricité statique se montrerait également très efficace à l'égard des céphalalgies. Toutefois, comme ces maux de tête sont particulièrement tenaces et reviennent généralement au bout d'une demi-heure ou d'une heure, il faut répéter l'électrisation deux ou trois fois pour obtenir un résultat quelque peu durable.

On pourra encore avoir recours à la franklinisation pour combattre les douleurs névralgiques, les troubles cardiaques et l'insomnie (séance de dix minutes immédiatement avant le coucher), tous symptômes qui, comme on le sait, sont à peu près constants au cours de la démorphinisation.

Ajoutons que l'électricité statique paraît agir non seulement sur les manifestations morbides sus-mentionnées, mais aussi à titre de tonique du système nerveux.

La médication thyroïdienne dans la cachexie gastro-intestinale des nourrissons.

Partant de l'hypothèse que la plupart des états athrepsiques chez l'enfant n'ont pas d'autre cause que des troubles congénitaux ou acquis de la sécrétion thyroïdienne, et s'inspirant des recherches de M. le docteur E. Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, sur la thyroïdothérapie dans l'infantilisme, M. le docteur L. Bonnet (d'Anvers) a expérimenté la même médication dans plusieurs cas de cachexie infantile d'origine gastro-intestinale.

Avant d'instituer le traitement en question, notre confrère commence par rechercher dans le passé pathologique des parents (surtout de la mère) et dans les maladies acquises de l'enfant ce qui aurait pu troubler les fonctions thyroïdiennes de ce dernier. Dans le doute, il a d'abord recours aux médications classiques et à la réglementation appropriée du régime. Si ces mesures thérapeutiques n'amènent pas, au bout de quelques semaines, en même temps qu'une amélioration satisfaisante des voies digestives, un relèvement progressif du poids du corps, il administre des préparations thyroïdiennes à faible dose.

Sous l'influence de cette médication, on ne tarderait pas à constater la disparition des troubles digestifs et une amélioration sensible de l'état général du nourrisson, se traduisant par une augmentation continue du poids.

La naphtaline dans le traitement de l'endométrite puerpérale.

Il y a environ trois ans, nous avons signalé un procédé de traitement de l'endométrite puerpérale, préconisé par un médecin russe, M. le docteur B. Kirsner, et qui consiste à tamponner la cavité utérine avec une longue lanière de gaze imbibée de glycérine ichtyolée au huitième et *saupoudrée abondamment de naphtaline porphyrisée* (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 230). Depuis lors, ce procédé ne paraît pas avoir été utilisé d'une façon courante. Or, à en juger d'après l'expérience d'un autre confrère russe, M. le docteur N. S. Poliansky (de Tamala), qui a récemment eu l'occasion de l'employer dans 3 cas, l'application intra-utérine de naphtaline mériterait d'attirer l'attention des praticiens, car elle permettrait d'obtenir, après un seul pansement, la guérison de l'endométrite puerpérale, et cela sans qu'il fût nécessaire de recourir au curettage de la matrice. Si l'on tient compte que cette dernière intervention, malgré la simplicité relative de sa technique, n'est pas toujours à la portée du médecin, on comprend que le tamponnement de l'utérus, tel que le pratiquent MM. Kirsner et Poliansky, puisse trouver des indications assez fréquentes.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'estomac.

La notion de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac a été émise pour la première fois par Cruveilhier : cet auteur, tout en indiquant nettement les caractères distinctifs de l'ulcère et du cancer stomacal, avait admis cependant que, chez un sujet prédisposé, l'ulcère pouvait dégénérer en cancer.

Rokitansky, puis Dittrich adoptèrent cette même idée, qui trouva en Zenker et dans son élève Hauser de si ardents défenseurs que, pour eux, presque tous les cancers de l'estomac étaient consécutifs à un ulcère gastrique, que celui-ci fût encore en activité ou qu'il fût représenté seulement par du tissu cicatriciel. Inspirés de ces idées, un très grand nombre de mémoires et de thèses sur le même sujet parurent dans les années qui suivirent le travail de Hauser; mais les cas rapportés, de valeur très inégale, sont loin d'être probants et Kollmar, en 1891, les passant tous au crible d'une observation plus rigoureuse, affirma n'avoir pu en réunir que 14 authentiques; réagissant contre l'opinion régnante en Allemagne, il considère, pour sa part, cette complication de l'ulcère rond comme un fait très exceptionnel.

La plupart de ces travaux — dont il serait trop long de donner ici l'énumération — ont été publiés par des auteurs allemands; les recherches sont beaucoup moins nombreuses en France à cet égard; mais si les cas relatés sont plus rares, ils ne sont pas moins intéressants et, depuis l'observation de Hanot, publiée en 1884, nous avons eu des travaux fort importants, parmi lesquels ceux de M. Letulle, de M. Mathieu, de M. Dieulafoy, de M. Hayem tiennent la première place; les uns et les autres ont fait connaître un certain nombre de cas bien étudiés soit au point de vue anatomique, soit au point de vue clinique.

Les observations ne sont point cependant suffisamment nombreuses encore, la notion de la cancérisation possible de l'ulcère simple de l'estomac n'est pas tellement courante, que nous laissions de côté plusieurs faits de ce genre que nous avons pu observer en un espace de temps relativement court.

I

Voici tout d'abord l'histoire de nos malades; on verra qu'il existe entre eux plus que des analogies, et que les détails cliniques, l'évolution de l'affection présentent une frappante similitude.

Le premier est un homme de soixante et un ans, entré à l'hôpital le 8 février 1901; très bien portant jusqu'il y a un an, sans aucun antécédent pathologique, il ressent à cette époque des troubles gastriques caractérisés surtout par des douleurs apparaissant deux ou trois heures après les repas, douleurs intenses avec irradiations dans la région dorsale, notamment dans la région dorso-lombaire. Ces douleurs, après quelques semaines, s'accompagnèrent de vomissements alimentaires qui survenaient au même moment et qui amenaient un soulagement si manifeste que le malade cherchait à les provoquer lui-même. Ils étaient constitués par les aliments ingérés quelques heures auparavant, mais contenaient parfois aussi des aliments ingérés depuis deux ou trois jours; ils n'étaient jamais très abondants, ni fétides, ne contenaient jamais de sang. Particulièrement accusés après le repas de midi, ils se produisaient parfois dans la soirée, mais avec moins d'intensité.

Lors de son entrée à l'hôpital, le patient présentait un degré très prononcé d'anémie et un amaigrissement considérable; les douleurs étaient toujours intenses, par contre les vomissements beaucoup moins prononcés, car, depuis plusieurs mois, c'est à peine si le malade prenait 1 litre ou 1 litre 1/2 de lait, non pas qu'il eût du dégoût pour les aliments, mais la crainte de souffrir l'empêchait de s'alimenter.

L'examen physique ne révélait du côté de la région épigastrique aucun empâtement, aucune tumeur, l'estomac lui-même ne semblait point dilaté, ne présentait aucune onde péristaltique, mais toute cette région, à la moindre pression, était le siège d'une extrême sensibilité. Le diagnostic porté pendant la vie fut « ulcère chronique de l'estomac », et une abondante hématémèse qui détermina subitement la mort, cinq semaines après l'admission de cet homme, était de nature à confirmer notre diagnostic.

L'autopsie nous montra un estomac très notablement dilaté, surtout au niveau de la grosse tubérosité, contenant plus d'un litre de sang coagulé. A la face interne, au niveau de la petite courbure dans le voisinage immédiat du pylore, à cheval sur elle, et s'étendant sur la face antérieure aussi bien que sur la face postérieure, existait une vaste ulcération allongée, particulièrement dans le sens antéro-postérieur, et d'un diamètre de 12 centimètres environ. Tandis que le fond en était uni, non végétant, fourni surtout par les tuniques musculaires de l'estomac et quelques bandes fibro-épiploïques, le bord était, sur toute la circonférence de l'ulcère, constitué par une saillie formant comme une espèce de glacis qui allait se perdre dans la muqueuse voisine.

Le rebord, ainsi que le fond immédiat de l'ulcère, était manifestement constitué par du tissu lardacé, d'apparence colloïde, en dégénérescence cancéreuse.

Au fond de l'ulcère, enfin, apparaissait un petit caillot brunâtre oblitérant la lumière d'une artériole saillante, dont l'ulcération avait déterminé la gastrorrhagie terminale.

L'orifice pylorique lui-même était indemne, mais le rebord saillant de l'ulcère venait, par voisinage immédiat, en rétrécir la lumière. Les autres organes étaient sains.

Des coupes histologiques pratiquées à la périphérie de l'ulcération, au niveau du bourrelet, et comprenant celui-ci, la muqueuse épaissie qui le recouvrait et une partie du fond de l'ulcère, montraient les particularités suivantes: la muqueuse est atteinte d'une gastrite interstitielle et beaucoup de tubes glandulaires sont étouffés et comprimés par le tissu inflammatoire; dans la partie profonde de la muqueuse, les culs-de-sac glandulaires ont proliféré et se transforment en alvéoles épithéliomateux; quelques-uns de ceux-ci sont situés dans la partie profonde de la muqueuse, d'autres détruisent la *muscularis mucosæ* et vont infiltrer les parties sous-jacentes. Ces alvéoles sont petits et remplis de cellules de dimensions et de forme variables, ayant subi la dégénérescence colloïde.

Quant au fond de l'ulcération, il est constitué par de volumineux tractus fibreux et par de nombreux noyaux cancéreux présentant les caractères de l'épithélioma métatypique en dégénérescence colloïde.

Il semble bien évident — quoique la démonstration histologique soit moins frappante que dans les autres cas qu'il nous reste à signaler — qu'il s'agit ici d'un vaste ulcère dont la périphérie s'est rapidement cancérisée et dont le fond a été progressivement envahi par le néoplasme.

Notre second malade est âgé de quarante-deux ans; il entre à l'hôpital le 18 décembre 1901. Peintre en bâtiments, il n'a jamais eu d'accidents d'intoxication saturnine, mais il présente un léger liseré saturnin. Il est malade depuis trois mois seulement; il a commencé par souffrir de douleurs gastriques survenant souvent à jeun et qui étaient calmées par l'ingestion des aliments, puis ces douleurs réapparurent quelques heures après les repas et devinrent de plus en plus violentes. Souvent elles se terminaient trois heures après l'ingestion des aliments par un vomissement alimentaire; d'abord très intermittents, ces vomissements furent par la suite de plus en plus fréquents et, durant les quinze jours qui précédèrent l'entrée du patient à l'hôpital, ils survenaient d'une façon si constante que le malade ne pouvait presque plus rien conserver. C'est un homme très amaigri, très pâle, très anémié et dont la physionomie exprime la souffrance. Le ventre est déprimé en bateau, les muscles abdominaux sont contractés; aucune tumeur n'est perceptible, l'estomac ne paraît pas dilaté et, du reste, le malade n'ingère que de très minimes quantités de liquide, ou de lait. La douleur est extrêmement vive, presque permanente au niveau de l'épigastre et elle irradie dans la région dorsale, surtout au niveau de la dixième vertèbre qui est particulièrement sensible à la pression.

Peu de temps après son entrée à l'hôpital, cet homme fut pris d'une diarrhée abondante, noirâtre, contenant manifestement du sang altéré, digéré, puis il s'affaiblit progressivement et, malgré les injections de sérum, les lavements alimentaires, il succomba le 19 janvier 1902, quatre mois après le début des premiers accidents gastriques.

L'autopsie permit de constater que l'estomac était dilaté, mais non d'une manière très notable; au palper on sentait, à côté du pylore, à cheval sur la petite courbure, une induration de consistance cartilagineuse. En enlevant l'estomac il se produit, au niveau de cette plaque cartilagineuse, une petite déchirure provenant de la rupture des adhérences de cette masse avec les parties voisines. A l'ouverture de l'estomac on remarque que cette induration correspond à un ulcère de petites dimensions, de 2 centimètres environ de diamètre, dont les bords calleux, cartilagineux presque, taillés à pic, surplombent le fond d'à peu près 6 ou 7 millimètres. Les parties voisines de l'ulcération sont elles-mêmes épaissies et cette induration va, tout au pourtour de l'ulcère, jusqu'à 20 ou 25 millimètres du bord de celui-ci, gagnant aussi la région pylorique, dont l'orifice situé à 8 millimètres environ de la plaque indurée n'est pas par lui-même rétréci.

Macroscopiquement, il s'agit, à n'en pas douter, d'un ulcère avec bords calleux, indurés, et rien ne permet de supposer une dégénérescence cancéreuse. L'examen histologique montre que le fond de l'ulcère est constitué par d'épais tractus fibreux au niveau desquels on trouve des vaisseaux de dimensions variables, dont un est le siège d'une endartérite accusée et dont un autre est entièrement oblitéré par un caillot déjà organisé.

Le bord de l'ulcère est formé dans sa profondeur par des débris de la musculeuse, séparés les uns des autres par des faisceaux de tissu fibreux, surtout par la sous-muqueuse très épaissie, dans laquelle on trouve, au voisinage immédiat de l'ulcération, quelques travées cancéreuses. La muqueuse, au niveau du rebord de l'ulcère, n'existe plus; elle n'est représentée que par quelques restes de tubes glandulaires perdus au milieu d'un tissu fibreux dans lequel sont disséminés de petits amas de cellules cancéreuses; ici, le néoplasme a pris le type de l'épithélioma métatypique diffus.

En s'éloignant du rebord de l'ulcère la muqueuse apparaît d'autant plus saine que l'on examine une région plus distante; là, on constate que la seule lésion manifeste est une gastrite interstitielle accusée surtout à la surface, les glandes étant plus ou moins respectées dans la profondeur et présentant encore une assez grande quantité de cellules de bordure reconnaissables à leur forme, à leur volume et à leur protoplasma coloré.

Ajoutons qu'il n'y avait aucune lésion des autres organes, si ce n'est que quelques ganglions, dans le voisinage de la petite courbure, présentaient, ainsi que l'a montré l'examen histologique, un début de cancérisation.

Voici donc un cas d'ulcère calleux dont rien ne

permettait de supposer qu'il présentât de la dégénérescence cancéreuse et qui, néanmoins, en quelques points, assez limités, il est vrai, était cancérisé sur ses bords.

Notre troisième observation est relative à un homme de soixante-dix-huit ans, qui entra à l'hôpital le 4 mars 1903, offrant tous les symptômes d'une affection hépatique (ascite, œdème des membres inférieurs, gros foie, etc.) et qui succomba, après une amélioration passagère, à des symptômes de péritonite au bout de quarante-huit heures de maladie. Le diagnostic porté pendant la vie avait été « cancer du foie, probablement secondaire à un épithélioma stomacal ». On relevait dans les antécédents l'existence de troubles gastriques survenus vingt ans auparavant, caractérisés par des douleurs et des vomissements et qui avaient disparu; depuis lors cet homme s'était bien porté et n'était, disait-il, malade que depuis peu de semaines, époque à laquelle étaient revenus des vomissements, en même temps que l'ascite faisait son apparition.

A l'autopsie, outre un foie considérablement augmenté de volume et farci littéralement de masses cancéreuses, nous trouvâmes, sur la face antérieure de l'estomac, au niveau de la petite courbure, dans le voisinage immédiat de l'anneau pylorique, une perforation taillée à l'emporte-pièce et ayant environ 5 millimètres de diamètre.

Lorsqu'on ouvre l'estomac en suivant la grande courbure, on rencontre, à 25 millimètres de l'orifice pylorique sensiblement rétréci, une ulcération à cheval sur la petite courbure, mais empiétant beaucoup plus sur la face postérieure que sur la face antérieure de l'estomac; son plus grand diamètre est de 7 centimètres, son plus petit de 3 centimètres, et elle a une forme en oreille.

La majeure partie du fond de l'ulcère (*fig. 1*), celle qui correspond à la face postérieure de l'estomac, est constituée en bas par la troisième portion du duodénum et plus haut par le corps du pancréas; ces deux organes sont soudés entre eux. La perforation est située à peu près exactement au niveau du bord supérieur de ce viscère.



Fig. 1. — Coupe du bord de l'ulcère; a, fond de l'ulcère; *musc*, musculaire; *m.*, muqueuse; *m.m*, *muscularis mucosæ*; *c.*, alvéoles cancéreux.

Les bords de l'ulcère ont une consistance très dure, comme cartilagineuse; ils sont formés, ainsi que le montre l'examen histologique, profondément par la musculeuse très développée, par la sous-muqueuse constituant une épaisse bande de tissu scléreux et enfin, à la partie superficielle, par la muqueuse.

On constate de même que la partie la plus superficielle de la sous-muqueuse est — juste dans le voisinage de l'ulcère — envahie par du tissu néoplasique, et on peut se rendre compte que le point de départ en est dans les culs-de-sac glandulaires de la muqueuse; ceux-ci se transforment en alvéoles carcinomateux et envahissent la couche sous-jacente en détruisant la *muscularis mucosæ;* l'épithélioma a pris le type de l'épithélioma alvéolaire à petites cellules, avec stroma fibreux très épaissi.

Ce qui n'est pas le moins intéressant à noter, c'est, d'une part, l'absence complète de travées cancéreuses dans le fond de l'ulcère et, d'autre part, l'épaississement très manifeste de la muqueuse au pourtour de l'ulcère, épaississement qui forme presque, en certains endroits, une sorte de végétation. Cette muqueuse présente, outre un léger degré de gastrite interstitielle, une multiplication des tubes glandulaires qui contiennent de nombreuses cellules de bordure (*fig. 2*). Nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits.

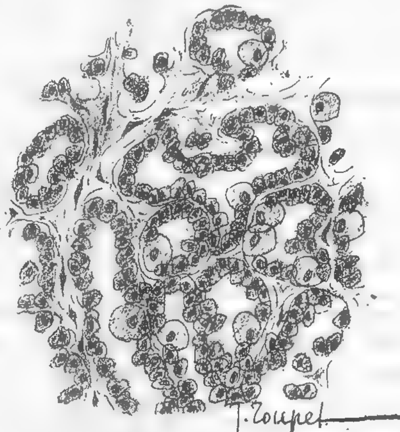


Fig. 2. — Muqueuse de l'estomac en dehors de la zone cancérisée.

Quant à la partie de la muqueuse avoisinant le bord de l'ulcération, elle est en grande partie détruite et ses débris sont infiltrés de nombreuses cellules embryonnaires.

Il s'agit ici, à n'en pas douter, d'une cancérisation des bords de l'ulcère, bien limitée à cette région-là, alors que le fond est resté absolument indemne.

II

Les trois observations que nous venons de relater n'ont pas une égale valeur. Les deux dernières montrent d'une façon très caractéristique le développement du cancer sur les bords d'un ulcère chronique; dans les deux, les caractères macroscopiques étaient tels qu'il était impossible, sans le secours du microscope, de savoir s'il s'agissait d'un ulcère calleux ou d'un ulcère en dégénérescence cancéreuse, que l'existence, dans un cas, d'adénopathies, de lésions secondaires du foie dans l'autre, permettait toutefois de supposer.

Notre première observation est moins démonstrative, car la dégénérescence cancéreuse est déjà très avancée; elle a envahi et déformé les bords de l'ulcération, envahi également le fond de celle-ci et cependant il n'en reste pas moins l'impression bien nette qu'il s'agit d'un ulcère dégénéré. La forme de la perte de substance, son fond lisse et sec, adhérent aux parties voisines, et enfin l'existence, à ce niveau, d'une petite artère béante, ulcérée, cause d'une gastrorrhagie mortelle, ce sont là des particularités propres à l'ulcère et non pas au cancer.

Quoi qu'il en soit, on retrouve dans ces trois observations les caractères anatomiques qui appartiennent à l'ulcère chronique de l'estomac : la lésion a toujours ce même siège de prédilection de l'ulcère gastrique, la région prépylorique, elle est à cheval sur la petite courbure, envahit les deux faces de l'estomac, tantôt d'une façon à peu près égale, tantôt lésant de préférence l'une des deux, surtout la postérieure. La forme est presque toujours la même : semi-lunaire, en croissant ou en pavillon d'oreille (Hayem), le bord excavé regardant le côté stomacal; ses dimensions sont variables, mais le plus souvent le diamètre antéro-postérieur est plus considérable que le diamètre transversal.

L'aspect macroscopique de l'ulcère, dans les cas simples, lorsque l'envahissement cancéreux n'a touché ni le fond, ni les parties voisines, est tout à fait ce que l'on observe dans l'ulcère chronique de l'estomac : les bords sont taillés à pic, souvent épaissis, calleux, et cette induration s'étend à une certaine distance sur les parois gastriques; ils surplombent le fond de l'ulcère qui lui-même est lisse, sec, non mamelonné, et formé soit par les reliquats des parois de l'estomac, soit par la symphyse des bords de l'ulcère avec l'épiploon sous-jacent et les organes voisins : le foie, le pancréas surtout. Enfin, pour que l'identité de structure avec l'ulcère chronique soit complète, on aperçoit parfois dans le fond de l'ulcération soit une perforation, comme c'était le cas chez notre troisième malade, soit une artère ulcérée, comme dans notre première observation.

Quand la dégénérescence cancéreuse est plus avancée, on comprend que l'aspect de la lésion primitive soit considérablement modifié; tantôt le fond est envahi par le néoplasme, tantôt ses bords sont végétants, ulcérés, et il peut être fort difficile de reconnaître et surtout de prouver qu'un ulcère a préexisté au développement du cancer.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question ont signalé deux combinaisons possibles de l'ulcère et du cancer : on trouve un cancer de l'estomac et, à distance, une cicatrice d'ulcère ou un ulcère en activité, ou bien le cancer se développe au niveau même de l'ulcère.

C'est à cette dernière variété qu'appartiennent les 3 faits que nous venons de relater et si l'on relit les observations publiées au cours de ces dernières années, celles de MM. Dieulafoy, Mathieu, Hayem, Krokievicz, etc., on verra qu'il s'agit dans toutes de cancer développé sur les bords mêmes, *in situ*, d'un ulcère gastrique; le siège constamment le même de cette lésion dans le voisinage immédiat du pylore lui a fait attribuer par M. Hayem la dénomination d'*ulcéro-cancer prépylorique*.

Cela ne veut point dire que l'on ne puisse pas observer des ulcères dégénérés en d'autres régions de l'estomac, mais la fréquence de cette lésion dans le voisinage du pylore est incontestable; peut-être, ainsi que le fait remarquer M. Hayem, cela tient-il non seulement à ce que l'ulcère prépylorique est le plus fréquent des ulcères chroniques de l'estomac, mais encore à d'autres facteurs et vraisemblablement aux causes d'irritation multiples auxquelles aucune région de l'estomac plus que la région pylorique n'est constamment exposée et qui peuvent favoriser le développement d'un néoplasme à ce niveau.

Quant à l'étude histologique de la cancérisation de l'ulcère chronique, elle est surtout instructive quand le néoplasme est peu développé, car on peut alors saisir nettement le mode de début du processus cancéreux. C'est ainsi que l'on pouvait se rendre compte, dans la deuxième et la troisième de nos observations, que le point de départ de la cancérisation se trouvait dans les culs-de-sac des glandes de la muqueuse avoisinant le bord de l'ulcère; dans notre troisième cas, la lésion y était même extrêmement limitée et cependant elle avait donné lieu à une généralisation secondaire hépatique très étendue. Là, on voyait tout d'abord les culs-de-sac glandulaires allongés et la muqueuse épaissie. Sa partie superficielle était le siège d'une gastrite interstitielle plus ou moins prononcée, tandis que les glandes dans la profondeur étaient les unes dilatées, les autres remplies de cellules cylindriques; à côté d'elles, puis perforant la musculaire de la muqueuse, on voit des alvéoles qui sont remplis de ces éléments cellulaires déjà modifiés, plus aplatis, métatypiques, alvéoles que limite un tissu scléreux épaissi.

L'aspect de ces lésions histologiques était le même dans les cas de M. Mathieu, de M. Hayem, où l'on voyait fort bien la transformation progressive des tubes glandulaires en tissu épithéliomateux.

Il ne semble donc pas douteux, de par les caractères anatomiques que nous venons d'indiquer, qu'il s'agisse bien réellement d'ulcères en transformation cancéreuse. M. Duplant (1) cependant a mis en doute la possibilité de cette greffe cancéreuse sur un ulcère non cicatrisé, et avec son maître M. Tripier il admet qu'il s'agit d'une variété particulière d'épithélioma ulcéré. Les arguments invoqués à l'appui de cette thèse ne sont point irréfutables; en effet, il n'est point exceptionnel, contrairement à ce qu'affirment MM. Tripier et Duplant, que le fond de l'ulcère soit entièrement respecté par le cancer et que, d'autre part, une partie seulement du pourtour de l'ulcération soit envahie par le néoplasme. Et même en dehors de ces objections il est vraiment bien difficile, en présence d'une ulcération aux bords si caractérisés, dont le fond, indemne de toute cancérisation, est représenté par la symphyse des bords de l'ulcère avec les organes voisins, dont la cancérisation est si nettement limitée au rebord de la muqueuse avec envahissement partiel de la seule sous-muqueuse, de ne pas admettre la greffe possible du cancer sur l'ulcère chronique!

III

Si la cancérisation de l'ulcère nous paraît une chose difficilement réfutable, il faut cependant reconnaître qu'il existe peut-être certains néoplasmes de l'estomac dont le développement se fait en même temps que leur ulcération, ou bien encore qu'il existe certains ulcères d'une pathogénie spéciale qui les expose beaucoup plus que d'autres à une rapide cancérisation. Il est, en effet, difficile de dire quel est de ces deux processus, l'ulcération ou la cancérisation, celui qui a débuté. Voici, par exemple, un fait qui mériterait véritablement le nom de faux ulcère de l'estomac :

Il s'agit d'un homme dont l'histoire clinique est très analogue à celle de nos autres malades; âgé de trente-cinq ans, il souffrait de troubles gastriques depuis dix-huit mois, troubles caractérisés par de vives douleurs épigastriques survenant après les repas, irradiant dans la région postérieure, surtout au voisinage de la colonne lombaire, où la pression de la partie externe de la deuxième vertèbre est particulièrement sensible.

Depuis le début de l'affection les douleurs ont continué avec la même intensité et rien n'a pu les atténuer. Parfois sont survenus des vomissements alimentaires, soulageant le patient, mais ils ont été plutôt exceptionnels.

Lors de son entrée à l'hôpital, dix-sept mois après le début de la maladie, cet homme était extrêmement émacié et avait quelques vomissements constitués soit par le lait qu'il avait ingéré, soit par un liquide teinté de sang, d'une très grande acidité (3.30 ‰) et contenant une forte proportion d'acide chlorhydrique libre (1.41 ‰).

L'examen de l'estomac ne dénotait ni dilatation prononcée de cet organe, ni contractions péristaltiques; on constatait seulement, un peu au-dessus de la région ombilicale, l'existence d'une petite masse indurée, arrondie, lobulée, appliquée au devant de la colonne vertébrale, que l'amaigrissement extrême du malade permettait facilement de percevoir et que nous pensâmes être formée par des ganglions lymphatiques. Ce fait et, en outre, la marche de l'affection, les douleurs extrêmement violentes ressenties par le patient, nous firent porter le diagnostic d'ulcère probablement cancérisé.

Le malade succomba un mois après son admission à l'hôpital, non sans avoir, quelques jours auparavant, présenté un petit vomissement de matières puriformes que nous supposâmes provenir d'un petit abcès périgastrique, développé au niveau de la surface ulcérée de l'estomac.

L'autopsie nous montra, dans le voisinage immédiat de l'orifice pylorique, au-dessous de la petite courbure, l'existence d'une ulcération de 5 à 6 centimètres de diamètre, formée aux dépens de la face postérieure de l'estomac, dont le fond était constitué par le pancréas et dont les bords étaient formés par la muqueuse de l'estomac soudé à cet organe; contrairement à ce que l'on voit ordinairement dans l'ulcère gastrique, les bords n'étaient point taillés à pic, mais formaient une sorte de collerette à forme de bourrelet saillant qui était beaucoup moins prononcé du côté stomacal de l'ulcère.

Dans le voisinage du côté duodénal de l'ulcère existait un petit pertuis large de quelques millimètres, conduisant dans une cavité creusée aux dépens du tissu pancréatique et remplie de bouillie purulente, véritable abcès qui s'était ouvert dans la cavité de l'estomac pendant les derniers jours du malade.

On trouvait, en outre, enveloppant le tronc cœliaque et adhérant aux plexus nerveux, une masse de ganglions cancéreux, ainsi que quelques gros noyaux de cancer disséminés dans le foie.

L'examen histologique révélait des particularités fort intéressantes et tout à fait différentes de celles que nous avons rencontrées dans les trois premiers cas. Tout d'abord (*fig. 3*), on remarque sur une coupe comprenant une partie du fond de l'ulcération, ainsi que le bourrelet qui la limite et la surplombe, que celui-ci est constitué par des noyaux de tissu cancéreux, représentés par des masses que limite du tissu conjonctif fibreux et qui sont formées par des cellules épithéliomateuses, les unes vaguement cylindriques, les autres — et c'est le plus grand nombre — de forme variable, arrondies ou allongées. Leur protoplasma est presque incolore, quelquefois légèrement vitreux et elles contiennent un ou deux noyaux colorés d'une façon intense. Réunies par petits groupes séparés les uns des autres par des travées de mince tissu conjonctif, elles présentent le type de l'épithélioma métatypique alvéolaire.

Tandis que les cellules de la périphérie des masses cancéreuses sont encore colorées, celles du centre sont en voie de dégénérescence et se colorent à peine. Quant à la paroi de l'estomac, qui vient, pour ainsi dire, se perdre dans le bourrelet néoplasique, on constate, si on l'étudie en un point éloigné de ce bourrelet, qu'elle est constituée en allant de dedans en dehors (*fig. 4*) par la muqueuse formée par des glandes tout à fait analogues aux glandes de Brunner, avec tubes lobulés remplis d'épithélium clair, à noyau basal; leur tissu de soutènement est épaissi, proliféré, formant de véritables villosités. De ces glandes, les unes sont normales, les autres kystiques, d'autres enfin, en transformation cancéreuse, sont bourrées de cellules de forme cylindrique, un peu aplaties, fortement colorées; à côté on distingue de véritables alvéoles cancéreux.

Au-dessous de la muqueuse se trouve la *muscularis mucosæ*, à travers laquelle passent des glandes de Brunner qui, au-dessous d'elle, forment une seconde couche glandulaire offrant, en certains points, les mêmes lésions que la couche superficielle. Enfin, au-dessous de cette couche glandulaire sous-muqueuse, on reconnaît les deux couches de la tunique musculaire sensiblement épaissies.

Si on poursuit la paroi de l'estomac au niveau du bourrelet, on la voit pour ainsi dire se dissocier dans son épaisseur et on retrouve encore là, dans la profondeur, des tubes brunnériens, les uns presque sains, les autres en voie de cancérisation, à côté d'alvéoles cancéreux.

Ajoutons que dans le fond de l'ulcère existaient de nombreux noyaux cancéreux, à côté de gros trousseaux fibreux et de reliquats de lobules pancréatiques.

D'autres coupes faites dans le voisinage et à une certaine distance de l'ulcère ont montré qu'à 25 millimètres du rebord de celui-ci, du côté pylorique, existait un épaississement très notable de la muqueuse de l'estomac, formé par de gros placards brunnériens intra et sous-muqueux, tandis que des fragments de la paroi stomacale pris en d'autres régions ne révélaient que l'existence d'une gastrite, mixte à la surface, surtout parenchymateuse dans la profondeur, avec multiplication prononcée des cellules de bordure.

L'étude de ce cas montre tout

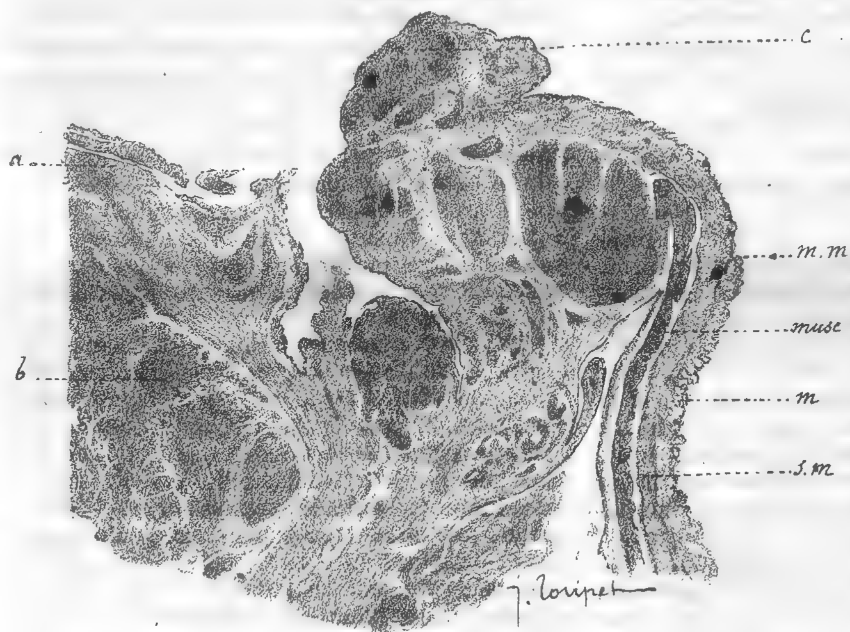


Fig. 3. — Coupe de l'ulcère et du bourrelet qui le surplombe; *a.*, fond de l'ulcère; *b.*, lobules pancréatiques; *c.*, nodule cancéreux; *m.*, muqueuse; *sm.*, sous-muqueuse; *mm.*, *muscularis mucosæ*; *musc.*, musculaire.

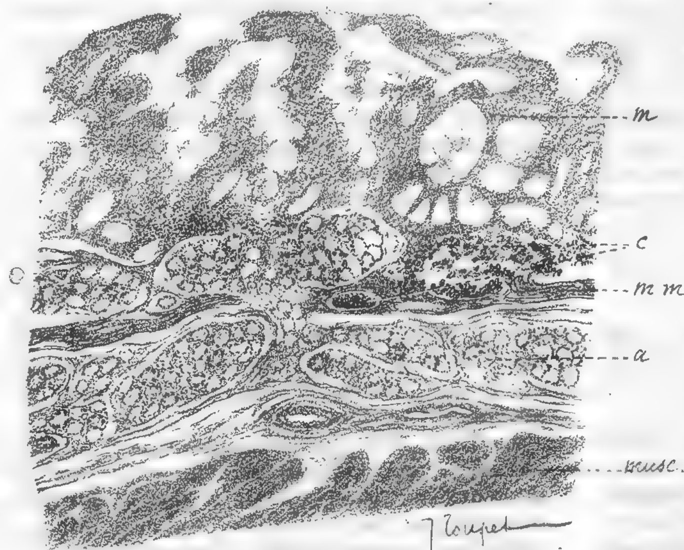


Fig. 4. — *m.*, muqueuse adénomateuse; *c.*, glandes brunnériennes cancérisées; *mm.*, *muscularis mucosæ*; *a*, tubes brunnériens situés dans la sous-muqueuse; *musc.*, musculaire.

(1) Duplant. De la prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer (étude anatomo-pathologique). (*Thèse de Lyon*, 1898.)

d'abord que la formation adénomateuse n'est pas une lésion secondaire au développement de l'ulcéro-cancer ; en effet, ce n'est pas seulement dans le voisinage que l'on retrouve les amas brunnériens, mais même en plein néoplasme, et jusque dans le bourrelet circonscrivant l'ulcération gastrique; on saisit également avec une grande netteté le début de la transformation de l'adénome en cancer; celui-là préexistait certainement à celui-ci.

Des cas tout à fait identiques ont été relatés d'abord par M. Hayem, par M. Soupault, puis par MM. Socca et Bensaude, sous le nom de *polyadénomes à type brunnérien*. Cette dénomination a été donnée à cette variété de tumeur bénigne de l'estomac pour indiquer que, contrairement à ce que l'on observe dans l'adénome classique (Cornil et Ranvier, Brissaud, Ménétrier, etc.), elle est constituée exactement sur le type des glandes de Brunner.

Quelle en serait l'origine ? Pour M. Hayem, il s'agit soit — quand la tumeur siège dans la région pylorique — d'une hypertrophie envahissante des glandes de Brunner situées souvent au niveau de cette valvule, soit — lorsque le néoplasme s'est développé ailleurs — d'une transformation des glandes préexistantes. Pour MM. Socca et Bensaude, au contraire, le point de départ de cette variété de polyadénome serait à chercher dans la présence anomale de glandes de Brunner dans la paroi gastrique; ce serait une sorte de malformation assez analogue à celle qu'ont constatée MM. Klob, Gegenbaur et d'autres qui, dans les parois de l'estomac, ont rencontré de petits pancréas accessoires.

En tous cas, il est certain que les polyadénomes brunnériens offrent avec l'ulcère et le cancer des rapports incontestables.

Sur les deux observations de M. Hayem, une fois le polyadénome présentait deux ulcères, dont un perforé, et une autre fois un ulcère cancérisé; dans le fait de MM. Socca et Bensaude, la plaque adénomateuse était également ulcérée et à ce niveau on trouvait un début de cancérisation. Chez notre malade enfin la cancérisation et l'ulcération existaient simultanément sans qu'on pût dire lequel des deux processus avait débuté; on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses. Il est toutefois permis de supposer que si, comme nous le suggère l'étude de ces différents cas, le processus ulcéreux a été le premier en date, le développement du cancer l'a bien rapidement suivi ou même a simultanément évolué.

Macroscopiquement et histologiquement, en effet, la lésion est bien différente de celle qui existait dans les trois premiers faits que nous avons relatés et qui concernent à proprement parler des ulcères cancérisés. Ici, au contraire, pas de lésions inflammatoires chroniques comme dans l'ulcère, pas de bords taillés à pic, de fond en cratère; non, le fond est tomenteux, mamelonné, les bords sont décollés, renflés sur eux-mêmes. Jamais la dénomination d'ulcéro-cancer ne pourrait trouver une meilleure application que pour une lésion de ce genre. Quoi qu'il en soit, on peut, de l'étude anatomique de ce fait, retenir qu'à côté de l'ulcère chronique qui se transforme en cancer, il existe une autre lésion dans laquelle les deux processus évoluent presque simultanément.

IV

Est-il possible d'établir cliniquement le diagnostic de la cancérisation d'un ulcère stomacal ? Telle est la question que nous avons maintenant à résoudre.

Les circonstances sont variables, et cela est facilement compréhensible, car tantôt on ne songe qu'à l'existence d'un cancer de l'estomac, tantôt, au contraire, on pose seulement le diagnostic d'ulcère gastrique, suivant que l'une ou l'autre de ces deux lésions présente des symptômes caractéristiques prédominants. S'agit-il d'un néoplasme greffé sur un reliquat ou même sur une cicatrice d'ulcère stomacal, on conçoit que le diagnostic ne puisse être formulé que sur la table d'amphithéâtre. Si, au contraire, la cancérisation est encore tout à son début, se développe sur les bords d'un ulcère en activité, aucun symptôme révélateur de ce nouveau processus pathologique ne permettra d'en établir l'existence pendant la vie.

Seules parfois, dans l'une ou l'autre hypothèse, quelques particularités cliniques pourront inopinément surgir et être assez caractéristiques pour donner à penser qu'il s'agit, soit d'un cancer développé sur un ulcère, soit d'un ulcère en voie de cancérisation. Tel était, par exemple, le cas d'un de nos malades, dont nous avons plus haut rapporté l'histoire, et chez lequel l'apparition brusque d'une perforation stomacale, au cours d'un cancer hépatique secondaire, devait faire supposer l'existence, non pas d'un carcinome simple de l'estomac, mais bien d'un cancer greffé sur un ulcère gastrique.

De même, une hématémèse abondante, fait si rare dans le cancer de l'estomac, laissera supposer que celui-ci s'est développé non pas sur une muqueuse jusque-là indemne, mais bien sur une ulcération gastrique.

A vrai dire, ces cas sont assez exceptionnels. Mais s'il est difficile d'affirmer l'existence de la cancérisation de l'ulcère gastrique, il est cependant le plus souvent permis de la soupçonner, en tenant compte d'un certain nombre de symptômes assez caractéristiques et qui sont signalés dans la plupart des observations.

Or, ce diagnostic n'est point sans importance, car si, au cours d'un cancer avéré, il n'est peut-être pas d'un très grand intérêt pratique de savoir que ce cancer s'est développé au niveau d'un ulcère de l'estomac, ce qui ne change en rien le pronostic ni la thérapeutique, il n'en est point de même si l'on peut surprendre le début de la cancérisation de l'ulcère. En effet, seulement à cette période, on pourra peut-être fonder quelque espérance sur une intervention chirurgicale hâtive, inutile ou impraticable lorsque la maladie sera arrivée à un stade plus avancé de son évolution.

Théoriquement, il devrait exister dans l'histoire de l'ulcéro-cancer deux périodes, une période où l'ulcère est en activité, existe seul, une seconde qui correspond à sa cancérisation. S'il en est ainsi dans certains cas où l'on voit que, pendant plusieurs mois, plusieurs années, un malade a présenté les symptômes de l'ulcère rond, qu'il en a ou non guéri, et qu'ultérieurement chez lui sont apparus les signes cliniques du cancer de l'estomac, il faut reconnaître que le plus souvent il en va autrement.

Dans quelques-unes des observations de M. Hayem, dans la plupart des nôtres, l'évolution a été très différente. Les deux périodes, celle de l'ulcération, celle de la cancérisation, se sont tellement confondues l'une avec l'autre qu'il n'est point possible de dire à quelle époque la seconde a commencé. Dans tous les cas, le diagnostic qui semblait s'imposer était celui d'ulcère chronique, de telle sorte que la cancérisation n'en était qu'une complication, assez caractéristique cependant pour qu'elle pût être, sinon affirmée d'une façon absolue, tout au moins supposée avec beaucoup de probabilité.

Or, comme l'évolution totale a toujours été rapide (elle a varié de trois mois à dix-huit mois en tout), il faut bien admettre ou que pendant longtemps — ce qui est possible — l'ulcère a été latent, ou bien que la cancérisation s'est faite d'une façon précoce, seconde hypothèse qui n'est pas plus invraisemblable que la première.

Au total, les symptômes dominants ont été ceux de l'ulcère chronique avec son cortège de douleurs, de vomissements, mais accompagnés de quelques particularités cliniques qui permettaient de soupçonner cependant qu'il ne s'agissait pas d'un ulcère rond classique.

Les douleurs occupent une place importante dans la symptomatologie ; elles sont, au début, tout à fait identiques à celles qu'on observe dans l'ulcère de l'estomac, apparaissant ou peu après l'ingestion des aliments, ou deux ou trois heures plus tard, durant plus ou moins longtemps, jusqu'au moment où l'estomac s'est, par un vomissement, débarrassé de son contenu. Mais, à une période plus avancée de la maladie, et malgré la thérapeutique généralement si efficace dans l'ulcère, on les voit persister avec ténacité et durer jusqu'au dernier jour de la vie avec une intensité telle qu'elles arrachent des cris aux malades. Elles n'ont plus alors ce caractère d'intermittence qui leur était propre, mais elles sont presque continuelles, siégeant à l'épigastre, où les téguments sont parfois d'une extrême sensibilité, et irradiant dans les côtés, dans la région dorsale surtout, au voisinage des dernières vertèbres dorsales ou des premières lombaires.

La persistance et la continuité de ces douleurs malgré le régime, la diète, les médications appropriées, leur intensité véritablement angoissante, nous paraissent avoir ici un caractère assez pathognomonique. Ce n'est plus la douleur de l'ulcère, se calmant souvent par le vomissement ou par l'attitude spéciale que prend le malade; ce n'est pas non plus celle du cancer qui n'est jamais très violente, qui fait même souvent défaut.

Peut-être a-t-elle quelque chose de spécial et pourrait-on en expliquer l'intensité et la continuité par certaines lésions anatomiques : envahissement par le cancer de la surface ulcérée, des diverses tuniques de la paroi stomacale? . . . .

Un second signe qui a également son importance, c'est l'inappétence presque absolue des malades, inappétence qui n'appartient pas à l'ulcère et qui est moins élective peut-être que dans le cancer. Refusant toute nourriture par dégoût, et par crainte aussi de voir s'exagérer les douleurs dont il souffre, le patient s'inanitie rapidement et ce n'est pas un des moins importants symptômes de l'ulcéro-cancer que l'amaigrissement extrême, l'émaciation profonde que présentent ces malades. Ils sont bien plus amaigris, anémiés, épuisés par leurs souffrances, qu'ils ne sont cachectisés.

Ce qui contribue encore à leur rapide amaigrissement, ce sont les vomissements. Ceux-ci sont rarement abondants, mais ils se répètent fréquemment. Ils sont constitués par les quelques rares aliments ingérés, débris de lait coagulé ou toute autre chose, mais n'ont pas ce caractère fétide qu'ils présentent souvent dans la sténose cancéreuse du pylore. Et cela se comprend aisément, car l'intolérance de l'estomac est telle que peu d'aliments y séjournent longtemps et que les fermentations secondaires ne s'y produisent point.

Le vomissement est non seulement alimentaire, mais il peut offrir souvent aussi des caractères particuliers : il est parfois teinté de sang noirâtre, ou encore, ainsi que ce fut le cas pour un de nos malades, constitué par une si grande quantité de sang que la mort subite en est la conséquence.

Ayant la même valeur diagnostique que la gastrorrhagie, on observe souvent, comme chez deux de nos patients, des selles noirâtres, manifestement colorées par du sang altéré; souvent le caractère mélænique de ces selles persiste bien des jours et c'est là encore un symptôme qui, ajouté aux autres, n'est pas sans importance. Ce n'est point cependant que le melæna soit exceptionnel dans l'ulcère de l'estomac, mais il dure moins longtemps; en effet, en pareil cas, l'hémorrhagie qui se fait par la voie intestinale est le plus souvent due à une ulcération artérielle; elle survient brusquement, peut être très abondante, mais se prolonge peu. Dans l'ulcère cancérisé, tout au contraire, l'hémorrhagie, due le plus souvent à la congestion du réseau capillaire superficiel, est moins abondante, mais persiste souvent pendant un temps fort long. . . . .

Quant à l'examen local, il ne fournit le plus habituellement que fort peu de renseignements permettant de supposer qu'un ulcère stomacal est en voie de cancérisation.

Le ventre est douloureux à la pression, difficilement explorable; pût-on même faire facilement l'examen de l'épigastre, on ne trouverait que rarement une tumeur ou une induration caractéristique. Il est certain que si, comme chez un de nos malades, on constate la présence soit de noyaux secondaires développés au niveau du foie, soit de masses ganglionnaires, le diagnostic, d'hypothétique qu'il était, prend d'emblée un caractère de certitude absolue. L'estomac lui-même ne présente qu'exceptionnellement une dilatation sensible et dans la plupart des cas on n'a jamais noté l'existence de ces ondes péristaltiques, de ces ondulations gastriques si caractéristiques de la sténose du pylore. Cependant cet orifice se montre généralement rétréci d'une façon sensible, puisque la lésion, ainsi que nous l'avons dit, a son siège de prédilection au niveau de la région prépylorique; cette absence de symptômes tient à la grande intolérance de l'estomac, à l'hyperesthésie dont il est le siège, et à la fréquence des vomissements qui ne permettent point aux aliments d'y séjourner.

Il ne faut pas non plus pour établir ce diagnostic compter beaucoup sur l'étude du chimisme gastrique. Il est d'abord souvent impossible de faire une exploration avec la sonde; l'affaiblissement du malade, les douleurs qu'il accuse, la crainte de voir se produire une complication sont des raisons souvent péremptoires qui font repousser ce mode d'examen. Mais, lorsque le chimisme gastrique peut être étudié, les renseignements qu'il nous fournit sont-ils réellement très caractéristiques?

On sait, d'une façon générale, que l'hypochlorhydrie est la règle dans le cancer (54 fois sur 55) et l'hyperchlorhydrie dans l'ulcère. Or, si, dans un cas où le diagnostic de cancer semble s'imposer, l'existence d'une hyperchlorhydrie est nettement constatée, ce sera alors un symptôme important à ajouter aux autres pour supposer avec vraisemblance qu'il s'agit non d'un cancer primitif, mais bien plutôt d'un cancer développé au niveau d'un ulcère en activité. M. Thiersch, M. Sticker, et surtout M. Rosenheim, d'autres encore, MM. Waetzoldt, Eisenlohr, Koch ont signalé, dans des faits de ce genre, l'existence d'une hyperchlorhydrie ayant persisté jusque dans les derniers jours de la vie.

Malheureusement, comme dans l'immense majorité des cas il importe surtout de savoir si l'on est en présence d'un ulcère simple chronique ou d'un ulcère en voie de cancérisation, la constatation de cette hyperchlorhydrie n'est pas d'un très grand secours.

Plus important serait de constater une hypochlorhydrie succédant à une hyperchlorhydrie; il en est parfois ainsi (Krokiewicz), mais ces cas sont rares et ce n'est pas une des choses les moins curieuses que de voir l'hyperchlorhydrie persister jusqu'aux derniers jours de la vie. M. Eisenlohr et M. Jürgensen ont fait cette constatation l'un dix jours, l'autre dix-neuf jours avant la mort de leurs malades.

En d'autres termes, dans l'ulcère cancérisé, le chimisme gastrique peut encore longtemps conserver les caractères qu'il présentait dans la période ulcéreuse ou pré-ulcéreuse de la maladie.

Tel était le cas, par exemple, pour un de nos patients qui, peu de temps avant sa mort, avait eu des vomissements d'une extrême acidité (3.30 ‰) et contenant 1.41 ‰ d'acide chlorhydrique libre.

D'autre part, l'ulcère chronique serait, dit-on, parfois susceptible de se compliquer de gastrite chronique et d'hypochlorhydrie, de sorte que, on le voit, l'étude du chimisme stomacal peut ne pas fournir toujours d'utiles renseignements pour le diagnostic. Dans la majorité des cas, cependant, la règle reste celle que nous venons d'établir.

Il n'y a là, d'ailleurs, rien qui doive nous étonner, car les lésions de la muqueuse stomacale dans l'ulcère qui se cancérise paraissent être bien différentes de celles que l'on peut étudier au niveau d'un estomac atteint de cancer primitif. Dans le premier cas, ainsi que l'avait déjà fait remarquer M. Rosenheim, ainsi que l'a dit plus récemment M. Bökelmann, ainsi que nous avons pu nettement le constater dans nos cas, la muqueuse conserve les caractères qu'elle présente dans l'ulcère gastrique : elle est le plus souvent épaissie, souvent plissée sur elle-même, ses glandes sont développées et contiennent dans la région du pylore, à côté des cellules principales, un grand nombre de cellules de bordure, tout comme dans la gastrite parenchymateuse; s'il existe des lésions interstitielles, on les trouve toujours peu développées et le plus souvent localisées dans la partie la plus superficielle de la muqueuse. Dans le cancer primitif de l'estomac, tout au contraire, la muqueuse gastrique — chose curieuse et peu expliquée encore — présente des lésions prononcées de gastrite chronique interstitielle avec atrophie des glandes et transformation muqueuse des éléments cellulaires.

On comprend donc que, le plus souvent, dans le cancer développé sur un ulcère, le chimisme gastrique dénotera une hyperchlorhydrie parfois accusée, celle-ci n'étant en réalité que la conséquence de la gastrite parenchymateuse préexistante qui, selon toute probabilité, joue le plus grand rôle dans la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac. A un stade avancé de la maladie, on s'explique que les lésions interstitielles et dégénératives qui peuvent se développer soient susceptibles de modifier l'état de la sécrétion gastrique, mais il est certain cependant que ces cas sont plutôt rares et que l'hyperchlorhydrie est la règle, au point qu'on pourrait dire que tout cancer s'accompagnant de cette modification du chimisme gastrique est vraisemblablement un ulcéro-cancer.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de l'ulcère en voie de cancérisation présente généralement de très grandes difficultés de diagnostic, si bien que M. Boas a pu dire que c'était toujours un diagnostic d'autopsie.

Il y a là vraisemblablement une part d'exagération et, dans nombre de cas, on peut le soupçonner avec beaucoup de chances de ne point se tromper. Lorsque, en présence d'un malade qui a offert les symptômes classiques de l'ulcère, on voit les douleurs persister, tenaces, violentes, lorsque l'amaigrissement, l'anémie surtout se prononcent et s'accusent davantage, lorsque surviennent les vomissements incessants, les gastrorrhagies noirâtres, le melæna, on devra songer à la possibilité d'une cancérisation. Cliniquement, on a l'impression qu'il s'agit non pas d'un cancer stomacal, dont le début est le plus souvent insidieux, dont les douleurs sont moins vives, dont l'anémie est moins prononcée, mais qu'il ne faut pas non plus penser à un ulcère gastrique, généralement moins douloureux, plus tolérant et surtout plus susceptible de se modifier sous l'influence de la thérapeutique et du régime diététique.

Moins rare peut-être qu'on ne la croit, puisque nous en avons observé 4 cas en peu de temps, la transformation cancéreuse de l'ulcère gastrique s'observe, semble-t-il, à tout âge : nos malades étaient respectivement âgés de soixante et un ans, quarante-deux ans, soixante-dix-huit ans et trente-cinq ans. Ceux dont M. Hayem a rapporté l'histoire avaient de quarante à cinquante-trois ans; il s'agissait, de même que dans nos cas, de sujets du sexe masculin, et cette prédominance chez l'homme peut s'expliquer par ce fait que la gastrite parenchymateuse avec hyperchlorhydrie et hypersécrétion, cause habituelle et prédisposante de l'ulcère stomacal, est plus fréquemment observée chez l'homme que chez la femme. Néanmoins, parmi les observations publiées par divers auteurs, on peut en relever quelques-unes relatives à des malades du sexe féminin. Il n'y a donc là rien d'absolu.

Telles sont les seules notions d'étiologie que nous possédions, car nous ignorons complètement la cause réelle de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère. Faut-il faire jouer un rôle à l'hérédité? Faut-il supposer avec M. Futterer que l'irritation permanente qui se produit au niveau des bords de l'ulcère est la cause directe de sa cancérisation? Doit-on penser que les lésions adénomateuses de la muqueuse au niveau du voisinage de l'ulcère puissent facilement subir la transformation cancéreuse? S'agit-il, si l'on admet la nature parasitaire du cancer, d'un germe implanté sur une surface dont les tissus sont en état de moindre résistance? Autant de questions auxquelles on ne peut répondre.

Quoi qu'il en soit, d'une évolution fatale et rapidement progressive, la cancérisation de l'ulcère stomacal est, de toutes les complications de cette maladie, la plus redoutable. Non pas qu'elle mette en peu d'instants la vie en danger comme le font une hémorrhagie, une perforation, mais parce qu'elle est de toutes les affections de l'estomac celle qui s'accompagne des plus vives et des plus tenaces douleurs, au point que les malades semblent succomber non pas seulement à l'inanition progressive, mais épuisés dans leur système nerveux par leurs souffrances prolongées.

Dr Œttinger,
Médecin des hôpitaux de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

L'exagération des réflexes tendineux dans l'insuffisance antitoxique.

Il y a quelques années, j'ai publié un cas de mal de Bright à urémie précoce dans lequel l'indication de la saignée fut en grande partie tirée de l'exagération des réflexes tendineux :

« Dès le début de l'examen, nous décidons la saignée qu'on devait pratiquer dans la soirée. Puis, quand j'eus étudié le malade avec plus de soin et que j'eus constaté *l'exagération des réflexes tendineux*, l'hébétude, le myosis, une tendance au sommeil, autant de signes d'une urémie à marche rapide et très menaçante, je décidai d'intervenir vite et de pratiquer immédiatement la saignée. Bien nous en prit; car, tandis que le sang coulait, éclata une première crise d'éclampsie qui complétait le diagnostic... »

Depuis cette époque, nous avons toujours systématiquement recherché ce signe, à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Eloi, et il nous est de plus en plus apparu comme un élément précoce et utile de *diagnostic de l'insuffisance antitoxique*.

Un des élèves de la clinique, M. le docteur Germain, vient de réunir dans sa thèse une douzaine d'observations prises dans le service, qui me paraissent nettement établir la valeur séméiologique et l'importance clinique de ce symptôme, d'ailleurs facile à constater par tous les médecins.

Seulement, au lieu de faire de cette exagération réflexe un signe de brightisme et d'urémie, il faut en faire, ainsi que je le disais tantôt, un signe d'*insuffisance de la fonction antitoxique*.

Car l'ancienne idée d'urémie s'est bien étendue et transformée.

On n'a considéré d'abord comme agent d'auto-intoxication que l'urée ou tout autre produit spécial contenu dans l'urine; puis c'est l'urine dans son ensemble qui a été incriminée : *insuffisance rénale*.

D'autre part, on étudiait les intoxications par *insuffisance hépatique*.

Ensuite on a vu que ces deux groupes d'insuffisance (rénale et hépatique) ne formaient pas le plus souvent des unités séparées et distinctes l'une de l'autre. L'école de Bouchard (M. Gouget en particulier) a montré l'influence réciproque que le foie et le rein exercent l'un sur l'autre. On a décrit l'*insuffisance hépato-rénale*.

Enfin on a établi que la question est encore plus générale, que l'appareil antitoxique est beaucoup plus complexe (système nerveux, appareil circulatoire, etc.) et le syndrome, utile à diagnostiquer en clinique et à combattre, est devenu celui de l'*insuffisance antitoxique*.

Au fur et à mesure que cette notion s'élargissait, la valeur diminuait, en clinique, des symptômes locaux. L'albuminurie et l'ictère restaient des signes d'insuffisance rénale ou hépatique. Mais il fallait savoir diagnostiquer l'insuffisance antitoxique en dehors de l'albuminurie et de l'ictère, dans des cas où ces symptômes étaient nuls ou insignifiants.

Et ainsi s'accroissait la nécessité de trouver de nouveaux signes de cette intoxication en général, quelle qu'en fût l'origine locale organique. De plus, la question se présentant souvent dans la médecine courante et sa solution important puissamment à l'institution rapide d'une thérapeutique nécessaire, il fallait autant que possible que ces signes fussent d'une constatation facile, rapide et accessible à tous les praticiens : c'est dans ce groupe que doit figurer, ce me semble, l'exagération des réflexes tendineux.

La chose ressort nettement des observations réunies par M. Germain dans sa thèse; elles sont au nombre de 12 et comprennent : 2 cas d'auto-intoxication de la grossesse, 2 de chlorose, 3 de mal de Bright, 1 de néphrite chronique scléreuse, 1 de néphrite subaiguë, 1 de lithiase biliaire, 1 de cirrhose de Laënnec, 1 enfin de fièvre typhoïde. Chez tous ces malades on constatait des signes multiples d'insuffisance antitoxique, variables de l'un à l'autre et se manifestant par des phénomènes nerveux (céphalée, troubles de la vue, crampes, vertige), digestifs (vomissements, diarrhée), respiratoires (dyspnée), circulatoires (hypertension), rénaux (pollakiurie, albuminurie, œdèmes), hépatiques (ictère, prurit), diversement associés; tous présentaient en outre de l'exagération des réflexes tendineux, soit aux quatre membres, soit seulement aux membres supérieurs.

Il me paraît inutile d'insister pour montrer que l'exagération des réflexes tendineux figure là dans des cas d'insuffisance antitoxique d'origines très diverses et dans lesquels, par suite, les signes locaux du rein ou du foie étaient souvent nuls ou peu accentués. Dans plusieurs de ces faits, l'exagération des réflexes a suivi l'intoxication dans sa marche ascendante et dans sa marche descendante.

Sans insister sur la pathogénie intime de cette exagération (la question des réflexes tendineux est encore trop discutée pour être abordée ici incidemment), on voit que ce symptôme est évidemment en rapport avec l'intoxication, avec la toxémie (contact du sang toxique avec les centres nerveux).

Avec M. Germain, nous rapprocherons ce signe du myosis et de ce que l'on appelle improprement les petits signes du brightisme (crampes, doigt mort, vertiges) : ce sont toujours là des crampes vasculaires...

En somme, l'exagération des réflexes tendineux fait partie, dans ces cas, d'un *grand syndrome de strychnisme toxique* ou d'exagération du pouvoir excitomoteur des centres nerveux d'origine autotoxique.

L'existence de ce signe a donc une réelle valeur clinique pour le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques dans les cas d'insuffisance de la fonction antitoxique.

Dr J. Grasset,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 23 et 30 juin 1903.

Mode de préparation des solutions chloruro-sodiques gélatinées injectables.

M. Chauffard lit, à propos des cas de tétanos consécutifs à des injections sous-cutanées de solutions chloruro-sodiques gélatinées, publiés dans ces derniers temps, et notamment de ceux qui ont été signalés à l'Académie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 111 et 152), un rapport dans lequel il examine les mesures préventives qu'il convient de prendre pour assurer à l'avenir l'innocuité de ces injections et faire disparaître de leur technique toute possibilité d'une infection tétanigène.

La commission estime qu'il convient de spécifier le mode de fabrication des solutions chloruro-sodiques gélatinées injectables et d'en transmettre la formule à la commission chargée actuellement de la revision du Codex.

Les solutions chloruro-sodiques gélatinées injectables auront comme formule un titrage de 1 à 2 % de gélatine dans une solution chlorurée sodique titrée à 7 ‰.

La solution complexe ainsi titrée devra être répartie et stérilisée par fractions ne dépassant pas 150 c.c. chacune, de façon à assurer une stérilisation effective au degré de température voulu.

La stérilisation devra être effectuée à l'autoclave, dans la vapeur d'eau sous pression à 115°, et pendant une durée de trente minutes.

(Ces propositions, mises aux voix, sont adoptées.)

Traitement des tumeurs du sein par les rayons X et la quinine.

M. Cornil donne lecture, à l'occasion d'une note de M. Vigouroux sur un cas de carcinome du sein traité par les rayons de Röntgen et la quinine, d'un rapport que nous résumons ainsi :

L'observation de M. Vigouroux concerne une femme atteinte depuis sept ans d'une tumeur du sein présentant tous les caractères cliniques du cancer. La malade ayant refusé de se soumettre à une opération, M. Vigouroux la traita d'abord par le sulfate de quinine. Quelques mois après, la tumeur s'étant ulcérée, on eut recours, sans cesser l'emploi de la quinine, aux rayons X. L'ulcération se cicatrisa rapidement mais pour se rouvrir de nouveau en donnant issue à un liquide séreux et fétide.

On abrasa avec les ciseaux la masse constituée par la tumeur gangreneuse qui faisait saillie à la surface de l'ulcération; bientôt celle-ci se recouvrit de bourgeons charnus de bonne nature et actuellement elle est presque complètement réparée.

Tout en faisant remarquer que l'observation de M. Vigouroux serait plus démonstrative si l'examen histologique de la tumeur avait été pratiqué, le rapporteur estime que la radiothérapie possède une action réelle sur la nutrition des cellules dans le sens du retard ou de l'arrêt de la néoformation ou de la multiplication cellulaire. Cette action ne serait pas seulement superficielle, mais s'exercerait dans l'épaisseur des tissus sans léser les parties saines interposées, et à une profondeur qu'il serait possible de régler.

Traitement de l'hypertension artérielle dans la présclérose et les cardiopathies artérielles.

M. Huchard lit, sur ce sujet, un travail dans lequel il passe en revue les différents moyens hygiéniques et médicamenteux qui constituent les principaux éléments de la thérapeutique préventive de l'artériosclérose en général et des cardiopathies artérielles en particulier.

Parmi les moyens hygiéniques, l'orateur accorde une place prépondérante au régime lacto-végétarien et ensuite au massage, aux exercices musculaires et à la balnéation.

A propos des moyens médicamenteux, M. Huchard montre que la médication iodurée est plutôt indiquée à la période de sclérose confirmée qu'à la période de présclérose. A cette phase de la maladie il vaut mieux s'adresser aux médicaments vaso-dilatateurs et hypotenseurs (nitrite d'amyle, trinitrine, nitrite de soude, lacto-sérum) et à l'organothérapie. En diminuant les résistances périphériques, ces médicaments facilitent et augmentent l'énergie de l'organe central de la circulation.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 25 mai, 2 et 22 juin 1903.

Les résultats de la photothérapie et la technique de son application dans le lupus.

M. Finsen (de Copenhague). — Depuis le mois de novembre 1895 jusqu'au 1er janvier 1902, 804 lupiques ont été traités à mon institut par la photothérapie; 67 de ces malades ayant dû abandonner le traitement pour des causes diverses, restent 737 cas, dont 695, soit 94 %, ont été ou guéris (412) ou améliorés d'une façon manifeste (283); parmi les 412 guérisons, 124 datent de plus de deux ans.

La technique de la photothérapie a une importance extrême si l'on veut obtenir de bons résultats; c'est ainsi que l'emploi de lampes à arc de 60 à 80 ampères, au lieu des lampes de 40 ampères que nous employions au début, a eu pour effet de rendre le traitement trois fois plus rapide; j'ajoute que les lupiques traités tout d'abord par une lumière faible, puis par une lumière forte, guérissent moins vite que ceux auxquels on applique d'emblée une lumière forte, en raison du pigment qui se produit chez les premiers et qui arrête les rayons chimiques. Les appareils à électrodes en fer ne donnent pas de rayons pénétrants et ne peuvent convenir à la cure du lupus.

Les poisons de l'organisme et la gestation.

MM. Charrin et **Roché**. — Pendant la gestation, les poisons de l'économie augmentent par excès de production, par la richesse des sources habituelles (désassimilation défectueuse, fermentations digestives excessives, etc., etc.), par la formation de nouveaux foyers toxiques (déchets du fœtus, du placenta), comme aussi par l'insuffisance soit de l'élimination (albuminurie, troubles fonctionnels du rein, atonie intestinale, diminution de la sortie des composés volatils, suppression de l'émonctoire menstruel, pigmentation de la peau), soit de la fonction antitoxique (graisse du foie, changements thyroïdiens ou capsulaires, etc.).

Cet accroissement, on le conçoit, prépare l'éclampsie. En général l'auto-intoxication est latente; toutefois, elle éclate si la production dépasse toute mesure ou si une des défenses fléchit par trop, si, par exemple, au contact des poisons plus abondants que normalement, le foie — qui physiologiquement les emmagasine pour les atténuer — s'altère, altérations qui à leur tour et secondairement interviennent dans le concert toxique, mais, comme toute lésion, ne sauraient être le vrai point de départ. Cette diversité d'origines toxiques fait comprendre la diversité des modalités cliniques, en rapport avec la prédominance de tel ou tel appareil (éclampsie hépatique, rénale, digestive, thyroïdienne, capsulaire, fœtale, placentaire, cutanée, etc.). En dépit de cette multiplicité de sources, ces poisons sont cellulaires, autrement dit plus aptes que des alcaloïdes ou des éléments minéraux à faire naître des anticorps et déjà, à ce point de vue, avec M. Moussu, nous avons obtenu quelques résultats encore insuffisants. Pour mettre leur rôle en évidence, il suffit d'injecter le sang retiré à une éclamptique; on fait apparaître et les symptômes et les lésions de cette auto-intoxication, apparition facilitée par la sensibilité du système nerveux qui, en vertu de sa déminéralisation, de la perte de la chaux, dans le cas de grossesse, supporte moins bien les poisons.

Sur les caractères graphiques de la fatigue dans les mouvements volontaires chez l'homme.

MM. A. Imbert et **J. Gagnière**. — Nous avons fait au moyen de l'ergographe des recherches sur la fatigue dans les mouvements volontaires chez l'homme; nous avons étudié à ce point de vue la flexion du médius travaillant en surcharge (2, 3 kilos), au système de 48 contractions maximales à la minute, avec soutien du poids pendant un quarante-huitième de minute et repos de même durée après chaque contraction.

Nous avons pu nous assurer ainsi que, au début du travail, la vitesse de chute du poids (période de relâchement) est supérieure à celle du soulèvement du même poids (période de contraction); puis les deux vitesses de relâchement et de contraction diminuent progressivement; mais tandis que chez certains sujets la vitesse de relâchement diminue bien plus rapidement que celle de contraction, chez d'autres — beaucoup moins nombreux — c'est l'inverse qui se produit. De là deux types très différents de tracés de la fatigue.

Sur la présence de la cadavérine dans les produits d'hydrolyse des muscles.

MM. A. Etard et **A. Vila** adressent une note de laquelle il résulte qu'il se produit, par hydrolyse, de la cadavérine en quantité notable dans des muscles simplement faisandés; cette constatation est de nature à expliquer les troubles qui surviennent après l'ingestion de viande avariée, car la cadavérine est douée, d'après Brieger, de propriétés nécrotiques.

L'abondance de cette substance au bout d'un laps de temps très court ne permet pas d'attribuer sa production à une sécrétion microbienne directe, mais montre bien qu'elle résulte d'un dédoublement particulier des éléments chimiques du tissu musculaire.

MM. A. Laveran et **F. Mesnil** communiquent les résultats d'expériences démontrant que les trois épizooties à trypanosomes connues sous le nom de *nagana*, de *caderas* et de *surra* constituent autant d'entités morbides parfaitement distinctes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juin 1903.

La cure de déchloruration; son action à certaines périodes de la néphrite épithéliale.

M. Widal. — J'ai étudié avec M. Javal, pendant soixante-douze jours consécutifs, les échanges des chlorures chez un malade atteint de néphrite épithéliale. Durant cette période nous avons fait varier brutalement, à diverses reprises, la chloruration du régime et nous avons pu de la sorte provoquer tantôt la décharge des chlorures et tantôt leur rétention.

Le poids du patient a oscillé, au cours de l'expérience, entre les limites extrêmes de 56 et 66 kilos. Au moment où dans sa course ascendante, sous l'influence de la chloruration, le poids franchissait 62 kilos environ, l'œdème faisait son apparition; inversement lorsque, sous l'influence de la déchloruration, le poids, dans sa marche descendante, tombait à un kilo près au-dessous de ce même chiffre, l'œdème disparaissait. La balance nous donnait ainsi le moyen de prévoir presque à jour fixe l'apparition de l'œdème, en nous permettant de suivre jour par jour l'augmentation du poids pendant toute la période d'hydratation qu'on pouvait appeler celle du pré-œdème.

La courbe de l'albuminurie a toujours varié dans le même sens que l'hydratation et la chloruration des tissus.

Les chlorures ont donc, sur la pathogénie de quelques œdèmes brightiques, une puissance d'action qu'on ne saurait plus méconnaître : le sel, chez certains brightiques épithéliaux et à certains moments, est un aliment dangereux.

Voici un malade qui, depuis le début de sa néphrite, ne pouvait plus supporter une alimentation solide sans voir immédiatement les œdèmes apparaître et l'albuminurie s'élever; il lui suffisait de quelques jours de régime lacté pour voir les œdèmes s'effondrer et l'albuminurie diminuer. Or, chez cet homme, il nous a été possible, avec le régime lacté, de faire éclater les crises d'œdème et d'albuminurie; avec un régime composé de 400 grammes de viande noire crue, de 500 grammes de pain ou de 1,000 grammes de pommes de terre, nous avons pu, à volonté, faire disparaître l'œdème et diminuer l'albuminurie.

Pour produire des effets si contraires, il a suffi d'intervertir la chloruration ordinaire des régimes : 10 grammes de chlorure de sodium, pris quotidiennement avec le lait, ont fait de ce liquide le plus malfaisant des aliments; la suppression du chlorure de sodium dans le régime carné lui a enlevé ses effets nuisibles.

La nature de l'aliment importe souvent moins que sa richesse en sel. Le lait administré au cours des néphrites tire une grande partie de ses qualités de sa faible chloruration.

A un régime hypochloruré, comme le régime lacté, nous pourrons donc maintenant, lorsque les circonstances le commanderont, substituer un régime moins chloruré encore. Nous venons d'établir que des aliments solides très variés, pris isolément ou combinés au lait, peuvent, s'ils ne sont pas additionnés de sel, devenir d'excellents adjuvants pour une cure de déchloruration.

M. Achard. — Le fait que vient de signaler M. Widal, à savoir que l'œdème ne fait son apparition qu'après une période pré-œdémateuse d'infiltration des tissus, prouve qu'il est nécessaire, pour que l'œdème devienne visible, que l'imbibition saline atteigne un certain degré et que diverses conditions locales interviennent, telles que pression, vitesse du sang, état des vaisseaux, etc.

Des variations comparatives du poids du corps, des urines et de la tension artérielle chez les asystoliques.

M. Chauffard montre des graphiques des variations quotidiennes du poids du corps, de l'élimination des urines et de la tension artérielle, recueillis chez des malades asystoliques ayant des œdèmes considérables. L'examen de ces tracés révèle que le poids de ces patients s'est abaissé au fur et à mesure qu'augmentaient la quantité des urines et la tension artérielle. Toutefois, il n'y a pas une équivalence absolue entre les chiffres exprimant la diminution du poids du corps et l'augmentation de volume des urines calculée en poids : la différence est toujours en faveur du chiffre des urines et correspond environ au poids d'un litre d'urine. Les patients chez lesquels ces tracés ont été obtenus étaient traités par la digitale qui agit, d'après l'orateur, à la fois par vasoconstriction périphérique et par augmentation de l'énergie cardiaque. C'est grâce à cette double action qu'on observerait la résorption des œdèmes; mais, contrairement à l'opinion généralement admise, M. Chauffard estime que cette résorption est la cause et non pas la conséquence de la polyurie qui s'observe en pareil cas : d'où cette conclusion qu'il ne faut jamais continuer la médication digitalique après la disparition des œdèmes, lors même que le volume des urines tend à diminuer.

M. Barié déclare que, ainsi que vient de le dire M. Chauffard, un des effets les plus certains de la digitale est d'élever la tension artérielle, comme on le constate journellement chez les sujets atteints d'affections mitrales; mais lorsque la polyurie digitalique, que l'on voit habituellement persister plusieurs jours après la cessation du médicament, disparaît, il faut éviter de recourir de nouveau à la digitale, et surtout d'en augmenter la dose, sous peine de provoquer rapidement des accidents graves.

Les éliminations urinaires dans les néphrites subaiguës, dites parenchymateuses.

M. Claude. — J'ai étudié avec M. Moog, par la méthode cryoscopique et au moyen de l'analyse chimique, les éliminations urinaires chez des sujets présentant un type de néphrite subaiguë à prédominance épithéliale ou un type mixte de néphrite parenchymateuse avec évolution vers la sclérose.

Chez les premiers de ces malades, nous avons constaté que les éliminations urinaires étaient très faibles, inférieures à ce qu'elles étaient chez les seconds, alors même que l'épreuve du bleu de méthylène indiquait une perméabilité normale.

De nos recherches sur l'activité fonctionnelle du cœur et des reins dans ces formes de néphrite, recherches corroborées dans certains cas par l'examen anatomique, il apparaît que les néphrites diffuses subaiguës à prédominance épithéliale se distinguent des néphrites scléreuses par l'étendue, la généralisation des lésions inflammatoires et dégénératives du parenchyme rénal, en opposition avec la tendance à la limitation des lésions et à l'hypertrophie anatomique et fonctionnelle des parties du rein restées saines, dans les scléroses.

Tandis que l'élévation progressive de la pression artérielle et l'hypertrophie cardiaque constituent dans la sclérose rénale une adaptation rationnelle en présence des modifications de la fonction rénale, dans la néphrite parenchymateuse le cœur, qui n'a pas été amené progressivement à l'hypertrophie, reste le plus souvent au-dessous de sa tâche pendant que le rein est lui-même à peu près continuellement imperméable; et ainsi, de cette double défaillance du cœur et du rein, résultent les phénomènes dyscrasiques et toxiques qui caractérisent ce type de néphrite.

Quant aux œdèmes, ils sont sous la dépendance de la double lésion cardiaque et rénale, et en même temps ils sont sans doute actionnés par les chlorures retenus dans l'organisme. Cette rétention des chlorures, est, à notre avis, due plutôt à l'imperméabilité rénale qu'à des perturbations primitives de l'économie, dont le mécanisme n'est pas nettement défini.

Traitement des kystes hydatiques du poumon.

M. Béclère montre un jeune homme qui est atteint d'un kyste hydatique du poumon gauche, décelé à la fois par la radioscopie et par l'examen clinique. L'orateur demande quelle conduite il y a lieu de tenir en présence de ce malade, et s'il convient de faire une ponction ou une opération radicale.

M. Galliard croit qu'avant de recourir à une opération, il est indiqué de pratiquer une ponction du kyste et d'y faire ensuite une injection de sublimé.

M. Merklen condamne la pratique des injections de sublimé, qui sont susceptibles de déterminer, même à faible dose, des accidents d'intoxication très graves.

M. Achard dit avoir obtenu un bon résultat dans un cas analogue, en injectant dans la poche du kyste une petite quantité d'une solution huileuse d'extrait éthéré de fougère mâle.

M. Chauffard se déclare partisan absolu d'une opération radicale.

La rétention des chlorures et la pathogénie des œdèmes au cours des néphrites.

M. Claude. — Il résulte de recherches que j'ai faites avec M. Mauté que l'on doit faire jouer un rôle prépondérant à l'insuffisance de la perméabilité rénale dans le phénomène de la rétention des chlorures, considérée comme cause des œdèmes chez les brightiques. Lorsque chez ces patients, en effet, la perméabilité se rétablit après une période d'insuffisance de la dépuration urinaire, l'élimination du chlorure de sodium augmente. Aussi pensons-nous que quand on pratique l'épreuve de la chlorurie alimentaire au cours d'une néphrite, il est nécessaire, pour juger de ses résultats, de joindre au dosage des chlorures dans l'urine la mesure du degré de la perméabilité rénale, enregistrée au moyen de la cryoscopie. Il faut en outre tenir compte, dans les épreuves de chlorurie alimentaire, de l'action du chlorure de sodium en excès sur les éléments nobles du rein, car nous avons pu constater dans nombre de cas l'influence excito-sécrétoire, sur les épithéliums rénaux, de cette substance introduite en excès dans l'organisme.

M. Le Gendre dit avoir observé un malade atteint de cancer du foie avec infiltration des membres inférieurs sans albuminurie concomitante, chez lequel l'élimination des chlorures était inférieure à la normale. Ce malade ayant succombé, les reins furent trouvés sains à l'autopsie. Il semble bien que dans ce cas l'œdème des membres inférieurs ne reconnût pas d'autre cause que la rétention des chlorures dans les tissus.

M. Gouget fait remarquer que la conclusion pratique qui semble se dégager de ces faits, c'est que les injections salines sont contre-indiquées toutes les fois que l'élimination urinaire devient insuffisante.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 juin 1903.

Recherches comparatives sur la cholémie physiologique chez la mère et le nouveau-né.

MM. Gilbert, Lereboullet et **Mlle Stein.** — Nous avons étudié comparativement le sérum du nouveau-né, celui du sang du cordon et celui de la mère au point de vue de leur teneur en pigments biliaires. Nous avons constaté au moyen de la cholémimétrie que le sérum du sang du cordon est en moyenne trois fois et

demie plus riche en bilirubine que le sérum maternel, et que le sérum du nouveau-né est lui-même d'un tiers plus riche en bilirubine que le sérum du sang du cordon.

Ces constatations montrent donc l'existence constante d'une *cholémie physiologique du nouveau-né*, qui existe vraisemblablement chez le fœtus dans les derniers mois de la vie intra-utérine, et qui résulte sans doute du passage direct de la bile, sécrétée par le foie fœtal, dans les veines centro-lobulaires. Si cette hypothèse est exacte, la sécrétion interne de la bile, opposée à la faible quantité de bile éliminée avec le méconium, montre bien que le foie fœtal peut être, même au point de vue de la fonction biliaire, envisagé comme une glande vasculaire sanguine. Chez l'adulte, l'élimination par l'intestin devient prédominante; toutefois, la notion d'une cholémie physiologique permet de penser que, même chez lui, la sécrétion biliaire est, pour une part relativement considérable, une sécrétion interne.

La cholémie physiologique du nouveau-né, bien qu'assez intense et égale à celle de certains ictériques adultes, est remarquablement tolérée et ne provoque aucun trouble. Toutefois, il y a lieu de se demander si la teinte spéciale des téguments du nouveau-né, à la naissance, n'est pas le fait de cette cholémie physiologique et si l'ictère léger qu'il présente souvent n'est pas dû à la simple exagération de cette cholémie.

Enfin, la comparaison de la teneur des pigments biliaires du sang du cordon et du sang du nouveau-né montre qu'il y a, au niveau du placenta, passage dans le sang maternel d'une partie des pigments biliaires contenus dans le sang de l'enfant. Il en résulte une véritable *cholémie maternelle d'origine fœtale*, qui reste d'ailleurs peu intense; les pigments biliaires, ainsi déversés dans le sang de la mère, semblent rapidement éliminés. A ce point de vue, il y aurait lieu de rechercher si l'urobilinurie maternelle ne serait pas un indice de cette élimination et si les pigmentations gravidiques ne s'expliqueraient pas, dans certains cas, par l'élimination cutanée d'une partie de ces pigments biliaires d'origine fœtale.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 juin 1903.

De la méthode oxygénée dans les infections chirurgicales, principalement dans les arthrites suppurées du genou.

M. Thiriar. — J'ai eu l'occasion de signaler déjà les services que me rend chaque jour le gaz oxygène dans le traitement de toute une série d'affections chirurgicales inflammatoires (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 406). C'est ainsi que l'injection d'oxygène dans les tissus et autour des tissus de l'anthrax et du furoncle, sous forme de véritable emphysème gazeux, donne des résultats très rapides, en enrayant l'infection et ses conséquences. Dans les phlegmons diffus, les abcès froids, la septicémie gazeuse, les pleurésies suppurées même, l'oxygène se montre également très puissant.

Je désire vous parler aujourd'hui de l'action de ce gaz dans les arthrites suppurées du genou, qui entraînent si souvent la perte de l'articulation et même celle du membre. Dans 3 cas d'arthrite suppurée grave, j'ai appliqué la méthode suivante : ouverture de l'articulation, lavage à l'eau oxygénée, placement de deux tubes à drainage dont l'un sort par l'enveloppe caoutchoutée qui ferme le pansement aseptique, passage de gaz oxygène de façon continue dans le système au moyen d'une bonbonne d'oxygène dont on règle le débit sous faible pression. Chez ces malades, j'ai vu en vingt-quatre heures la suppuration se tarir, être remplacée par de la sérosité de plus en plus pauvre en microorganismes infectieux (staphylocoques dorés, gonocoques, streptocoques) et tous les phénomènes généraux et locaux s'amender infiniment plus vite que par les autres méthodes.

J'attribue la rapidité d'action de l'oxygène sur l'élément infectieux et sur les processus de réparation non seulement au pouvoir microbicide direct de ce gaz, mais surtout à son action excitante sur les moyens naturels de défense de l'organisme, la phagocytose, la formation des substances utiles, les anticorps, etc. Il ne s'oppose pas en tout cas, comme le font les méthodes antiseptiques habituellement employées, à la mise en œuvre des moyens propres à l'organisme.

Les centres optiques primaires après l'énucléation ou l'atrophie du globe oculaire.

M. Gallemaerts. — Entre l'écorce occipitale de la scissure calcarine et le chiasma optique, les fibres du nerf optique se distribuent aux centres optiques primaires, véritables stations d'arrêt pour la transmission des impressions visuelles avant leur arrivée aux centres supérieurs. Ces centres sont constitués par le tubercule quadrijumeau antérieur, le pulvinar et le corps genouillé externe. J'ai recherché, dans cinq cas, les altérations déterminées dans ces centres par l'atrophie ou l'énucléation du globe oculaire. L'entrecroisement partiel des nerfs optiques est démontré par l'atrophie des deux tubercules quadrijumeaux antérieurs, des deux pulvinars et des deux corps genouillés externes. Les bras des deux tubercules sont également atrophiés, et les lésions sont le plus prononcées dans les trois premières couches, surtout dans la couche dite optique. Les fibres directes paraissent se terminer dans le corps genouillé en plus grand nombre que les fibres croisées. Il existe en outre des fibres passant directement du tractus optique dans le centre cortical sans s'arrêter dans les centres primaires. Quant au pulvinar, l'atrophie y est diffuse et il n'y a pas de localisation déterminée.

Dr Keiffer.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des ulcérations tuberculeuses et de l'entérite ulcéreuse des phtisiques par le bleu de méthylène.

Il y a quelque temps, chez cinq tuberculeux porteurs de cavernes pulmonaires et atteints d'ulcérations de la langue et du voile du palais, M. le docteur L. Rénon, médecin des hôpitaux de Paris, et M. le docteur E. Géraudel, alors interne desdits hôpitaux, ont essayé des applications quotidiennes de bleu de méthylène en poudre. Sous l'influence de cette médication, ils ne tardèrent pas à observer une sédation très marquée des douleurs qui rendaient l'alimentation presque impossible, et une modification très appréciable de l'état local : les ulcérations se détergèrent rapidement, tout en diminuant de profondeur et d'étendue, en même temps que les points jaunâtres disparaissaient. Dans 3 cas, la cicatrisation fut complète et se maintint jusqu'à la mort des malades.

Encouragé par ces résultats, M. Rénon a, depuis lors, eu recours à l'usage interne du bleu de méthylène contre l'entérite ulcéreuse des tuberculeux. Il a essayé cette médication chez un grand nombre de phtisiques atteints de diarrhée intense et incoercible, et dans les quatre cinquièmes des cas, il en a obtenu de bons effets.

Notre confrère prescrit le bleu de méthylène à la dose quotidienne de 0 gr. 15 centigr. à 0 gr. 20 centigr. (en un ou plusieurs cachets), qu'il mélange à de la lactose (de 0 gr. 60 centigr. à 0 gr. 80 centigr.), laquelle a simplement pour but de diviser la poudre de bleu et de la rendre plus tolérable à l'estomac.

Ce traitement amènerait, dès les premières vingt-quatre heures, une diminution sensible du nombre des selles, et au bout de trois jours on constaterait, le plus souvent, un arrêt complet des matières, la constipation pouvant même remplacer la diarrhée.

M. Rénon serait porté à croire que le bleu de méthylène agit surtout en détergeant les ulcérations intestinales et en s'opposant au développement des microbes d'infection secondaire. On sait, d'ailleurs, que les lavages avec une solution faible de bleu exercent une action favorable sur l'entérocolite muco-membraneuse (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 428) et sur la dysenterie.

Comme l'entérite ulcéreuse des phtisiques se montre souvent rebelle aux moyens thérapeutiques usuels, notre confrère estime que le bleu de méthylène, malgré ses légers inconvénients (coloration des urines et saveur styptique), mérite de prendre place dans le traitement de cette affection. Rappelons, à ce propos, que le même médicament a récemment été expérimenté avec succès contre la tuberculose pulmonaire (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 68).

L'usage interne de l'essence de térébenthine dans le traitement de la pneumonie.

On sait que la térébenthine a souvent été prescrite contre la phtisie pulmonaire, ainsi que dans les cas de bronchectasie, de bronchite fétide et de gangrène pulmonaire. Elle a aussi été employée avec succès, *en inhalations*, contre la pneumonie fibrineuse (Voir *Semaine Médicale*, 1891, Annexes, p. CCXXIV). Or, un médecin anglais, M. le docteur W. Thomas (de Rhyl), a maintes fois eu l'occasion de se convaincre que l'usage interne de cette substance est également susceptible de rendre de bons services dans le traitement de la pneumonie, surtout lorsque celle-ci est d'origine grippale.

Notre confrère commence par administrer une dose suffisante de calomel, puis il prescrit l'émulsion suivante :

Essence de térébenthine.		8 à 16 grammes.
Alcoolat aromatique ammoniacal....	àà	8 —
Ether chlorique (1).....		
Gomme adragante.......		4 —
Eau........................		210 —

A prendre deux cuillerées à bouche toutes les quatre heures.

Sous l'influence de cette médication, que les patients — enfants aussi bien qu'adultes — accepteraient sans difficultés, on ne tarderait pas à constater une atténuation sensible des symptômes morbides, alors même qu'il s'agit de cas excessivement graves. Il importe seulement d'instituer le traitement de bonne heure et de le faire suivre d'une façon systématique. M. Thomas, qui y a recours depuis plusieurs années, ne l'a jamais vu échouer. Comme effets désagréables de la térébenthine, notre confrère n'a eu à observer que deux fois de la strangurie et une fois de la diarrhée.

Il va sans dire que pour les enfants il convient de diminuer la dose du médicament.

Les bons effets du traitement en question semblent dus surtout aux propriétés antiseptiques et stimulantes de l'essence de térébenthine.

Le bromhydrate d'hyoscine comme moyen prophylactique à l'égard des accidents dus à l'éthérisation.

D'après l'expérience d'un confrère canadien, M. le docteur E. A. Robertson (de Montréal), l'emploi du bromhydrate d'hyoscine, administré à la dose de 0 gr. 0006 décimilligr. une demi-heure avant de procéder à l'éthérisation, permettrait d'éviter ou, tout au moins, d'atténuer la plupart des accidents propres à ce mode d'anesthésie. Sous l'influence de l'alcaloïde en question, le patient ne tarderait pas à s'assoupir et resterait calme pendant qu'on le soumet à l'action de l'éther. La narcose serait de la sorte obtenue très rapidement et ne nécessiterait qu'une faible quantité d'anesthésique. Grâce au procédé dont il s'agit, l'éthérisation ne déterminerait pas l'hypersécrétion salivaire et bronchique qui est à juste titre considérée comme un de ses principaux inconvénients. On n'observerait pas, non plus, de vomissements, de cyanose ni de rigidité musculaire. Le patient reprendrait rapidement connaissance, tout en restant assoupi durant les douze premières heures qui suivent l'intervention. M. Robertson n'a jamais eu à enregistrer le moindre symptôme alarmant susceptible d'être mis sur le compte du bromhydrate d'hyoscine, qui laisserait seulement subsister un certain degré de sécheresse de la bouche, accompagnée d'une sensation plus ou moins vive de soif.

Il convient, d'ailleurs, de rappeler que le même médicament a été préconisé il y a trois ans par un confrère américain, M. le docteur S. Marx (de New-York), contre les accidents consécutifs à la cocaïnisation de la moelle (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 406).

(1) On désigne à tort sous ce nom un mélange contenant 1 partie de chloroforme pur pour 19 parties d'alcool rectifié à 90°.

RÉPERTOIRE CLINIQUE

L'identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum.

I

S'il est naturel que les progrès de l'exploration clinique aient révélé l'existence de nouveaux types morbides qui avaient pu échapper à l'attention des générations médicales moins bien outillées que nous le sommes aujourd'hui, il y a lieu d'être quelque peu surpris de voir surgir brusquement une entité morbide caractérisée par des phénomènes trop saillants pour pouvoir passer inaperçus. Tel est, à notre avis, le cas de l'affection que l'on désigne sous le nom d'*adipose douloureuse* ou de *maladie de Dercum*. Voilà, en effet, une affection dont les deux symptômes cardinaux — le dépôt de masses graisseuses dans le tissu cellulaire sous-cutané et l'existence de douleurs au niveau de ces néoproductions — sont de nature à rendre le diagnostic particulièrement facile. Or, comment se fait-il qu'elle soit restée méconnue jusqu'en 1888, époque à laquelle M. Dercum en relata le premier cas au Congrès de l'Association des neurologistes américains? A première vue, on pourrait, il est vrai, être tenté d'expliquer cette bizarrerie par la rareté de l'état morbide en question. Mais, en réalité, l'adipose douloureuse est relativement fréquente, puisque, complètement inconnue en France avant 1898 (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 484-485), elle vient de faire, il y a trois mois, l'objet d'une thèse (1) dont l'auteur a pu relever 14 observations dans la littérature médicale française et 24 dans la littérature étrangère.

Reste à se demander si le tableau clinique auquel on donne aujourd'hui le nom d'adipose douloureuse avait, malgré toute sa singularité, réellement échappé aux yeux des cliniciens, jusqu'au jour où il fut signalé par M. Dercum. La question est d'autant plus fondée que ceux-là mêmes qui reconnaissent à l'adipose douloureuse une physionomie particulière, parfaitement définie et individualisée, avouent qu'elle « n'est pas sans analogie avec d'autres états morbides, *avec lesquels on a pu la confondre* » (Sellerin). D'aucuns vont plus loin et cherchent précisément à identifier la maladie de Dercum avec ces états morbides. En nous éclairant des données que nous a fournies l'étude de tous les documents publiés sur l'adipose douloureuse, étude poursuivie de front avec l'analyse de nombreux travaux antérieurs à la connaissance du syndrome de Dercum, nous allons voir que cette tendance — qui, pour le moment, commence à peine à se manifester — paraît assez légitime et semble appelée à modifier, d'une manière sensible, la conception élaborée par l'auteur américain.

II

Il y a environ un an, M. Strübing (2) publia un travail dans lequel, tout en acceptant le terme d'*adipose douloureuse*, qui a le mérite de faire ressortir les deux principaux symptômes de l'état morbide en question, il s'appliquait à démontrer que cet état morbide se confond avec les troubles vasomoteurs décrits par Charcot sous les noms d'*œdème blanc* et d'*œdème bleu* et qui, loin d'être l'apanage exclusif de l'hystérie, pourraient, d'après l'auteur allemand, s'observer chez des individus bien portants et exempts de toute manifestation hystérique.

Ce qui choque, à première vue, dans ce rapprochement quelque peu inattendu, c'est la différence anatomique existant entre l'*œdème*, tel qu'on le conçoit habituellement, et l'altération plus stable et plus profonde qu'implique le mot *adipose*. Mais M. Strübing estime justement que le premier de ces termes ne convient guère pour désigner l'infiltration des téguments qui constitue l'œdème blanc ou bleu, car, à l'excision d'un lambeau cutané, pratiquée sur une de ses malades en vue de l'examen microscopique, il a pu constater que la sérosité œdémateuse faisait complètement défaut et que les altérations intéressaient exclusivement la couche adipeuse. S'il est des cas où l'infiltration douloureuse de la peau coexiste avec un véritable œdème, ces deux phénomènes n'en resteraient pas moins distincts l'un de l'autre, l'œdème disparaissant sous l'influence de l'amélioration de l'état général, alors que l'infiltration persiste.

Il importe, toutefois, de faire remarquer que les cliniciens français ont maintes fois insisté sur la parenté étroite qui relie la lipomatose à l'œdème.

M. Mathieu, après avoir étudié les œdèmes névropathiques (1), puis observé un cas de pseudo-lipomes symétriques avec douleurs rhumatismales et sciatique double (2), publia, en 1890, une observation de lipomes symétriques d'origine névropathique.

« Le fait, disait-il, est intéressant, parce qu'il représente en quelque sorte l'extrémité d'une chaîne, dont les premiers anneaux sont constitués par l'œdème et le pseudo-lipome névropathiques. Il ne paraît y avoir que des degrés insensibles d'insensible progression entre des phénomènes vasomoteurs purement congestifs de l'ordre des érythèmes, des œdèmes, et des productions plus stables telles que le lipome » (3).

Dans le cas dont il s'agit, on trouvait, d'ailleurs, suivant les endroits, des tuméfactions qui avaient le caractère de lipomes vrais, et d'autres qui présentaient le caractère de pseudo-lipomes. M. Mathieu était, par conséquent, autorisé à conclure à l'existence d' « une série progressive qui va, sans solution de continuité, de l'œdème névropathique ou arthritique au lipome, en passant par le pseudo-lipome ».

Cette manière de voir ne tarda pas à être confirmée par les observations de MM. Desnos (4), Antony (5), Siredey (6), dans lesquelles on trouve toutes les formes de transition entre les lipomes, les pseudo-lipomes et l'œdème arthritique limité. Potain (7) a fourni à la théorie en question une base précise, en montrant la transformation successive des différents termes de cette série, de l'œdème au lipome. Le regretté professeur avait eu l'occasion d'observer un homme porteur de lipomes d'une espèce très particulière, offrant une croissance singulièrement rapide et susceptibles de naître sous l'influence du froid humide; à l'autopsie du malade, on constata que ces tumeurs étaient constituées par une sorte de bouffissure du tissu cellulaire graisseux : il s'agissait, en somme, d'une variété intermédiaire entre le lipome vrai et le pseudo-lipome, semblable au premier par la forme, le siège, la multiplicité, la persistance définitive; semblable à l'autre par la soudaineté de son apparition, par les oscillations de son volume, par son origine probablement arthritique, ainsi que par le rôle que l'influence du froid et de l'humidité semblait tenir dans sa pathogénie.

La parenté entre l'œdème névropathique et l'infiltration lipomateuse, parenté à laquelle M. Strübing consacre à peine quelques lignes dubitatives, est, par conséquent, solidement établie et mérite d'être retenue, car elle montre combien sont artificielles et peu conformes à la réalité certaines divisions que l'on s'efforce d'établir en clinique.

Nous allons voir que cette parenté entre les divers termes d'une même série pathologique est complètement méconnue lorsqu'on s'applique à individualiser la maladie de Dercum et à tracer une ligne de démarcation nette entre elle et les états morbides « avec lesquels on a pu la confondre ».

III

S'il est une affection offrant de nombreuses analogies avec la maladie de Dercum, c'est assurément la lipomatose symétrique (1). La chose est tellement vraie que la communication de MM. Rénon et Heitz, à la Société de neurologie de Paris, sur un cas d'adipose douloureuse avec arthropathies multiples (2), provoqua, de la part de M. Pierre Marie, la remarque significative suivante : « Je me demande s'il est bien exact de donner le nom d'adipose douloureuse aux productions graisseuses que l'on voit chez la malade de M. Heitz. Ne mériteraient-elles pas plutôt le nom de lipomes symétriques? » Or, quelle fut la réponse destinée à réfuter cette objection et à affermir le diagnostic de maladie de Dercum? « Les masses graisseuses, déclara M. Heitz, sont douloureuses et ne sont pas parfaitement symétriques. »

Ainsi donc, l'existence de douleurs et l'absence d'une symétrie absolue dans la disposition des masses adipeuses, voilà les deux symptômes fondamentaux qui permettraient de différencier la maladie de Dercum d'avec la lipomatose symétrique.

Nous réservant de discuter plus loin la valeur de ces deux caractères différentiels, voyons quels sont les autres signes que l'on invoque en faveur de l'indépendance de l'adipose douloureuse. Dans le chapitre consacré au diagnostic de cette affection, M. Sellerin, tout en reconnaissant que « lorsque la lobulation de la graisse est très marquée, l'adipose douloureuse *présente de grandes analogies avec les lipomes multiples* », essaie cependant d'établir une séparation, en attribuant aux lipomes multiples les caractères distinctifs que voici : « Le début de l'affection est insidieux... C'est une maladie de l'âge adulte, qui apparaît surtout de vingt à vingt-cinq ans. Ces lipomes sont mous et ne sont pas nettement circonscrits. Leur distribution est rigoureusement symétrique, ce qui est exceptionnel dans la maladie de Dercum. Ils ne sont pas douloureux » (3).

Nous allons passer en revue ces divers éléments, en commençant par le mode de début. Celui-ci est insidieux dans la lipomatose, mais en est-il autrement dans l'adipose douloureuse? Pour trouver une réponse à cette question, adressons-nous au même auteur et... nous ne serons pas peu surpris d'apprendre que la maladie de Dercum débute, elle aussi, « d'une façon lente et insidieuse » (4).

---

(1) Sellerin. Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse (syndrome de Dercum). (*Thèse de Paris*, 1903.)

(2) P. Strübing. Ueber « Adipositas dolorosa » (Dercum) und das « œdème blanc et bleu » (Charcot). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, 1902, LIX, 2.)

(1) A. Mathieu et J. Weill. Etude sur certains œdèmes névropathiques. (*Arch. gén. de méd.*, juin et août 1885.)

(2) A. Mathieu. Œdème rhumatismal (pseudo-lipome) symétrique des membres inférieurs et de l'abdomen; sciatique double. (*Arch. gén. de méd.*, nov. 1885, p. 607.)

(3) A. Mathieu. Lipomes symétriques d'origine névropathique. (*Gaz. des hôpitaux*, 8 juillet 1890, p. 721.)

(4) Desnos. Un nouveau fait de nombreux lipomes diffus, symétriques, d'origine arthritique. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 10 juillet 1891, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 284.)

(5) Antony. Lipomes multiples et symétriques. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 18 mars 1892, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 114.)

(6) A. Siredey. Lipomes multiples et symétriques chez un malade atteint de rhumatisme articulaire subaigu avec purpura des membres inférieurs. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 24 juin 1892, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 262.)

(7) Potain. Note sur une variété de tumeur lipomateuse intermédiaire entre le pseudo-lipome et le lipome vrai. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 10 juillet 1891, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 285.)

(1) Nous faisons ici, bien entendu, abstraction de l'*adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale*, qui paraît être d'origine ganglionnaire.

(2) L. Rénon et J. Heitz. Adipose douloureuse avec arthropathies multiples. (*Rev. neurol.*, 30 juillet 1901, p. 704.)

(3) Sellerin. (*Loc. cit.*, p. 79.)

(4) Sellerin. (*Loc. cit.*, p. 17.)

L'âge des malades ne saurait évidemment servir à distinguer l'un de l'autre les deux états morbides en question : en admettant même que les lipomes se montrent *surtout* de vingt à vingt-cinq ans, tandis que l'adipose douloureuse débute *le plus souvent* après quarante ans, il importe de tenir compte que dans quelques observations de maladie de Dercum les premiers symptômes se sont manifestés avant la trentième année. Il convient, en outre, de se rappeler que le nombre des cas publiés est encore trop restreint pour qu'on puisse en déduire une conclusion définitive relativement à l'âge le plus favorable au développement de l'adipose douloureuse. N'avait-on pas cru, tout d'abord, pouvoir considérer la maladie de Dercum comme l'apanage du sexe féminin (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 484) (1)? Or, les observations ultérieures sont venues démentir cette opinion. Les indications relatives à l'âge des malades n'ont également rien d'absolu, qu'il s'agisse des lipomes symétriques ou de l'adipose douloureuse.

D'après M. Sellerin, les lipomes symétriques seraient mous et ne seraient pas nettement circonscrits, ce qui permettrait de les distinguer d'avec l'adipose douloureuse. Or, rien n'est plus variable que la consistance et la forme des masses adipeuses, quel que soit, d'ailleurs, le nom sous lequel on les désigne. Nous avons assez longuement insisté sur les formes de transition entre l'œdème névropathique, le pseudo-lipome et le lipome vrai pour ne pas avoir à nous en étonner. M. Sellerin ne reconnaît-il pas, d'ailleurs, lui-même qu'à côté de l'adipose douloureuse à *forme nodulaire* (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 423), caractérisée par des tumeurs nettement circonscrites, il existe aussi des formes diffuses où l'hyperplasie du tissu cellulaire sous-cutané est assez mal délimitée? Il peut, du reste, y avoir « coexistence de lipomes localisés avec des nappes d'infiltration graisseuse diffuse ». Enfin, même dans la forme nodulaire, les limites des formations graisseuses ne sont pas toujours nettes; on y observe une série de transformations : « On avait au début la sensation d'un œdème dur, *sans limites précises;* on trouve à la place une véritable tumeur qui, au bout d'un certain temps, paraît encapsulée. L'empâtement du début a fait place à une tumeur graisseuse, *nettement circonscrite* » (Sellerin). Mêmes oscillations en ce qui concerne la consistance de l'adipose, qui varie suivant les régions et qui subit, de temps à autre, des modifications considérables, la maladie évoluant par poussées successives. Fait curieux et qui cadre bien avec ce que nous savons déjà sur les transitions entre l'œdème et l'infiltration adipeuse, « dans quelques cas [de maladie de Dercum], on voit apparaître autour d'une tumeur ancienne *une zone œdémateuse, qui, à la crise suivante, subira la transformation graisseuse* ». A ce point de vue encore, nous retrouvons dans l'adipose douloureuse ce que nous avons vu dans la lipomatose vulgaire.

Est-il, d'ailleurs, exact de dire que les lipomes symétriques sont mous et ne sont pas nettement circonscrits? M. Queinnec (2) — pour ne citer qu'un exemple tout récent — vient précisément de relater deux observations qui vont à l'encontre de cette affirmation, puisqu'elles ont trait à des lipomes multiples *circonscrits* et symétriques, « variété de lipomatose peut-être pas très rare en clinique ».

On ne saurait, non plus, établir une différence entre la lipomatose multiple et la maladie de Dercum en raison de la distribution « rigoureusement symétrique » des lipomes, « ce qui est exceptionnel dans la maladie de Dercum ». Il s'en faut que la formule de M. Sellerin soit parfaitement exacte, tant en ce qui concerne les lipomes qu'à l'égard de l'adipose douloureuse. Pour les premiers, la distribution n'est pas toujours aussi symétrique que le prétend cet auteur. C'est ainsi que dans les observations de M. Queinnec, auxquelles nous venons de faire allusion, « la symétrie n'est pas parfaite... en ce sens qu'il n'y a pas un nombre égal de tumeurs de chaque côté et que celles-ci ne se trouvent pas exactement aux points homologues. Cependant la symétrie est plus prononcée qu'elle ne le paraît, car si l'on se reporte aux schémas des bandes métamériques publiés dans les récents traités d'anatomie, on constate qu'il est facile de placer les lipomes correspondants dans chaque moitié dans des territoires radiculaires semblables ». D'autre part, loin d'être exceptionnelle dans la maladie de Dercum, la disposition symétrique des masses graisseuses fait, pour certains auteurs (Achard, Debove, etc.), partie intégrante du tableau clinique propre à cette affection. De ce que cette distribution symétrique n'est pas mentionnée dans certaines observations, il ne faut pas conclure qu'elle y faisait réellement défaut. Dans le cas publié il y a quelques mois par MM. Dercum et McCarthy (1) et que nous avons eu l'occasion d'analyser dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 39), la symétrie des formations adipeuses n'est pas signalée, bien qu'elle apparaisse nettement à l'inspection des figures jointes à l'article.

Reste le symptôme le plus important : la maladie de Dercum est une adipose *douloureuse*, tandis que les lipomes « ne sont pas douloureux ». Là encore, nous nous heurtons aux mêmes généralisations hâtives que nous avons déjà rencontrées ailleurs. Il ne nous sera pas difficile de réduire à néant cette distinction, en montrant, d'une part, qu'il existe des lipomes s'accompagnant de phénomènes douloureux et, d'autre part, que la douleur est, dans la maladie de Dercum, un élément variable, voire même contingent.

IV

Dans la thèse de M. Bouju, consacrée spécialement aux lipomes multiples symétriques (2), on trouve signalées, parmi les facteurs étiologiques et pathogéniques, des manifestations arthritiques, notamment des *douleurs névralgiques* et des névrites (3). On retrouve ces douleurs *névralgiques, rhumatismales* ou *rhumatoïdes* dans nombre d'observations de pseudo-lipomes ou de lipomes symétriques, dont quelques-unes furent publiées antérieurement aux travaux sur l'adipose douloureuse. C'est ainsi que le cas d'œdème rhumatismal relaté par M. Mathieu en 1885 a trait à un pseudo-lipome symétrique chez une femme arthritique qui, sous l'influence de la fatigue, eut des douleurs rhumatismales et une sciatique double des membres inférieurs. L'observation publiée par le même auteur, en 1890, se rapporte à une femme de soixante-cinq ans qui éprouvait, depuis trois ans, des douleurs extrêmement pénibles dans la région lombaire, la ceinture et les membres inférieurs; *deux ans après le début de ces douleurs permanentes et paroxystiques* « d'origine spinale, radiculaire ou médullaire », on vit apparaître, aux membres inférieurs, quatre lipomes symétriques, deux de chaque côté. Il serait difficile de dire en quoi cette histoire clinique diffère de la symptomatologie habituelle de la maladie de Dercum.

Il en est à peu près de même pour le cas relaté par M. Bucquoy (1) : le malade éprouvait fréquemment des douleurs lombaires qui s'étendaient jusque dans les membres inférieurs.

On trouve des faits analogues dans la littérature médicale allemande. C'est ainsi que M. Fieber (2) a publié un cas de lipome diffus douloureux de l'épaule droite coexistant avec plusieurs lipomes symétriques circonscrits du tronc. M. Grosch (3) relate une observation recueillie à la clinique de Dorpat par M. von Wahl et qui concerne une femme de quarante-deux ans, atteinte de nombreux lipomes symétriques et admise à l'hôpital « pour des douleurs rhumatoïdes vagues ».

Les deux cas publiés par M. Köttnitz (4) ne sont pas moins instructifs. Dans l'un (obs. II), il s'agissait d'une femme de cinquante-trois ans, présentant de vrais lipomes symétriques aux genoux et aux cous-de-pied, ainsi que des « dépôts graisseux remarquables » (*eine merkwürdige Fettablagerung*), affectant aussi la disposition symétrique, au niveau des avant-bras. Or, cette malade avait en même temps des troubles nerveux graves (douleurs articulaires, congestions céphaliques, vertiges, ataxie), et un neurologiste célèbre qu'elle avait consulté soupçonna l'existence d'une affection spinale au début, d'origine probablement spécifique.

Le même auteur mentionne, d'ailleurs, en dehors de ses 2 observations personnelles, 12 cas plus ou moins semblables, dont 3 empruntés à la littérature médicale allemande et 9 dus à des cliniciens français (5).

D'autre part, dans la maladie de Dercum, les douleurs « ne constituent pas un phénomène constant comme l'adipose » (Debove) : il peut y avoir de longues rémissions pendant lesquelles elles font défaut. D'autres fois, elles sont non seulement intermittentes, mais encore peu prononcées, comme c'est le cas du malade de M. P. Marie (6).

D'après M. Thimm (7), la douleur serait un élément contingent, subordonné à l'état local de la circulation sanguine, et cela qu'il s'agisse de lipomes ou d'adipose douloureuse (8). Aux yeux de cet auteur, la lipomatose symétrique douloureuse et la maladie de Dercum ne constituent pas, du reste, deux processus morbides différents : c'est tout au plus si elles se distinguent entre elles de la même manière que les lipomes diffus et les lipomes circonscrits, au point de vue purement anatomique.

V

Il n'est pas jusqu'aux facteurs étiologiques qui ne soient communs à la lipomatose symétrique et à la maladie de Dercum.

Nous avons vu le rôle que jouent les *manifestations arthritiques* dans les antécédents des sujets porteurs de lipomes symétriques. Nous retrouvons le même facteur dans l'adipose douloureuse, soit sous forme d'antécé-

(1) Il y a deux ans, M. Debove, dans une de ses leçons cliniques, insistait encore sur « cette particularité » qui « ne peut guère s'expliquer ».

(2) F. Queinnec. Contribution à l'étude des lipomes multiples symétriques et, en particulier, des lipomes circonscrits. (*Thèse de Paris*, 1903.)

(1) F. X. Dercum et D. J. McCarthy. Autopsy in a case of adiposis dolorosa. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc. 1902.)

(2) G. Bouju. Des lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. (*Thèse de Paris*, 1892.)

(3) On connaît, d'ailleurs, la parenté qui relie la lipomatose symétrique aux névropathies à déterminations vasomotrices (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 200) et que l'on constate aussi dans l'adipose douloureuse.

(1) Bucquoy. Lipomes diffus multiples et symétriques. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 19 juin 1891, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 262.)

(2) C. Fieber. Ein Fall von Lipoma multiplex symmetricum. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1881, XIV, p. 361.)

(3) J. Grosch. Studien über das Lipom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1887, XXIV, 3-4.)

(4) A. Köttnitz. Ueber symmetrisches Auftreten von Lipom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1894, XXXVIII, 1.)

(5) Voir aussi, au sujet des lipomes douloureux, la discussion à laquelle a donné lieu, à la Société de médecine interne de Vienne (séance du 4 décembre 1902), la communication de M. K. Rudinger (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 janv. 1903, p. 113, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 419).

(6) P. Marie. (*Soc. de neurol.*, séance du 18 avril 1901, *in Rev. neurol.*, 30 avril 1901, p. 422.)

(7) P. Thimm. Adipositas dolorosa und schmerzende symmetrische Lipome. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mars 1903.)

(8) M. H. Schlesinger a vu devenir douloureuses, après un avortement, des tumeurs lipomateuses qui étaient restées indolores pendant six ans (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 27).

dents rhumatismaux (Dercum), soit sous forme d'arthropathies concomitantes, comme dans l'observation susmentionnée de MM. Rénon et Heitz, ainsi que dans celle de MM. Oddo et Chassy (1).

Le *traumatisme*, qui tient une place importante dans l'étiologie de la lipomatose symétrique, se retrouve également à l'origine d'un grand nombre de cas d'adipose douloureuse, dont les premiers symptômes se manifestent souvent à la suite d'un accident, d'une chute, d'une contusion plus ou moins violente, ayant provoqué une vive frayeur.

La *ménopause*, et surtout la ménopause anticipée, semble particulièrement favoriser le développement de l'adipose douloureuse. C'est ainsi que, chez une malade de M. Féré, la ménopause s'étant produite brusquement à la suite d'une émotion violente, on vit, très peu de temps après, apparaître sous la peau des nodosités douloureuses à la pression, en même temps que la patiente commençait à prendre de l'embonpoint (2). Or, nous avons pu retrouver une observation analogue concernant la lipomatose symétrique : dans un cas de M. Köttnitz (3), il s'agissait d'une femme qui, après avoir accouché à l'âge de vingt-six ans, vit s'arrêter définitivement sa menstruation, laquelle fut remplacée *par des crises douloureuses* intéressant les bras, les membres inférieurs et le tronc, et s'accompagnant de l'apparition, au niveau de ces parties, de nodosités qui, à chaque nouvel accès, devenaient plus grosses et plus nombreuses.

Tous les faits que nous venons de passer en revue sont de nature à montrer que non seulement « la maladie de Dercum est à rapprocher de toutes les autres lipomatoses d'origine nerveuse » (4), mais aussi qu'elle ne constitue nullement un type morbide nouveau, puisque, dans ses traits essentiels, elle se confond avec les lipomes symétriques douloureux (5).

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 juin 1903.

Influence de l'altitude sur la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine chez l'homme.

M. A. Hénocque. — De recherches hématospectroscopiques que j'ai pratiquées durant trois semaines dans le massif du mont Blanc, à des altitudes variables, je puis conclure que le séjour entre 1,000 et 2,000 mètres prolonge la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine. Dans l'adaptation de l'organisme humain à ces hauteurs, il faut donc tenir compte de l'activité d'oxygénation ou capacité respiratoire propre aux tissus, qui est elle-même sous la dépendance de la tension vasculaire, des phénomènes osmotiques et de l'action du système nerveux sur la nutrition.

La diminution de l'oxygène de l'air, suite de l'abaissement de la pression atmosphérique à la montagne, par cela même qu'elle entraine une diminution de l'activité de réduction, abaisse aussi l'activité des échanges entre le sang et les tissus, ainsi que les phénomènes de dénutrition : il y a économie sur les dépenses. Ce fait explique les bons effets du séjour à la montagne pour les tuberculeux au début, chez lesquels l'activité des échanges est exagérée.

Sur la production de glucose par les tissus animaux.

MM. Cadéac et **Maignon** adressent une note relatant des recherches qui tendent à démontrer que tous les tissus animaux, sauf le tissu osseux, peuvent renfermer normalement de faibles quantités de glucose (généralement moins de 0.01 %); la répartition du glucose dans les divers tissus n'offre d'ailleurs rien de constant, car tel organe ou tissu qui en contient chez un animal en est privé chez un autre.

Les tissus, d'autre part, produisent tous du sucre si on les soumet pendant un temps convenable à la vie asphyxique; toutefois, quand cette action se prolonge, non seulement le sucre formé au début de l'expérience, mais aussi tout le sucre préexistant, disparaît.

Cette production de glucose est un phénomène de la vie protoplasmique, car elle n'a pas lieu dans les tissus dont les éléments ont été tués par immersion dans l'eau bouillante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1903.

Des avantages de la gastro-entérostomie en Y.

M. Monprofit (d'Angers). — J'ai été amené dans deux cas à transformer une gastro-entérostomie postérieure par le procédé de von Hacker en anastomose en Y, par suite du mauvais fonctionnement de l'anastomose latérale. L'opération s'est faite très simplement.

M. Quénu. — J'ai eu, moi aussi, l'occasion d'intervenir à nouveau chez un malade atteint d'ulcération peptique de l'anse intestinale anastomosée à l'estomac, six ans après la gastroentérostomie; j'ai réséqué l'anse ulcérée et, comme M. Monprofit, j'ai transformé l'anastomose latérale en anastomose en Y.

M. Tuffier. — Je me demande pourquoi M. Monprofit ne s'est pas contenté de faire une entéro-anastomose pour remédier au mauvais fonctionnement de la bouche gastro-intestinale.

M. Routier. — C'est ainsi que j'ai agi dans un cas analogue à ceux de M. Monprofit : j'ai pratiqué simplement l'entéro-anastomose et le résultat a été excellent.

M. Hartmann. — Je crois que, quand on prend des précautions suffisantes, la gastroentérostomie postérieure ne doit pas déterminer les troubles fonctionnels que M. Monprofit a observés.

M. Terrier. — Je ne fais que la gastro-entérostomie postérieure, par le procédé de von Hacker, et je n'ai vu se produire le *circulus viciosus* que dans un cas, qui s'est terminé par la mort, et où j'avais certainement commis une faute de technique : le mauvais fonctionnement de la bouche gastro-intestinale était dû à l'opérateur, et non au procédé.

Injections de formol dans les kystes hydatiques du foie.

M. Quénu. — A propos d'une observation de kystes hydatiques disséminés dans le péritoine, chez une malade opérée quatre ans auparavant pour un kyste hydatique du foie rompu spontanément dans la cavité péritonéale, M. Peyrot a insisté sur les dangers de la greffe échinococcique, et cette communication a donné lieu à une importante discussion qui a démontré nettement la réalité de l'échinococcose secondaire post-opératoire (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 91, 98 et 107).

Cette notion, maintenant bien acquise, a entraîné des modifications dans la technique opératoire des kystes hydatiques. Pour ma part, j'ai recours systématiquement à l'injection préalable d'un liquide antiseptique capable de tuer tous les scolex; après ponction évacuatrice, j'injecte une solution formolée à 1 % et laisse cette solution cinq minutes en contact avec la paroi de la poche. Le liquide évacué après ce séjour dans la cavité kystique a été, dans une de mes observations, recueilli soigneusement et les inoculations qui en ont été faites sont restées négatives, ce qui prouve bien que la solution formolée avait tué tous les scolex.

Traitement des fistules intestinales.

M. Faure. — J'estime que, pour les anus contre nature, on a tort de ne plus recourir aux anciens procédés, tels que l'entérotomie et les autoplasties directes. Cependant, lorsqu'il s'agit soit d'un anus contre nature très vaste, soit d'une fistule profonde, nous n'avons que le choix entre l'entéro-anastomose, l'exclusion unilatérale et la résection intestinale. L'entéro-anastomose a l'inconvénient de laisser subsister pour le moins un écoulement muqueux, auquel il n'est pas toujours facile de remédier par une autoplastie secondaire, lorsque le siège de la fistule est profond. L'exclusion unilatérale ne constitue pas non plus le traitement idéal, et c'est évidemment la résection de l'anse qui est, à mon avis, la méthode de choix. J'ai dû cependant, dans un cas de fistule complexe consécutive à une hystérectomie abdominale, recourir à l'exclusion de l'intestin; la malade est morte de tuberculose pulmonaire sept mois après mon intervention.

Déchirure spontanée de l'intestin grêle chez un malade atteint de cancer du rectum.

M. Rochard. — Je suis chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Lyot, relative à un cas de déchirure spontanée de l'intestin grêle chez un malade atteint d'un cancer du rectum. Appelé à intervenir pour des accidents d'occlusion intestinale, notre confrère fit d'abord une incision au niveau de la fosse iliaque gauche, pour y pratiquer un anus artificiel, et, n'ayant pas trouvé l'S iliaque distendu, il dut se reporter au côté droit; une incision pratiquée sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen lui permit de constater l'existence d'une large déchirure d'une anse grêle, qu'il put oblitérer par la suture; le patient succomba au septième jour.

Traitement de la lithiase biliaire.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion de soigner dix malades atteints d'oblitération calculeuse du canal cholédoque. J'ai pu 3 fois obtenir la guérison par le traitement médical; dans les 7 autres cas, j'ai dû pratiquer la cholédochotomie, avec six guérisons et une mort.

Dans le but de faciliter l'accès du canal cholédoque, j'ai recours à une manœuvre qui a été conseillée par Mayo Robson et qui consiste à placer au-dessous de la colonne vertébrale un gros rouleau qui fait saillir en avant la région duodénale. Pour l'ablation des calculs, je me sers volontiers d'une curette à courbure spéciale, qu'on fait glisser en arrière du calcul de façon à ramener facilement celui-ci au dehors.

M. Picqué lit une observation de parotidite et d'otite moyenne suppurée ayant évolué simultanément.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juillet 1903.

Endocardite tuberculeuse primitive reconnue au moyen de l'inoscopie.

M. Braillon. — Nous avons observé, M. A. Jousset et moi, un cas d'endocardite dont la nature tuberculeuse put être décelée pendant la vie grâce à l'inoscopie du sang : ce liquide contenait, en effet, de nombreux bacilles de Koch, et les inoculations qui en furent pratiquées au cobaye donnèrent des résultats positifs. Une autre particularité intéressante de cette observation est que le malade ne présentait de lésions tuberculeuses dans aucun organe, sauf le cœur. Il succomba aux progrès de l'asystolie résultant de ses lésions valvulaires, deux mois environ après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouva, au niveau de l'endocarde, des lésions d'apparence banale, et c'est seulement l'examen histologique et bactériologique qui démontra qu'elles étaient de nature tuberculeuse.

Ce fait est le premier, je crois, où l'on ait dia-

(1) Oddo et Chassy. Adipose douloureuse accompagnée de troubles vasomoteurs et de sclérodermie. (*Rev. neurol.*, 30 janv. 1902.)

(2) Ch. Féré. L'adipose douloureuse; syndrome de Dercum. (*Rev. de méd.*, août 1901; obs. III, p. 645.)

(3) A. Köttnitz. (*Loc. cit.*, obs. I.)

(4) Roux et Vitaut. Maladie de Dercum (Adiposis dolorosa). (*Rev. neurol.*, 30 sept. 1901, p. 888.)

(5) Dans un article publié tout récemment (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 avril 1903), M. A. Weiss a fait connaître un cas d'adipose douloureuse qui se rapproche de ceux que MM. Achard et Laubry, d'une part, et MM. Rénon et Heitz, d'autre part, ont décrits sous les noms de « forme légère » ou de « forme fruste » de la maladie de Dercum. M. Weiss estime que ces faits constituent un terme de « transition entre les lipomes multiples ordinaires et l'adipose douloureuse ».

gnostiqué, du vivant du malade, la bacillose de l'endocarde ; il est donc indiqué, lorsqu'on se trouve en présence d'une endocardite d'origine inconnue, de pratiquer l'examen inoscopique du sang.

M. Vaquez. — Je puis vous citer un fait très analogue à celui dont vient de nous parler M. Braillon. Un homme atteint de lésions pulmonaires tuberculeuses peu accentuées présenta des signes d'une endocardite aiguë initiale avec tachycardie, dilatation cardiaque, etc.; il succomba rapidement à des phénomènes d'œdème pulmonaire. Or, l'examen du cœur révéla l'existence d'une endocardite marginale récente, avec boursouflement du rebord valvulaire de la radiale. Cette altération formait comme une collerette incomplète au-dessus des tendons des piliers. En un point, il y avait une sorte de granulation ou de petit tubercule un peu ramolli, dont l'examen révéla la présence de bacilles de Koch.

Ces cas sont fort instructifs. Ils confirment, d'une part, l'opinion de Potain et Teissier sur la nature du rétrécissement mitral, et, d'autre part, ils nous permettent de reconnaître celui-ci aux différentes étapes de son évolution, depuis le moment où il se constitue sous forme d'endocardite aiguë jusqu'à celui où la rétraction fibreuse a définitivement réalisé la sténose. Dès le début, en effet, la localisation de la lésion sur le bord marginal de la valvule, et son aspect en collerette, ont quelque chose de très spécial.

M. Barbier. — L'endocardite est très fréquente chez les enfants tuberculeux. Elle se localise de préférence sur la valvule mitrale, exceptionnellement sur la tricuspide, et se traduit cliniquement par des modifications des bruits du cœur, qui s'observent chez 80 % environ des petits tuberculeux; chez ceux qui succombent, on trouve, au niveau des valves de la mitrale, des végétations dont la nature tuberculeuse est démontrée par les résultats de leur inoculation au cobaye. Les lésions scléreuses des valvules du cœur, que l'on rencontre souvent à l'autopsie des enfants morts de tuberculose, témoignent aussi de l'existence d'anciennes endocardites.

Œdème pulmonaire aigu d'origine pneumonique chez les cardiaques.

M. Merklen. — L'œdème pulmonaire aigu est assez commun au cours des pneumonies graves. Parfois il constitue un accident terminal, souvent agonique, mais chez les cardiaques avérés ou chez les sujets à insuffisance cardiaque latente (vieillards, obèses, alcooliques), il peut apparaître comme complication précoce, contemporaine et satellite de la pneumonie. C'est ainsi que chez une femme obèse de cinquante et un ans, que j'ai observée avec M. Pouliot, nous avons vu survenir, en même temps qu'une pneumonie du sommet droit, un œdème pulmonaire généralisé avec faiblesse cardiaque. Cette patiente ayant succombé six jours après l'apparition de ces accidents, on trouva à l'autopsie deux foyers d'hépatisation rouge du poumon droit, l'un au sommet et l'autre à la base, et une infiltration œdémateuse des deux poumons avec surcharge graisseuse du cœur.

Cette observation, rapprochée d'autres faits analogues, tend à montrer que la pneumonie des cardiaques peut évoluer à la manière de la pneumonie œdémateuse de Cruveilhier, de la pneumonie séreuse de Leube, de l'œdème pulmonaire dit inflammatoire. Les signes de congestion et d'œdème sont au premier plan, ceux de l'hépatisation ne se manifestent que tardivement ou passent inaperçus.

Au point de vue pathogénique, on peut invoquer la double influence de l'infection pneumococcique, cause directe de l'œdème pneumonique, et de l'insuffisance cardiaque, qui en favorise la diffusion et la généralisation. Aussi est-il nécessaire d'associer, dans les cas de ce genre, la médication cardiotonique au traitement anticongestif.

Accidents pseudo-méningitiques après une injection d'une solution de chlorure de sodium.

M. Achard relate, en son nom et au nom de M. Laubry, l'observation d'un homme atteint de pneumonie, chez lequel l'injection d'un litre d'une solution de chlorure de sodium à 7 ‰, faite à un moment où la rétention des chlorures allait en augmentant, détermina des accidents pseudo-méningitiques qui disparurent au bout de vingt-quatre heures. La ponction lombaire pratiquée pendant cette période donna issue à un liquide en jet, mais ne contenant pas d'éléments figurés.

Cette surabondance du liquide céphalo-rachidien, provoquée par l'introduction de chlorure dans un organisme en état de rétention, est à rapprocher des cas d'œdème brightique ou cardiaque et de pleurésie provoqués ou aggravés sous la même influence.

On est, en outre, autorisé à penser, en s'appuyant sur ce fait, que dans les maladies accompagnées de rétention des chlorures, certains troubles cérébraux sont peut-être dus à une hydropisie arachnoïdienne dépendant de cette rétention.

Embolie de l'aorte abdominale.

M. Barié communique, en son nom et au nom de M. Halbron, l'observation d'une malade atteinte de rétrécissement mitral et d'insuffisance aortique, chez laquelle survinrent brusquement, à la fin d'une attaque d'asystolie, du refroidissement et une pâleur livide avec marbrures violacées du membre inférieur droit. Bientôt les mêmes phénomènes se montrèrent à la jambe gauche, accompagnés de vives douleurs et de faiblesse musculaire. La patiente succomba quelques jours après dans le coma.

A l'autopsie, on trouva — outre les lésions orificielles du cœur, cliniquement reconnues — l'aorte abdominale oblitérée par un caillot fibrino-cruorique adhérent, qui s'étendait de l'artère mésentérique inférieure à la bifurcation de l'aorte et se prolongeait jusque dans les artères iliaques externes, descendant à droite dans la fémorale et aussi dans l'hypogastrique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 juillet 1903.

De la polyglobulie.

M. Vaquez. — MM. Lapicque et Mayer ont appelé récemment l'attention sur les modifications de la circulation locale dans le phénomène de la concentration du sang. La polyglobulie qui apparaît alors doit être bien différenciée d'avec la polyglobulie vraie ou active des altitudes, qui n'atteint son plein développement que vers le dixième ou le douzième jour de séjour sur les hauteurs.

Si les résultats des récentes ascensions en ballon ont paru quelque peu contradictoires, c'est qu'on a voulu les identifier avec ceux qui ont été constatés chez les sujets habitant les hauteurs. Il n'y a entre les deux ordres de phénomènes aucune analogie; la concentration du sang observée dans les ascensions en ballon ou dans les expériences de laboratoire est due à de simples actions locales (refroidissement, évaporation, etc.); elle est rapide, inconstante, et n'atteint que le sang périphérique. Au contraire, la polyglobulie provoquée par un séjour prolongé à une certaine altitude est plus tardive, progressive, et se manifeste sur tout le sang. La notion de temps est donc essentielle à retenir lorsque l'on veut se rendre un compte exact du mode de production et de la valeur de la polyglobulie.

Cellules endothéliales hématomacrophages dans le liquide céphalo-rachidien en cas d'hémorrhagie méningo-encéphalique.

MM. J. Sabrazès et **L. Muratet** (de Bordeaux). — Lorsqu'un liquide de ponction lombaire a une teinte hématique, il est parfois difficile, en l'absence de commémoratifs, de déterminer si cette teinte est révélatrice d'une hémorrhagie méningo-encéphalique ou résulte de la piqûre accidentelle d'un vaisseau. L'examen cytologique peut alors lever tous les doutes. En effet, dans le dépôt examiné une semaine environ après le début des accidents, on trouve une grande quantité de globules rouges crénelés, quelques lymphocytes, un nombre variable de leucocytes polynucléés non iodophiles; en outre, on est frappé par la présence de cellules volumineuses (17 μ à 30 μ) et polymorphes, munies d'un noyau ovale riche en nucléoles, et dont le protoplasma exubérant a englobé des hématies, parfois au point d'en être littéralement bourré; il peut contenir aussi des cristaux et des granulations d'hématoïdine, des débris nucléaires de leucocytes, des vacuoles. Les caractères morphologiques de ces éléments sont ceux des cellules endothéliales.

Ainsi, le passage dans les espaces sous-arachnoïdiens de particules émanées du foyer hémorrhagique suscite dans l'endothélium de revêtement de ces espaces un travail de mobilisation des cellules devenues macrophages : à la résorption du sang épanché dans la substance nerveuse collaborent des actes phagocytaires.

Eruption médicamenteuse due à l'antipyrine avec altérations du sang.

MM. Leredde et **Pautrier.** — Nous avons eu l'occasion d'étudier une éruption due à l'antipyrine, chez un sujet particulièrement sensible à l'action de ce médicament. Neuf minutes après la prise d'un cachet contenant 0 gr. 20 centigr. d'antipyrine, le prurit et l'éruption apparaissaient et cette dernière était complètement constituée au bout d'une heure. En outre, des examens de sang répétés avant l'ingestion de l'antipyrine et un quart d'heure, puis une heure après, permettaient de constater des altérations consistant en une légère leucocytose, en une éosinophilie peu importante, et surtout dans l'apparition de formes globulaires anormales (globules blancs déchiquetés, fragmentés), paraissant témoigner de phénomènes de cytolyse.

De l'élimination du chlorure de sodium par la diarrhée.

M. A. Javal. — L'homme sain élimine normalement par ses fèces une très petite quantité de chlorure de sodium, soit 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigrammes par jour en moyenne.

En analysant les fèces de certains brightiques, nous avons constaté que le taux de chlorure de sodium excrété par cette voie augmente beaucoup pendant les périodes de diarrhée : il peut atteindre 3 et 4 grammes et dépasser la quantité éliminée par les urines du même jour.

Lorsqu'on établit le bilan des chlorures, il est donc indispensable, en cas de diarrhée, de tenir compte de l'élimination de ce sel par les fèces.

M. Nicloux dit qu'il résulte de ses recherches que la glycérine injectée dans le sang disparaît avec une extrême rapidité : elle est éliminée par l'urine, le rein exerçant sur elle une sélection comparable à celle qu'il exerce sur l'urée.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 2 juillet 1903.

Sur la contagiosité de la glossite dépapillante.

M. Danlos présente un jeune homme dont la langue est traversée suivant son grand axe, dans les deux tiers antérieurs de sa face supérieure, par une mince bande de sclérose linéaire, tout le long de laquelle on constate une dépapillation complète de la muqueuse. Ce malade est syphilitique depuis six ans.

M. A. Fournier. — Cette forme de glossite dépapillante s'observe plus souvent en ville qu'à l'hôpital, chez des sujets dont la syphilis a généralement été bien traitée et date déjà de plusieurs années (entre six et quinze ans). Ces lésions peuvent-elles transmettre la syphilis et est-on autorisé à permettre le mariage en pareille occurrence ? Pour ma part, quoique je n'aie jamais vu de cas de contagion attribuable à cette glossite, je n'en conseille pas moins au malade de s'abstenir de tout rapport et je lui prescris un traitement intensif longtemps prolongé, des injections d'huile grise par exemple. Les applications de nitrate acide de mercure restent insuffisantes; elles font disparaître très vite la lésion, mais celle-ci ne tarde pas à récidiver.

M. Barthélemy. — J'ai donné mes soins à un patient atteint de glossite dépapillante survenue cinq ou six ans après le début d'une syphilis bien soignée. Malgré le traitement interne et des gargarismes au sublimé, cette lé-

sion récidivait toujours. Cet homme se maria et, deux ou trois mois après, sa femme présentait un chancre de la lèvre, ce qui prouve bien le caractère contagieux de cette glossite. Quant à sa ténacité, elle est telle qu'il me fallut soumettre le malade pendant près de deux années au traitement par les injections d'huile grise pour le guérir.

Parapsoriasis simulant des syphilides.

M. Du Castel montre une jeune fille de quinze ans, atteinte depuis trois années d'une éruption papuleuse couvrant les membres supérieurs et le tronc. Ces papules ont tout à fait l'aspect de syphilides ou encore d'éléments très petits de psoriasis. Ce qui distingue cette affection et lui donne un caractère propre, c'est sa longue durée sans modification et sa fixité. M. Brocq a signalé des cas de ce genre sous le nom de parapsoriasis (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 291).

M. J. Darier. — Les mêmes lésions sont décrites à l'étranger sous le nom de lichen-psoriasis.

M. A. Fournier. — Cette affection a un grand intérêt au point de vue médico-légal. J'ai vu, en effet, un cas analogue où l'éruption, dont la nature syphilitique avait été admise par plusieurs médecins distingués, a motivé un divorce. Ce n'est que la persistance indéfinie, sans modification, de ces éléments papuleux qui permit d'établir le diagnostic par la suite.

Inconvénients des injections prothétiques de paraffine.

M. Hallopeau. — Les résultats favorables obtenus à diverses reprises dans le traitement des déformations nasales par les injections de paraffine ne sont pas constants, et cette méthode présente des inconvénients dans certains cas; c'est que, sous l'influence de la tension initiale, des contractions musculaires et de la pesanteur, le liquide peut diffuser dans les interstices du tissu conjonctif et pénétrer dans diverses cavités, ainsi que dans les lymphatiques.

Voici une jeune femme chez laquelle un médecin de province a pratiqué une injection de paraffine pour corriger une ensellure assez prononcée de la partie supérieure du nez. Vous voyez que le résultat espéré n'a pas été obtenu, et que, bien au contraire, la paraffine a formé de chaque côté du nez un bourrelet volumineux, lequel accentue singulièrement l'aspect fâcheux de la déformation. Il ne sera guère possible de faire disparaître ces bourrelets que par une intervention sanglante.

Petites tumeurs dues à une mycose nouvelle.

M. de Beurmann. — Je vous présente, au nom de M. Ramond et en mon nom, un homme dont l'avant-bras gauche et le tronc ont été le siège d'une série de petites tumeurs gommeuses rappelant l'aspect du cysticerque ou des kystes de trichine. Il s'échappait de ces productions, quand on les ouvrait, une faible quantité de pus roussâtre. Des recherches faites par M. Ramond ont démontré qu'il s'agissait d'une mycose nouvelle dont le parasite, très difficile à voir au simple examen microscopique, est facile à isoler par les cultures. L'administration d'iodure de potassium, à la dose de 2 à 6 grammes par jour, a parfaitement réussi à faire disparaître ces lésions. Jusqu'ici on n'a pu obtenir d'inoculation positive chez les animaux, mais quelques-unes de ces tumeurs ont récidivé par réinoculation accidentelle chez notre malade aux points où on les avait enlevées.

Pelade conjugale.

M. de Beurmann. — Voici un homme qui porte de nombreuses plaques de pelade ayant débuté il y a six ans. Il possède cependant de bonnes dents, sauf une qui a d'ailleurs été arrachée sans que la pelade ait rétrocédé. Depuis six mois la femme du malade est atteinte à son tour de pelade, comme M. Sabouraud a pu le constater lui-même.

M. Sabouraud. — C'est le onzième cas que je connais de simultanéité de la pelade chez des conjoints. Ces faits, à mon avis, ne démontrent pas nécessairement que la pelade soit transmissible : on peut admettre qu'il n'y a là qu'une simple coïncidence.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 4 juillet 1903.

Classification des lymphomatoses.

Dans la séance du 2 juillet de la Société de médecine interne de Vienne, **M. Türk** a communiqué le résultat de ses recherches sur les hyperplasies du système lymphatique.

Les différences que l'on observe dans le tableau clinique des diverses variétés de lymphomatose sont dues, d'une part à l'intensité du trouble apporté au développement des éléments lymphatiques, d'autre part à la pénétration ou à la non-pénétration des éléments de nouvelle formation dans le torrent circulatoire.

Lorsque cette pénétration fait défaut, on a le plus souvent affaire à des formes bénignes, à marche lente, dans lesquelles les adénopathies jouent le rôle principal. Cependant les lymphomatoses à développement lent peuvent envahir les tissus circonvoisins au point de donner l'impression de néoplasies malignes. Le point de départ de ces proliférations se trouve ordinairement dans les ganglions lymphatiques, ou bien dans les follicules muqueux, dans la rate ou le thymus. L'affection montre d'abord peu de tendance à la généralisation, et ce n'est qu'au bout d'un temps très long que les principaux viscères (foie, rate, reins, etc.) sont envahis; la mort survient même parfois avant que cet envahissement ait eu lieu. On peut aussi observer, dans les mêmes conditions de non-pénétration dans le sang des éléments de nouvelle formation, des lymphomatoses aiguës qui restent bénignes.

Lorsque, au contraire, il y a pénétration des nouveaux éléments dans le sang, le nombre absolu des lymphocytes n'est pas forcément augmenté, mais ces éléments sont toujours altérés. Leur nombre est-il augmenté, on se trouve en présence d'une leucémie ou d'une sub-leucémie. C'est, le plus souvent, de la moelle osseuse, de la rate, des ganglions lymphatiques, et peut-être des muqueuses, que proviennent les éléments qui pénètrent dans la circulation; tantôt ces éléments lymphoïdes prolifèrent sans donner lieu à la formation de tumeurs, tantôt, au contraire, ils vont se fixer dans certains organes où ils deviennent le point de départ de véritables productions néoplasiques.

Se basant sur ces considérations, l'orateur estime que les lymphomatoses peuvent être groupées de la façon suivante : 1° formes bénignes chroniques (alymphémiques, sub-lymphémiques et lymphémiques); 2° formes bénignes aiguës (avec des variétés identiques); 3° formes malignes (lymphosarcome localisé, lymphosarcomatose généralisée).

Il va sans dire qu'il y a de nombreux intermédiaires entre ces différents types, notamment entre les formes aiguës. Le chlorome appartient au groupe des lymphomatoses aiguës alymphémiques.

Traitement des tumeurs malignes par le radium.

Dans la séance du 26 juin de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Alfred Exner** a présenté un malade qui était atteint de plusieurs métastases cutanées développées à la suite de l'extirpation d'un sarcome du bras gauche. Une capsule contenant du radium fut fixée pendant dix à vingt-cinq minutes sur quelques-unes de ces tumeurs. Quelque temps après on vit apparaître une dermatite au niveau des parties exposées aux rayons du radium et au bout d'une quinzaine de jours les tumeurs ainsi traitées avaient disparu.

Un second patient, montré également par l'orateur, avait déjà été opéré 3 fois d'un épithélioma de la commissure labiale droite, quand il fut traité par le radium; au bout de six séances d'une durée de quinze minutes chacune, l'induration disparut et l'ulcère se cicatrisa.

M. G. Holzknecht dit avoir constaté les bons effets des rayons du radium chez 4 malades atteints respectivement de psoriasis généralisé, de lupus de la face, d'épithélioma et de télangiectasies.

Des ferments catalytiques du lait de femme.

M. Heck a rendu compte d'expériences qu'il a faites avec M. Friedjung sur les ferments du lait de femme. En ajoutant à 2 c.c. de ce lait, introduits dans un saccharomètre à fermentation, de l'eau oxygénée, on constate au bout de cinq minutes qu'une certaine quantité d'oxygène a été mise en liberté par suite d'une action catalytique du lait. La quantité d'oxygène ainsi dégagé peut servir au dosage des ferments catalytiques.

Le ferment hydrolytique est lié aux éléments cellulaires du lait et est formé probablement par une substance albuminoïde, car il n'est pas dyalisable. C'est le colostrum qui jouit du plus grand pouvoir catalytique. Ce pouvoir est en outre plus considérable lorsque l'alimentation est abondante, à la fin de l'allaitement, dans le lait stagnant et dans le lait provenant de seins gras. Le lait dont le pouvoir catalytique est faible est plus favorable pour l'allaitement.

Traitement de l'incontinence d'urine par des injections épidurales.

M. Kapsamer a relaté des observations destinées à montrer les effets des injections épidurales d'une solution faible de cocaïne ou de sérum artificiel dans le canal sacré, selon la méthode de MM. Albarran et Cathelin (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 239 et 360), dans le cas d'incontinence d'urine : 9 malades sur 25 qui ont été traités de la sorte n'ont plus d'incontinence depuis six mois. L'action thérapeutique étant la même lorsqu'on injecte soit une solution de cocaïne soit du sérum artificiel, on ne peut attribuer les résultats obtenus à la résorption du liquide injecté. On est ainsi amené à penser que ces résultats sont simplement dus au shock ou à l'ébranlement déterminé sur la queue de cheval par l'injection.

Des relations de la chlorose avec la fonction ovarienne.

M. Rob. Breuer a communiqué les résultats d'expériences qu'il a faites avec M. von Seiller, pour se rendre compte de l'influence exercée par les ovaires sur la composition du sang. Dans ce but, plusieurs chiennes, d'âge variable, ont été castrées et leur sang a été examiné à diverses reprises, tant avant qu'après l'ablation des ovaires. Chez les animaux d'un certain âge, le sang ne subit aucun changement à la suite de la castration, mais chez les animaux jeunes sa composition se modifie notablement; la quantité d'hémoglobine diminue de 30 à 50 % et le nombre des globules rouges descend jusqu'à 3 millions par millimètre cube. Plus tard le nombre des érythrocytes augmente et le chiffre de l'hémoglobine se relève un peu. Des expériences de contrôle ont montré que le sang reste au contraire normal après l'ablation de l'utérus.

On peut conclure de ces constatations que les altérations hématiques sus-mentionnées sont bien dues à l'ablation des ovaires, et que l'insuffisance de la sécrétion ovarienne n'est pas étrangère au développement de la chlorose chez les jeunes filles.

De la dyspnée dans la maladie de Basedow.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. L. Hofbauer** a montré une série de graphiques de la respiration, pris chez des emphysémateux et chez des sujets atteints de maladie de Basedow avec dyspnée. Dans l'emphysème, l'expiration étant prolongée, la ligne de descente du tracé est plus longue que la ligne d'ascension. Dans la dyspnée basedowienne, au contraire, la courbe est composée de lignes obliques ascendantes et descendantes, de hauteur variable, séparées de distance en distance par un trait horizontal correspondant à une pause respiratoire. Il est probable que la dyspnée de la maladie de Basedow est due, comme les autres symptômes de cette affection, à l'hyperthyroïdisation. Quand on donne en effet de la glande thyroïde à doses un peu élevées, on ne tarde pas à constater une diminution d'amplitude des mouvements respiratoires.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance, par M. R. Labbé.

L'excrétion urinaire reflétant d'une façon exacte les modifications de la nutrition, l'orateur a étudié les variations quantitatives et qualitatives de l'urine, jour par jour, chez un certain nombre d'enfants atteints de scarlatine ou de diphtérie. Ses observations sont au nombre de 28, à savoir 20 cas de scarlatine, dont 8 concernant des garçons et 12 des filles, âgés de quatre à quatorze ans, et 8 de diphtérie, relatives à 5 garçons et à 3 filles de deux à treize ans. En ce qui concerne les fillettes, aucune n'était réglée, et c'est là un point important, car on connaît l'influence de la menstruation sur l'élimination des principes urinaires; les petits malades étaient en outre soumis à un régime fixe, dont le lait formait la base. Voici les principales données que M. Labbé déduit de ces recherches :

Le volume de l'émission urinaire suit dans la scarlatine et la diphtérie un cycle régulier. Dans la première de ces affections, on remarque au début une période d'oligurie, qui prend fin vers le sixième jour après l'éruption; à ce moment, la diurèse devient plus active, pour atteindre son maximum au bout de deux à quatre jours, par conséquent du huitième au dixième. C'est vers le troisième ou le quatrième jour qui suit le début de l'angine, dans la diphtérie, que se trouve placé le minimum; la courbe tend ensuite vers un maximum auquel elle arrive du huitième au onzième jour. Mais il n'en est ainsi que dans les formes d'intensité moyenne; dans les cas graves, au contraire, « il n'y a pas plus de cycle urinaire qu'il n'y a de cycle thermique ». La densité varie naturellement en raison inverse de la quantité.

L'acidité, généralement augmentée, surtout dans la diphtérie, paraît liée au taux de l'acide phosphorique; et ce taux suit lui-même une courbe sensiblement parallèle à celle du volume; la gravité de l'infection ou l'apparition de complications l'exagèrent souvent.

L'urée passe, dans la scarlatine, par une succession de phases assez régulière : on note un minimum vers le cinquième jour de l'éruption, puis le maximum est atteint en quarante-huit heures et, à partir de ce moment, la décroissance se fait lentement et progressivement; au quinzième jour, l'élimination de l'urée est redevenue normale, quoique d'ordinaire elle reste un peu exagérée. Dans la diphtérie le cycle est moins constant; on observe souvent une véritable décharge uréique dès le début de la maladie.

Les pigments biliaires ne furent rencontrés qu'assez rarement : dans 35 % des cas de scarlatine, dans 25 % des cas de diphtérie. L'urobilinurie et l'indicanurie furent elles aussi rares et légères chez les scarlatineux; elles se montrèrent beaucoup plus fréquentes chez les diphtériques. Quant à l'albuminurie, à l'inverse de ce que l'on pourrait supposer, elle survint bien plus souvent dans la diphtérie (75 % des observations) que dans la scarlatine : 2 petits malades seulement de cette catégorie, sur 20, présentèrent une albuminurie légère et fugace.

La perméabilité rénale, étudiée au moyen de l'élimination du bleu de méthylène, parut un peu diminuée chez les scarlatineux, mais elle resta normale chez les diphtériques. Enfin, par la cryoscopie, l'auteur put s'assurer que la diurèse est peu ou pas troublée dans la scarlatine et la diphtérie d'intensité moyenne, tandis qu'on observe une inversion de la formule d'élimination dans les cas compliqués (troubles cardiaques, suppurations, etc.). (*Thèse de Paris*, 1903.) — F. F.

Du myélome multiple des os avec albumosurie, par MM. P. Vignard et L. Gallavardin.

L'expression de *myélome* a été employée pour la première fois par Rustitzky, en 1872, à propos d'un néoplasme qui vraisemblablement était un endothéliome. Depuis, diverses descriptions de myélomes ont été relatées, d'ailleurs sous des dénominations variées, certains cas ayant été désignés sous le nom de sarcomes multiples des os (Léger, Wieland), d'autres sous celui de cancer primitif généralisé des os (Sandhoff) ou d'ostéite primaire sarcomateuse à rechute (Hammer). M. K. Winkler, en 1900, a fait en détail l'étude des myélomes, en s'attachant à les différencier par des caractères anatomo-cliniques aussi tranchés que possible des autres variétés de tumeurs osseuses, uniques ou multiples, avec ou sans généralisation viscérale, et, dans son travail, il attire l'attention sur l'*albumosurie*, dont il fait une des caractéristiques des myélomes. Cette étude des myélomes avec albumosurie a été reprise par MM. Vignard et Gallavardin à propos d'un cas de myélome multiple des os, qu'ils ont eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ces myélomes ont pour siège exclusif le squelette et plus particulièrement les os à moelle rouge; ce sont surtout les côtes, le sternum, les vertèbres qui constituent le terrain de prédilection de ces néoplasmes. Tandis que les tumeurs malignes sont ordinairement uniques au début, les myélomes multiples des os paraissent, au contraire, être tous contemporains, sans qu'il soit possible de distinguer parmi eux une tumeur primitive et des noyaux secondaires. Enfin, dans toutes les autopsies faites avec soin on signale, en insistant sur cette particularité, l'absence de généralisation viscérale.

L'analyse des symptômes observés dans les cas publiés montre combien l'affection est polymorphe et obscure au point de vue clinique. De tous les signes fournis par l'examen du malade, aucun n'a par lui-même une valeur définitive. Dans certains cas l'esprit pourra être mis en éveil par l'état rapidement cachectique et émacié de sujets qui ne présentent dans leurs antécédents pathologiques, ou de par l'examen de leurs viscères, aucune tare apparente; les douleurs vives, continues, diffusées à toute la cage thoracique, constitueront aussi un symptôme avertisseur. Il n'est pas jusqu'à la présence de lésions extérieures visibles qui ne soit capable de dérouter l'observateur; la constatation d'une ou de deux tumeurs pourra tout au plus faire songer au sarcome plus ou moins généralisé.

Un seul caractère, jusqu'à présent, paraît susceptible de donner des indications précises : c'est l'albumosurie, dont la première observation a été publiée en 1847 par H. Bence Jones, et qui semble presque pathognomonique de l'existence des myélomes. Sans doute, on a pu trouver de l'albumose dans les urines d'individus atteints d'autres affections osseuses, en particulier d'ostéomalacie, mais il ne s'agissait pas de l'albumose spéciale de Bence Jones, dont les réactions sont nettes et susceptibles de peu de confusion. Toutefois de nouvelles recherches sont nécessaires pour démontrer que cette albumosurie est véritablement un caractère constant et spécifique du myélome multiple des os. (*Rev. de chir.*, janvier 1903.) — M. C.

Dacryoadénite blennorrhagique, par M. Etiévant.

Si les dacryoadénites sont relativement fréquentes dans la plupart des maladies aiguës, elles sont par contre fort rares au cours de la blennorrhagie : M. Etiévant n'a pu relever dans la littérature médicale que 4 cas de ce genre. Il n'est donc pas sans intérêt de signaler le fait qu'il a observé.

Un jeune homme, au cours d'une blennorrhagie durant depuis trois ans, éprouva subitement des douleurs orbitaires bilatérales, irradiant au front. Du côté droit se montrèrent bientôt tous les signes d'une violente inflammation : paupière supérieure très enflée, un peu de chémosis à la partie externe de la conjonctive bulbaire, globe oculaire dévié en dedans, mouvements d'abduction limités et douloureux, diplopie homonyme. Au niveau de la région lacrymale on sentait à la palpation une tuméfaction profonde, douloureuse à la pression. La température atteignait 38°5. Les mêmes phénomènes se déclarèrent, vingt-quatre heures plus tard, du côté de l'œil gauche; en relevant la paupière supérieure on voyait la glande lacrymale grosse comme une amande.

Après cinq jours d'un traitement résolutif et antiphlogistique, les phénomènes s'amendèrent; le malade s'aperçut que le tampon de coton du côté droit était souillé de pus; la douleur disparut à droite et la température baissa. A gauche, les symptômes s'améliorèrent au bout de dix jours, sans suppuration. Enfin, quelque temps après, il ne restait plus trace de l'affection.

L'examen bactériologique démontra très nettement l'existence du gonocoque dans le pus qui souillait le tampon de coton.

L'auteur relate un autre cas analogue, moins démonstratif toutefois, attendu que, la suppuration ayant fait défaut, l'examen bactériologique ne put pas être pratiqué.

Chez les deux malades, toute trace d'induration disparut, mais il n'en est pas toujours ainsi, car il peut persister une hypertrophie de la glande déterminant de la gêne fonctionnelle. (*Lyon méd.*, 29 mars 1903.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à la pathologie et au traitement des sténoses syphilitiques de la trachée, par M. A. Strubell.

L'auteur relate l'observation d'un homme de quarante-trois ans qui, ayant contracté la syphilis dix-sept années auparavant, n'avait jamais suivi un traitement approprié. Lorsqu'il se présenta en 1899 à la clinique d'Iéna, il était porteur, au niveau des bras et des jambes, d'ulcérations dont la nature spécifique ne faisait pas de doute. Il avait, en outre, la voix enrouée, et l'examen du larynx montra les bandes ventriculaires rouges et tuméfiées, les cordes vocales ulcérées dans leur tiers postérieur, hypertrophiées et épaissies dans leurs deux tiers antérieurs. Les autres organes n'offraient rien d'anormal, mais le malade paraissait très affaibli et anémié.

On institua aussitôt le traitement spécifique, sous l'influence duquel les ulcérations finirent par se cicatriser et l'état général par s'améliorer. Toutefois, dans le courant de la sixième semaine, le patient devint complètement aphone et il se déclara une dyspnée qui s'aggrava rapidement. On put s'assurer alors que la glotte ne subissait aucune dilatation pendant l'inspiration, la corde vocale gauche étant située au-dessus de la droite. Les ulcérations de la partie postérieure du larynx avaient gagné en étendue et il s'était produit un gonflement énorme de toute la muqueuse qui entoure l'entrée du larynx. Le patient toussait et expectorait des mucosités épaisses, extrêmement fétides, muco-purulentes, ne renfermant pas de bacilles tuberculeux.

Comme il fallait à tout prix soulager le malade, on tenta d'abord la dilatation du larynx à l'aide des sondes en caoutchouc durci de Schrötter. Mais on dut bientôt renoncer à leur emploi, vu l'impossibilité de leur donner une courbure appropriée. C'est alors que M. Strubell commença la dilatation au moyen de sondes uréthrales métalliques; après plusieurs tentatives, il parvint à introduire dans le larynx, à travers l'orifice postérieur, la sonde de plus faible calibre. Il rencontra un premier obstacle immédiatement au-dessous des cordes vocales. La dilatation fut ensuite répétée tous les jours, avec des sondes de plus en plus volumineuses, sans préjudice du traitement spécifique qui consistait surtout en frictions mercurielles. Deux semaines environ après le début de la dilatation, le malade rendit, dans un accès de toux plus violent que d'habitude, deux morceaux de cartilage dépourvus de périchondre; et quelques jours plus tard il fut pris subitement d'un accès de suffocation extrêmement violent, qui se termina par l'expulsion d'un corps rond, du volume d'une fève et ayant toutes les apparences et la consistance d'une gomme. La dyspnée persistant toujours, on continua la dilatation; l'obstacle qui siégeait immédiatement au-dessous des cordes vocales avait disparu, mais il en existait un autre situé beaucoup plus bas. Au bout de quatorze nouvelles séances de dilatation, le patient rejeta, après beaucoup d'efforts, avec quelques esquilles cartilagineuses, une tumeur ronde, du volume d'une cerise, de consistance gommeuse. A partir de ce jour il se sentit soulagé, commença à aller de mieux en mieux et put quitter la clinique complètement guéri.

Il s'agissait donc d'une forme rare de sténose trachéale, à savoir de l'obstruction de la trachée par des gommes circonscrites, ce qui n'exclut pas, d'ailleurs l'existence simultanée d'une infiltration gommeuse diffuse de la trachée et

de l'espace sous-glottique. La preuve que les tumeurs en question étaient bien des gommes, et non des polypes sous-glottiques, est fournie par ce fait que leur expulsion fut ou précédée ou accompagnée du rejet de débris de cartilage.

L'auteur se déclare adversaire de la trachéotomie dans les cas de sténose syphilitique du larynx et de la trachée, et cela pour deux raisons : 1° à cause de l'hémorrhagie souvent très inquiétante que détermine l'ouverture d'une trachée dont la muqueuse présente une infiltration syphilitique; 2° dans le but d'éviter une sténose secondaire par du tissu de granulation, lequel se forme d'autant plus facilement et d'autant plus abondamment qu'il s'agit d'individus affaiblis, cachectisés, obligés de porter la canule pendant des mois et dont la trachée infiltrée oppose à cette irritation prolongée une résistance pour ainsi dire nulle. Il faut donc s'en tenir aux moyens conservateurs, au premier rang desquels figure la dilatation, et celle-ci se fera plus aisément avec des sondes métalliques, dont on peut modifier la courbure à volonté, qu'avec des sondes rigides, dans le genre de celles de Schrötter. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 novembre 1902.) — S. J.

L'incision transversale du fond de l'utérus dans l'opération césarienne par la méthode de Fritsch est-elle plus avantageuse que l'incision longitudinale ? par M. F. Curschmann.

Un certain nombre d'accoucheurs ont abandonné, dans le cas d'opération césarienne, l'incision longitudinale médiane de l'utérus pour recourir à l'incision transversale du fond de cet organe, selon le procédé de M. Fritsch. M. Curschmann, après avoir réuni 119 observations appartenant à cette dernière catégorie de faits, discute, dans le présent travail, la valeur respective des deux méthodes.

Un des principaux avantages de l'incision de Fritsch serait d'exposer à des hémorrhagies moindres, parce qu'elle serait parallèle à la direction des vaisseaux pariétaux de l'utérus. Les premières divisions des artères utérines ou utéro-ovariennes sont en effet transversales, mais il faut remarquer que leurs ramifications ultérieures sont reliées par des anastomoses verticales aussi grosses et aussi nombreuses que les branches horizontales; il est vrai que, d'autre part, la ligne médiane de l'utérus gravide est très loin d'être dépourvue de vaisseaux. Somme toute, il semble permis de conclure *a priori* que les deux incisions se valent au point de vue de l'hémorrhagie. En tout cas la pratique ne confirme nullement la prétendue supériorité de l'incision de Fritsch : sur 90 observations renfermant des renseignements à cet égard, l'hémorrhagie ne fut insignifiante que dans 26 cas (28.8 %); elle fut médiocre dans 34 (37.7 %), considérable dans 27 (30 %), très considérable dans 3 (3.3 %).

Lorsqu'il s'agit d'éviter le placenta, l'avantage revient incontestablement à l'incision transversale. La statistique démontre en effet que, grâce à elle, on ne rencontre le placenta que dans 15 % des cas, alors que l'incision longitudinale l'intéresse dans près de la moitié des faits (42.2 %). L'extraction du fœtus semble à peu près aussi facile avec une méthode qu'avec l'autre; l'incision longitudinale médiane est cependant préférable, s'il s'agit d'une présentation du tronc.

Mais le grand inconvénient de l'opération de Fritsch paraît résider dans la situation de la suture. Indépendamment de ce fait qu'elle porte sur une paroi généralement un peu moins épaisse que la face antérieure, elle est en quelque sorte abandonnée en plein ventre, si, ce qui est assez commun, l'utérus ne se trouve pas dans une antéversion bien exacte et bien symétrique. La suppuration, au cas où elle se produirait, pourrait donc facilement gagner la grande séreuse. De plus, il se forme des adhérences entre le fond de l'organe et les intestins, d'où iléus post-opératoire assez fréquent. Avec l'incision longitudinale, le danger est moindre : alors même qu'elle ne serait pas exactement placée derrière la ligne blanche, elle s'en trouve dans son ensemble beaucoup plus rapprochée que l'incision transversale. Il semble que cette dernière considération doive faire pencher la balance en faveur de la méthode classique. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août, octobre et novembre 1902.) — R. DE B.

Un cas de pneumonie gonococcique, par M. Bressel.

On sait depuis longtemps que les gonocoques, loin de rester toujours cantonnés dans le canal de l'urèthre, peuvent envahir différents organes de l'économie, notamment les articulations et le cœur. Mais, à en juger d'après les recherches de M. Bressel, on ne trouverait, dans la littérature médicale, aucune mention relative à la présence de l'agent pathogène en question dans le poumon. Or, l'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de pneumonie due au gonocoque.

Il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, qui avait été traité à l'hôpital, pendant un mois et demi environ, pour une blennorrhagie aiguë avec écoulement très abondant. Sorti à peu près complètement guéri, il ne tarda pas à se faire recevoir de nouveau à l'hôpital, l'écoulement ayant réapparu. Au bout de trois jours de traitement, la sécrétion diminua notablement, mais en même temps le malade commença à se plaindre de violents maux de tête et la température s'éleva rapidement à 39°8. Les jours suivants, le thermomètre continua à osciller autour de 40°, et bientôt on vit se déclarer la plupart des symptômes caractéristiques de la pneumonie. A l'examen des crachats, on trouva des diplocoques se décolorant par le procédé de Gram et qui, en raison de leur forme et de leur situation intracellulaire, devaient être considérés comme des gonocoques. Ce diagnostic bactériologique fut, d'ailleurs, pleinement confirmé par les ensemencements pratiqués avec le sang recueilli au quatrième jour de la maladie et qui donnèrent de nombreuses colonies typiques de gonocoques. Répétés quelques jours plus tard, lorsque l'agent pathogène était déjà localisé au poumon, les ensemencements du sang restèrent stériles.

En ce qui concerne l'évolution clinique de l'affection, il y a lieu de noter que la défervescence thermique se fit en lysis, à partir du second septénaire, pour être complète au bout de quatre jours, tandis que l'état local resta stationnaire pendant quelque temps encore. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mars 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Contribution à la pathogénie de la tétanie gastrique, par M. L. D'Amato.

Si la tétanie d'origine gastrique est connue depuis longtemps déjà, par contre l'accord est loin d'être complet sur la pathogénie de cette manifestation; et quoique la théorie qui l'attribue à une intoxication rallie à l'heure actuelle la majorité des suffrages, les recherches expérimentales entreprises à cet égard ont donné des résultats assez contradictoires, car tous les auteurs n'ont pu arriver à déterminer des phénomènes rappelant le tableau clinique de la tétanie gastrique au moyen de substances extraites de l'estomac des malades atteints de cette affection.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un homme de trente-deux ans, souffrant de l'estomac depuis cinq années et qui présentait une gastrosucorrhée typique avec gastrectasie et sténose pylorique organique. Ce malade avait été sensiblement amélioré par un régime alimentaire convenable, quand on voulut essayer chez lui le traitement par l'huile d'olive à faibles doses, préconisé dans les cas de sténose pylorique.

Dès la seconde ingestion de 25 grammes d'huile, le patient vit son état empirer, et bientôt éclatait chez lui une tétanie gastrique bien caractérisée, à laquelle il ne tarda pas à succomber. L'acidité du suc gastrique qui, avant l'accès, était exagérée (2.94 ‰ d'acidité totale, avec 2.15 ‰ d'acide chlorhydrique libre), baissa considérablement dès le début de la tétanie : elle n'était plus que de 1.49 ‰, dont 0.75 ‰ seulement d'acide chlorhydrique libre.

C'est avec le contenu stomacal rejeté par cet homme durant l'accès, et dont près de 2 litres avaient pu être recueillis, que l'auteur a expérimenté. L'injection de ce liquide sous la peau de cobayes n'ayant donné de résultats qu'à des doses élevées (de 15 à 30 c.c.), M. D'Amato le concentra au bain-marie, de façon à ramener à 20 c.c. une quantité primitive de 400 c.c., et c'est par voie sous-duremérienne qu'il introduisit cet extrait : aux doses de 0 c.c. 2 à 0 c.c. 8, il vit survenir chez les animaux (lapins et cobayes), des phénomènes dyspnéiques avec myosis, trismus, secousses convulsives succédant à une phase parétique, enfin mort plus ou moins rapide, en un mot un ensemble de symptômes rappelant de très près la tétanie spontanée. Par injection intraveineuse, les mêmes effets furent obtenus, mais avec des doses plus élevées (1 c.c. 5 à 2 c.c. 5); l'activité de l'extrait injecté sous la peau était moindre encore, et il en fallut 5 c.c. pour tuer un lapin de 1,940 grammes.

L'auteur s'efforça ensuite d'isoler des matières vomies par son malade la substance toxique à l'état de pureté. De 500 c.c. de ce résidu gastrique, traités par la méthode de Brieger-Kulneff, il put extraire 0 gr. 08 centigr. environ d'un corps cristallisé, qu'il fit dissoudre dans 30 c.c. d'eau. L'introduction sous la dure-mère d'un lapin de plus de 2 kilos de 0 c.c. 9 de cette solution fit périr l'animal en deux heures au milieu de phénomènes spasmodiques, tant toniques que cloniques; la dose de 0 c.c. 2 détermina seulement de l'abattement, de la dyspnée et du myosis, mais le lapin se rétablit. Des effets analogues furent obtenus par l'injection intraveineuse ou sous-cutanée de doses plus élevées (de 2 c.c. à 10 c.c.).

Ajoutons que des expériences de même genre, effectuées avec le suc gastrique d'un malade atteint de gastrosucorrhée sans tétanie, eurent un résultat entièrement négatif.

Ainsi donc, il est incontestable que, dans le présent cas, la tétanie était causée par une substance toxique contenue dans l'estomac. Mais l'auteur ne croit pas qu'on puisse généraliser cette conclusion : si la tétanie est un syndrome bien défini, elle n'a pas d'unité étiologique, et l'on ne saurait attribuer à la même cause que la tétanie gastrique les accès survenant après l'ablation du corps thyroïde ou au cours de diverses maladies infectieuses, particulièrement de l'enfance. (*Riforma med.*, 4 février 1903.) — F. F.

Les intoxications bactériennes et la dégénérescence graisseuse des organes, par M. O. Torri.

La fréquence de la dégénération adipeuse de divers viscères, dans nombre d'affections microbiennes, a conduit l'auteur à reprendre l'étude de cette question, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'expérimental.

Ses recherches ont porté sur le foie, les reins et le cœur de 30 sujets morts de maladies infectieuses variées (diphtérie, pneumonie, fièvre typhoïde, septicémie, pemphigus, accès paludéen pernicieux, tuberculose) et de 6 individus ayant succombé à un empoisonnement par des champignons, ainsi que sur les mêmes organes de 27 animaux infectés avec le bacille de Löffler, le colibacille ou le bacille de Koch, ou encore intoxiqués par la toxine diphtérique ou la tuberculine.

Il résulte de ces investigations que le foie est le viscère le plus fréquemment touché par la dégénérescence graisseuse : sur 13 des 36 foies humains que M. Torri a examinés, cette dégénérescence était intense; sur 17 elle était assez marquée; sur 5 elle était légère; une fois seulement elle faisait entièrement défaut. En ce qui concerne le rein, l'auteur range 8 cas dans la première catégorie, 10 dans la seconde, 14 dans la troisième; 4 fois l'altération en question manquait. Pour le cœur, la dégénérescence adipeuse est sensiblement plus rare; elle fut constatée 20 fois seulement.

Il importe de signaler que, chez les 6 individus morts d'une intoxication par les champignons, les résultats furent positifs tant pour le cœur et les reins que pour le foie, et que dans ces divers viscères la dégénération était très accusée.

Chez les animaux (lapins, cobaye), M. Torri a obtenu des chiffres à peu près comparables à ceux qui concernent l'homme : il signale, sur 27 cas, une fois une dégénérescence prononcée de la glande hépatique, 6 fois une dégénérescence moyenne, 17 fois une dégénérescence discrète; quant au rein, il fut touché 7 fois, et d'une façon légère; le cœur offrait aussi chez 7 animaux un certain degré de dégénération graisseuse.

En somme, l'auteur conclut de ces recherches que, si l'empoisonnement par les champignons détermine d'une façon constante une

dégénérescence graisseuse typique, il n'en est pas de même des intoxications bactériennes, à l'égard desquelles les divers viscères peuvent d'ailleurs se comporter différemment les uns des autres. Au point de vue de la topographie des lésions, la dégénération du foie — sauf dans l'intoxication par les champignons, où elle est massive — est presque régulièrement localisée à la périphérie et au centre des *acini*; pour le rein, c'est dans les *tubuli contorti* qu'elle prédomine; quant au cœur, elle est disséminée et paraît indépendante des phénomènes de segmentation de la fibre cardiaque qui coexistent avec elle.

La cause de la dégénérescence graisseuse serait à chercher, pour M. Torri, dans une action directe de la substance toxique sur les éléments cellulaires eux-mêmes. (*Policlinico*, partie méd., IX, 12.) — F. F.

L'hémostase dans les résections de la rate, par M. G. Lionti.

Depuis que l'on connaît mieux les multiples rôles physiologiques que remplit la rate, ce n'est qu'en cas de nécessité absolue qu'une splénectomie totale se trouve légitimée; malheureusement les résections partielles de cet organe, indiquées en cas de blessure, rupture traumatique, etc., se heurtent à un sérieux obstacle, à savoir la difficulté d'obtenir l'hémostase, car la ligature des vaisseaux sectionnés ou de ceux du hile et les diverses autres méthodes usuelles sont ici impraticables. Cela étant, M. Lionti a institué des recherches expérimentales sur un procédé imité de celui que M. Bonanno a naguère préconisé pour les résections du foie, et qu'il propose d'appeler *suture intrasplénique*. Voici en quoi il consiste :

Un long fil de soie est armé de grosses aiguilles rondes et presque droites, au nombre de trois, quatre ou plus encore, selon l'épaisseur de l'organe. On passe la première aiguille, de la face concave vers la face convexe de la rate, à un peu plus d'un centimètre du bord libre, et à environ huit millimètres en deçà de la limite de la future résection; un centimètre plus loin, on passe la seconde aiguille, puis la troisième, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait atteint le bord opposé. A ce moment, on sectionne le fil au ras du chas de chaque aiguille, et l'on obtient ainsi une série d'anses de soie comprenant dans leurs concavités toute l'épaisseur du parenchyme splénique; on les noue deux à deux en les serrant modérément. Ceci fait, on exécute la résection : la partie réséquée sera taillée en coin, de façon que la portion conservée présente, sur une coupe, l'aspect d'un V; quelques points détachés, faits avec une aiguille à suture intestinale et de la soie très fine, réunissent l'une à l'autre les branches de ce V, ce qui a pour effet de recouvrir la surface de section d'une couche de tissu splénique munie de son revêtement séreux.

L'auteur a expérimenté ce procédé sur cinq chiens de grosse taille; un de ces animaux a péri accidentellement au sixième jour à la suite d'une éventration par rupture des sutures de la paroi; les quatre autres furent sacrifiés du douzième au quarantième jour; chez tous, la plaie splénique était parfaitement cicatrisée et adhérente à l'épiploon. (*Riforma med.*, 15 avril 1903.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La compression pubio-manuelle de l'utérus comme moyen de traitement des hémorrhagies après la délivrance.

Le nombre même des moyens thérapeutiques préconisés contre les hémorrhagies survenant après la délivrance prouve qu'aucun d'entre eux n'est parfait et ne saurait être érigé en méthode applicable à tous les cas. Cela étant, il nous paraît utile de signaler ici un procédé de traitement de ces hémorrhagies, employé couramment par M. le docteur Fochier, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon, et que M. le docteur J. Reure a décrit dans sa thèse inaugurale.

Partant de ce fait que les hémorrhagies en question sont dues à l'inertie de l'utérus et que les zones de ramollissement sont, en pareille occurrence, localisées le plus souvent à la face postérieure de l'organe, M. Fochier s'applique à agir principalement sur cette face postérieure. De plus, alors que les procédés usuels de compression externe abaissent l'utérus, le font descendre et plonger dans l'excavation pelvienne, modifiant plus ou moins la direction de son axe et augmentant de la sorte la congestion utérine, notre confrère cherche, au contraire, à soulever la matrice, à la faire saillir hors du bassin, tout en la maintenant dans l'axe de l'excavation. A cet effet, l'accoucheur, se tenant du côté gauche de la patiente, plonge l'extrémité des quatre doigts réunis de la main droite en arrière de l'utérus, entre celui-ci et la colonne vertébrale, déprimant ainsi la paroi abdominale qu'il aborde au niveau de la région ombilicale. La main est dirigée parallèlement à l'axe du détroit supérieur; elle peut, d'ailleurs, se laisser guider par la paroi postérieure de l'utérus, si celle-ci est suffisamment consistante, et, en suivant cette paroi, descendre assez bas pour dépasser les limites de la portion contractile du muscle utérin. La main est alors reportée en masse en avant, de manière à comprimer la matrice dans toute sa hauteur, soit contre le pubis, soit contre la main gauche étendue à plat sur la paroi abdominale, au-devant de l'utérus, et dont le bord cubital appuie sur le pubis, de sorte que la paume prolonge en quelque sorte le plan rétro-pubien au-dessus du détroit supérieur.

La manœuvre dont il s'agit réaliserait, par conséquent, une véritable translation en masse du muscle utérin, et non pas une antéflexion, comme cela a lieu dans le procédé préconisé par M. le docteur Sava (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CXXXIV).

Ce moyen permettrait d'apprécier tous les détails de résistance de l'utérus, en particulier de sa paroi postérieure, et de régler l'étendue et la durée de la compression suivant l'état de cette résistance. Comme la compression peut être suspendue pendant les contractions, la manœuvre est susceptible d'être prolongée pendant longtemps sans fatigue pour l'accoucheur; elle ne nécessite, d'ailleurs, ni grand déploiement de force musculaire, ni effort soutenu. Le procédé en question offrirait enfin l'avantage de n'exiger aucun préparatif et, partant, aucune perte de temps; aussi, avant de recourir à une injection d'eau chaude et en attendant que celle-ci soit prête, pourrait-on toujours essayer la compression pubio-manuelle de la matrice.

Le tubage du pharynx pour faciliter l'anesthésie dans les opérations sur la face.

On sait que, dans les interventions sur la cavité buccale, sur les maxillaires et sur le nez, on se heurte à deux difficultés considérables : d'une part, il est malaisé d'éviter la pénétration de sang dans les voies respiratoires et, d'autre part, on éprouve beaucoup de peine à administrer l'anesthésique sans empiéter sur le champ opératoire. Afin de remédier à cet état de choses, M. le docteur G. W. Crile, chirurgien du Lakeside Hospital et du St. Alexis Hospital de Cleveland, a adopté, depuis un an environ, le procédé suivant :

Le patient étant complètement anesthésié, on cocaïnise le pharynx et on introduit à travers les narines deux tubes à drainage aussi gros que possible, que l'on pousse jusqu'au niveau de l'épiglotte. Cela fait, on ouvre largement la bouche du malade, on attire la langue au dehors et on tamponne le pharynx avec de la gaze. Les tractions exercées sur la langue ayant pour effet de projeter la base de cet organe en avant, il se forme en cet endroit une sorte de chambre à air avec laquelle communiquent les tubes en caoutchouc et le larynx.

Le procédé en question présenterait l'avantage de permettre d'administrer l'anesthésique tout à fait en dehors du champ opératoire et de placer le patient dans la position la plus favorable sans avoir à redouter la pénétration de sang dans les voies aériennes. Lorsqu'il s'agit d'interventions portant sur la bouche, le tamponnement du pharynx aurait, en outre, pour effet de débarrasser le champ opératoire des mucosités qui, en pareille occurrence, encombrent la cavité bucco-pharyngienne.

Il va sans dire que le même procédé peut être utilisé, le cas échéant, dans les opérations intéressant des régions autres que la face. On pourrait, d'ailleurs, faciliter encore plus l'administration de l'anesthésique en adaptant un entonnoir aux tubes à drainage.

Incision dissimulée pour la cure radicale des hernies inguinales chez la femme.

Chez trois jeunes femmes appelées à subir l'opération de la hernie inguinale, M. le docteur H. Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris, afin de ne laisser subsister aucune trace apparente de l'intervention, a eu l'idée de dissimuler la cicatrice en utilisant une incision très courte (4 centimètres), menée dans l'axe du mont de Vénus et aboutissant à la commissure antérieure des grandes lèvres : elle est ainsi cachée dans la partie la plus touffue de la toison prépubienne. Cette incision traverse toute la couche graisseuse, jusqu'aux fibres aponévrotiques. Après avoir détaché de l'aponévrose la lèvre correspondant à la hernie, et l'avoir mobilisée par section de quelques tractus cellulo-élastiques, on la charge sur un écarteur et on la récline fortement, de façon à amener la petite plaie en regard de l'orifice externe du trajet inguinal. Les piliers de l'anneau inguinal une fois reconnus et mis à nu, on saisit entre eux le paquet cellulo-adipeux dans l'épaisseur duquel doit se trouver le sac. Celui-ci est amené à l'extérieur; puis, on mobilise graduellement le canal séreux et le péritoine sus-herniaire et on place une ligature au-dessus du collet du sac, de manière à réséquer en totalité la formation herniaire. Il ne reste alors qu'à consolider le trajet inguinal par froncement de sa paroi antérieure et par quelques fils placés sur l'aponévrose du grand oblique. Les lèvres de la plaie sont ensuite réunies par deux plans de sutures, un plan profond au catgut, rapprochant les masses cellulo-adipeuses du mont de Vénus et restituant sa forme à ce dernier, et un plan superficiel, exclusivement cutané, à la soie très fine.

Au point de vue de la solidité de la cure, le manuel opératoire dont il s'agit ne le céderait en rien à la technique habituelle, mais il va sans dire que l'étroite boutonnière prépubienne ne peut suffire que dans les cas où la hernie est petite et aisément réductible et où la paroi abdominale est assez résistante pour ne pas nécessiter une réfection laborieuse et compliquée. Par contre, toutes les fois que l'on peut prévoir une difficulté, une manœuvre délicate exigeant le libre contrôle de la vue et des doigts, l'incision directe s'impose.

La compression de l'abdomen et du thorax comme moyen de traitement de la coqueluche.

Depuis plusieurs mois, M. le docteur Th. W. Kilmer (de New-York) traite avec succès la coqueluche par le procédé suivant : il applique sur l'abdomen et sur le thorax du petit patient un bandage de corps, comme s'il s'agissait de mouler le tronc dans un appareil plâtré. La bande s'étend des creux axillaires jusqu'au pubis et doit être assez serrée. Pour l'empêcher de glisser, on la maintient à l'aide de deux bretelles. Sur ce bandage, on fixe, au moyen de quelques points, une bande élastique qui ne recouvre que l'abdomen.

Le port de cette ceinture exercerait une action très efficace sur les vomissements, particulièrement fréquents au cours de la coqueluche, et qui sont, comme on le sait, très dangereux, surtout chez les nourrissons, car ils peuvent amener l'enfant à l'inanition absolue. Si les vomissements continuent après l'application de la bande élastique, c'est que celle-ci n'est pas suffisamment serrée.

Les effets favorables de la compression ne se borneraient pas à cette action inhibitrice sur les vomissements : pendant la période des quintes, il suffirait d'envelopper le thorax d'une bande élastique pour voir les accès diminuer d'intensité.

Le seul inconvénient — peu grave d'ailleurs — du procédé en question consisterait en une éruption eczémateuse qui se montre parfois sur les téguments sous-jacents au bandage et qui disparaîtrait, du reste, dès qu'on cesse la compression.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le faisceau de Türck (faisceau externe du pied du pédoncule).

Il est, dans le pied du pédoncule cérébral, à la partie externe de la voie pyramidale, un faisceau spécial que l'on désigne, en anatomie nerveuse, sous le nom de faisceau de Türck. La dégénération de ce faisceau a été considérée comme rare, si rare que Charcot a pu écrire jadis que ce faisceau pédonculaire externe ne dégénérait jamais, et que la plupart des auteurs n'ont rapporté que des cas isolés de sa dégénération. Nous dirons cependant, avant d'aborder l'historique de ce sujet, que les travaux de M. et Mme Dejerine ont précisé avec beaucoup d'exactitude le trajet du faisceau de Türck. Quant à nous, au cours des recherches que nous poursuivons depuis plusieurs années sur les dégénérations secondaires du névraxe, nous avons eu l'occasion — par suite d'un heureux hasard peut-être — de rencontrer un nombre vraiment très grand de lésions du faisceau en question; aussi avons-nous pensé qu'il y avait intérêt à faire connaître ces faits qui formeront ainsi une contribution à ce point jadis obscur et encore discuté de l'anatomie du névraxe.

Nous croyons qu'il est nécessaire, avant de présenter nos propres observations, de rappeler succinctement l'évolution des idées des anatomistes sur la signification et le trajet du faisceau pédonculaire de Türck.

I

Meynert (1) qui, dans le pied du pédoncule cérébral, décrivait des fibres venant du corps strié, du noyau lenticulaire, etc., admettait aussi l'existence de fibres issues de l'écorce du lobe temporal et du lobe occipital. « Ces dernières occupaient la partie externe du pied du pédoncule cérébral, la partie externe de la pyramide du bulbe, formaient l'entrecroisement supérieur ou sensitif des pyramides, puis se rendaient aux noyaux des cordons de Goll et de Burdach et se continuaient indirectement avec les cordons postérieurs de la moelle. Meynert, eu égard aux cas d'hémianesthésie d'origine cérébrale rapportés par Türck, désigna ce faisceau sous le nom de faisceau de Türck ou faisceau sensitif (2). »

Charcot décrit dans le pied du pédoncule trois faisceaux correspondant aux trois régions qu'il décrit dans la capsule interne : un faisceau interne correspondant à tout le segment antérieur de la capsule interne; un faisceau médian correspondant aux deux tiers antérieurs du segment postérieur (c'est le faisceau pyramidal); enfin le faisceau externe. Voici comment Charcot (3) s'exprime au sujet de ce faisceau externe : « Dans le pied du pédoncule, du moins d'après mes observations assez nombreuses, jamais le segment externe n'est frappé de dégénération secondaire. Or, les fibres de ce segment externe sont celles que M. Meynert, dirigé par des considérations d'anatomie pure, considère comme des fibres centripètes, prolongeant les fibres sensitives spinales et les reliant aux régions postérieures de l'hémisphère. Les fibres de ce segment externe remonteraient donc directement dans le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule. Ce n'est là qu'une hypothèse sans doute, mais c'est une hypothèse assez vraisemblable et qui méritera dans les recherches ultérieures d'être prise en considération. »

M. Brissaud (1) et M. Gilbert Ballet (2), dans leurs thèses inaugurales inspirées par Charcot, admettent aussi que le faisceau de Türck est un faisceau sensitif qui ne dégénère pas à la suite de lésions corticales ou centrales.

M. Dejerine (3), en 1893, dans un travail sur la constitution du pied du pédoncule cérébral, a démontré que le faisceau de Türck avait une origine corticale et provenait du lobe temporal. Cette même opinion est développée par M. et Mme Dejerine (4) dans leur traité d'« Anatomie des centres nerveux » : ces auteurs font du faisceau de Türck un faisceau temporo-protubérantiel. De plus, ils ont constaté la dégénération rétrograde du même faisceau à la suite de lésions protubérantielles détruisant la partie supéro-postéro-externe des noyaux pontiques.

Voyons maintenant la description du faisceau de Türck d'après les auteurs des autres traités classiques d'anatomie du système nerveux.

M. Edinger (5), faisant la remarque qu'il n'y a dans la science qu'un nombre restreint de cas de dégénération du pied du pédoncule bien observés, dit qu'il est difficile d'être affirmatif sur la structure de cette région.

M. von Bechterev (6) considère le faisceau externe du pied du pédoncule comme une voie temporo-occipito-protubérantielle. Il pense que par l'embryologie on peut distinguer deux systèmes de fibres dans ce faisceau.

La systématisation du pied du pédoncule, d'après M. Obersteiner (7), est assez complexe. Cet auteur distingue de dedans en dehors un faisceau fronto-protubérantiel (*frontale Brückenbahn*) dégénérant après les lésions du segment antérieur de la capsule interne. A la partie interne de ce faisceau fronto-protubérantiel, il figure, avec un point d'interrogation, une petite zone dont il ignore la signification. En dehors du faisceau fronto-protubérantiel existe le faisceau cortico-bulbaire (*cortico-bulbäre Bahn*), puis les faisceaux cortico-spinaux (*cortico-spinale Bahnen*). L'auteur indique ensuite un faisceau spécial pour la sensibilité musculaire, et le faisceau de Türck ou temporo-protubérantiel (*temporale Brückenbahn*). Dans son schéma, il désigne le faisceau de Türck sous le nom de partie sensitive du pied du pédoncule (*sensibler Anteil des Hirnschenkelfusses*). A la partie la plus externe du pied du pédoncule est encore un faisceau nommé par l'auteur « faisceau allant du ruban de Reil au pied du pédoncule » (*Bündel von der Schleife zum Fuss*). Entre le locus niger et les faisceaux du pied du pédoncule, M. Obersteiner décrit un espace en forme de demi-lune qu'il appelle stratum intermédiaire, espace dont les fibres entreraient en relation avec les cellules de la substance noire.

Pour M. Van Gehuchten (8), qui s'appuie surtout sur les conclusions de M. Dejerine, les fibres du faisceau de Türck relient la sphère auditive aux masses grises qui constituent les noyaux du pont. Là elles se mettent en connexion avec les cellules d'origine de la voie ponto-cérébelleuse et deviennent ainsi une partie constitutive de la voie motrice centrale secondaire ou voie motrice cérébelleuse.

Si l'on envisage, non plus les traités classiques, mais les observations formulées par les auteurs dans des mémoires, on voit que l'accord est loin d'être parfait.

La systématisation du pied du pédoncule, d'après M. Hösel (1), est la suivante : dans le cinquième le plus interne du pied du pédoncule est le faisceau fronto-protubérantiel; dans le deuxième cinquième, le « faisceau allant de la calotte au pied du pédoncule » (*Schleife von der Haube zum Hirnschenkelfuss*); le troisième cinquième est constitué par le faisceau pyramidal; le quatrième cinquième par le faisceau temporo-protubérantiel; dans la partie la plus interne du cinquième externe se trouve le « faisceau du pied » (*Fussschleife*); en dehors de celui-ci est la « partie occipitale des radiations optiques » (*occipitaler Hirnschenkelfuss-Anteil der Sehstrahlung*. Nous ajouterons incidemment que, d'après M. Hösel, le « faisceau allant de la calotte au pied du pédoncule » aurait son origine dans la partie inférieure des circonvolutions frontales et que le « faisceau du pied » proviendrait soit de cette même origine, soit de l'insula.

M. Probst (2), à la suite d'expériences faites sur le chat, a décrit en dehors du faisceau temporo-protubérantiel des fibres provenant de la sphère visuelle. Ces dernières occupent la partie la plus externe du pied du pédoncule et constituent la « partie occipitale des radiations optiques » (*occipitaler Hirnschenkelfuss-Anteil der Sehsphäre*). M. Hösel admet ce faisceau chez l'homme, et nous avons vu plus haut qu'il le figure dans sa systématisation du pied du pédoncule. Les fibres occipitales du pied du pédoncule, d'après MM. Probst et Hösel, se termineraient comme les fibres d'origine temporale dans la substance grise de la protubérance.

M. Flechsig (3), M. Kreuser, M. Zacher attribuent au faisceau de Türck une origine occipito-temporale. M. Herwer, dans un travail fait sur les conseils de M. von Bechterev, déclare avoir vu par l'expérimentation chez le chien que les lésions du lobe occipital sont accompagnées d'un léger degré de dégénération du faisceau de Türck, et que celle-ci est plus nette consécutivement aux lésions du lobe temporal.

M. Winkler, M. Jelgersma, M. Van Brero pensent que le faisceau de Türck vient du lobe pariétal. M. Sioli, M. Rossolimo, M. Frylinck lui donnent une origine pariéto-temporale.

M. Kam chez l'homme, MM. Ferrier et Turner chez le singe, M. Pusateri chez le chat, ont observé la dégénération du faisceau de Türck après lésions des circonvolutions temporales. MM. Mills et Spiller, d'autre part, à la suite d'une lésion de la première et de la seconde circonvolution temporale, n'ont pas constaté chez l'homme de dégénération du faisceau de Türck.

Quelques cas de dégénération du même faisceau, étudiés par la méthode de Marchi, sont figurés dans la thèse de M. Long (4).

(1) Meynert, *in* « Handbuch der Lehre von den Geweben des Menschen und der Tiere » de S. Stricker. Leipzig, 1871-72. — Les travaux de Meynert sont analysés dans les « Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau » de Charcot et dans le second volume de l'« Anatomie des centres nerveux » de M. et Mme Dejerine.

(2) M. et Mme Dejerine. Anatomie des centres nerveux. T. II, p. 86. Paris, 1901.

(3) J.-M. Charcot. Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau, p. 229. Paris, 1887.

(1) P. Brissaud. Recherches anatomo-cliniques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques. (*Thèse de Paris*, 1880.)

(2) Gilbert Ballet. Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau. (*Thèse de Paris*, 1881.)

(3) Dejerine. Sur l'origine corticale et le trajet intra-cérébral des fibres de l'étage inférieur ou pied du pédoncule cérébral. (*Mém. de la Soc. de biol.*, 1893, p. 193.)

(4) M. et Mme Dejerine. (*Loc. cit.*)

(5) E. Edinger. Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Tiere. 6e éd., p. 308. Leipzig, 1900.

(6) V. von Bechterev. Les voies de conduction du cerveau et de la moelle (trad. de l'allemand par C. Bonne), p. 392. Paris, 1900.

(7) H. Obersteiner. Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. 4e éd., p. 398 (fig. 180). Vienne, 1901.

(8) Van Gehuchten. Anatomie du système nerveux de l'homme. 3e éd. T. II, p. 470. Louvain, 1900.

(1) Hösel. Ueber secundäre Degeneration und Atrophie im Hirnschenkelfuss und Schleifenfeld nach einem Herd in der Insel und dem Fuss der unteren Stirnwindung. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1902, XXXVI, 2, p. 479.)

(2) M. Probst. Ueber den Verlauf der centralen Sehfasern und deren Endigung im Zwischen- und Mittelhirne, und über Associations- und Commissurenfasern der Sehsphäre. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1902, XXXV, 1.)

(3) M. Flechsig, dans un nouveau travail récemment publié (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars 1903, p. 202), n'admet pas l'opinion de M. Dejerine sur l'origine du faisceau de Türck au niveau des deuxième et troisième circonvolutions temporales.

(4) E. Long. Les voies centrales de la sensibilité générale (étude anatomo-clinique). (*Thèse de Paris*, 1899.)

M. Durante (1), dans un travail sur les dégénérescences secondaires, a soutenu cette opinion que, dans les cas où l'on rencontre la dégénération du faisceau de Türck, il ne s'agit pas d'une dégénérescence wallérienne ordinaire ; « Peut-être, dit-il, ce faisceau est-il vraiment ascendant et vient-il s'épanouir en ramifications terminales dans l'écorce temporale, et les observations concernant sa dégénérescence descendante ne sont-elles que des faits de dégénérescence rétrograde. »

II

On voit donc, par ce résumé des opinions des auteurs, que l'origine du faisceau de Türck est encore très discutée. Aussi pensons-nous apporter des documents intéressants pour l'étude de cette question en analysant les différents cas où, dans les *autopsies humaines*, nous avons pu observer la dégénération du faisceau pédonculaire de Türck.

A l'autopsie d'un hémiplégique, nous avons observé un ramollissement énorme et ancien dans le domaine de la sylvienne. Ce ramollissement était tellement profond qu'il avait détruit toute la face externe de l'hémisphère. Ainsi qu'on le voit sur le schéma (*fig. 1*), la

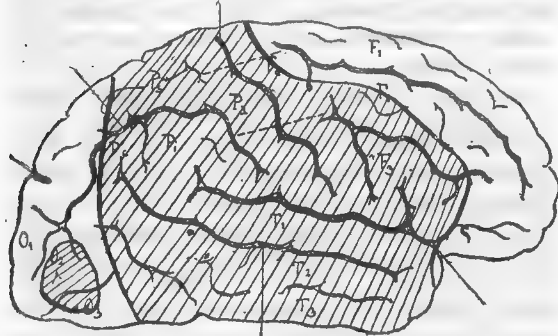


Fig. 1.

Schéma du ramollissement cortical de P...

troisième frontale et la moitié antérieure de la seconde, les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, le gyrus supramarginalis avaient totalement disparu. De même étaient détruits la première, la seconde, et une assez grande partie de la troisième temporale, le pli courbe et un segment important du lobe occipital. Sur les coupes de l'hémisphère, on constatait que le noyau caudé et le noyau lenticulaire n'existaient plus. La couche optique était conservée, mais très atrophiée. Toutes les fibres



Fig. 2.

Coupe des pédoncules cérébraux de P..., passant par la commissure de Wernekink. On constate la dégénération absolue de tout le pied du pédoncule droit, tandis que le pied du pédoncule gauche ne présente pas de dégénération.

constitutives de la capsule interne étaient détruites. Sur les coupes microscopiques de la région sous-optique et pédonculaire supérieure, colorées par les méthodes de Weigert et de Pal, on remarque la destruction complète de toutes les fibres descendantes du segment postérieur de la capsule interne *et aussi du faisceau de Türck*. Le bras du tubercule quadrijumeau antérieur et le bras du tubercule quadrijumeau postérieur sont dégénérés. Le corps de Luys est en totalité dégénéré. La région du noyau rouge est, au contraire, bien conservée. Sur les coupes du pédoncule passant par la commissure de Wernekink, on reconnaît une démyélinisation absolue de tout le pied du pédoncule (*fig. 2*). Le nombre des cellules du locus niger est considérablement diminué et celles qui subsistent ont pris la matière colorante moins vivement que celles du côté sain. La dégénération du faisceau de Türck se poursuit sur les coupes supérieures de la protubérance annulaire.

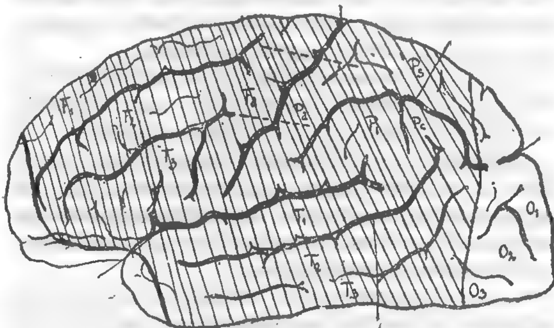


Fig. 3.

Schéma des lésions corticales survenues dans l'enfance chez S...

La *figure 3* représente une lésion corticale (sclérose atrophique) survenue dans l'enfance. Presque toutes les circonvolutions de la face externe de l'hémisphère gauche sont atteintes, sauf l'extrémité antérieure du lobe frontal et les circonvolutions du pôle occipital. Sur les coupes du pédoncule cérébral (*fig. 4*) on constate l'atrophie énorme de tout le pied du pédoncule à gauche. Le faisceau interne, le faisceau moyen et le *faisceau de Türck* sont très réduits de volume. On ne voit d'ailleurs aucun tractus de sclérose au milieu des régions atrophiées. Nous ajouterons incidemment que le pied du pédoncule droit était hypertrophié ; nous avons insisté ailleurs sur cette hypertrophie des voies descendantes du côté sain dans les lésions infantiles (1).

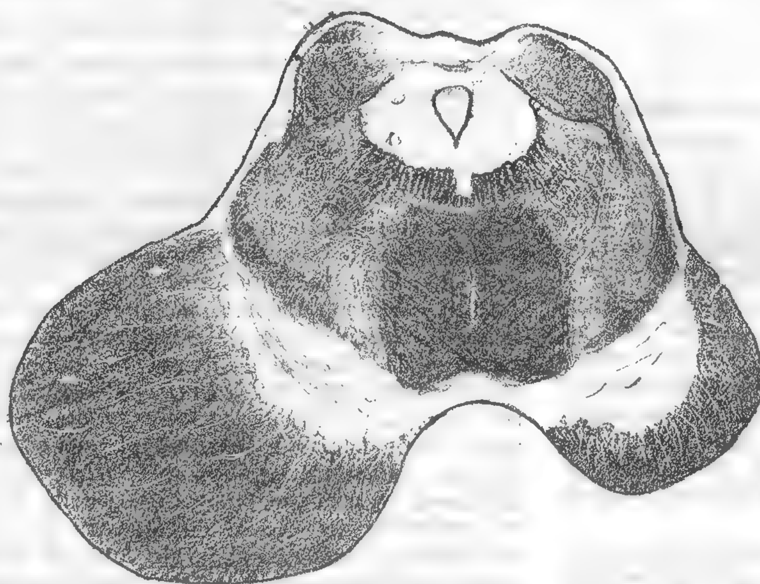


Fig. 4.

Pédoncules cérébraux de S... Atrophie de tout le pied du pédoncule gauche; hypertrophie du pied du pédoncule droit.

Dans un autre pédoncule que nous n'avons pas reproduit ici, existait une dégénération du faisceau de Türck, du faisceau moyen et une légère dégénération du faisceau interne. On trouvait, comme lésions cérébrales : un foyer de désintégration lacunaire détruisant la moitié postérieure du segment postérieur de la capsule interne, un foyer de ramollissement dans la tête du noyau caudé, de plus un foyer lacunaire détruisant les fibres qui contournent la paroi externe du prolongement occipital du ventricule.

Dans le pédoncule dessiné sur la *figure 5*, le faisceau interne et le faisceau moyen sont complètement dégénérés à droite; le faisceau de Türck, au contraire, subsiste en partie. Cependant ce dernier présente un léger degré de décoloration et il est facile de voir, à un fort grossissement, que ses fibres sont moins denses que du côté sain : il semble qu'un certain nombre d'entre elles aient disparu. Comme des fibres appartenant au faisceau de Türck sont seules conservées, on peut aisément les suivre dans la partie postérieure et externe de l'étage antérieur sur les coupes de la région protubérantielle supérieure (*fig. 6*). Là on voit ces fibres progressivement s'épuiser. Les altérations cérébrales qui avaient déterminé de telles dégénérations descendantes étaient des lésions de ramollissement dans le domaine de l'artère sylvienne : elles détruisaient toute la zone rolandique (frontale ascendante et pariétale ascendante), ainsi que l'extrémité antérieure des circonvolutions temporales. Sur les coupes du cerveau on constatait que l'insula, la capsule externe, l'avant-mur, tout le noyau lenticulaire, toute la capsule



Fig. 5.

Coupe des pédoncules cérébraux de A..., passant par la région du noyau rouge. On constate la dégénération du faisceau interne et du faisceau moyen. Le faisceau de Türck (*T*) subsiste seul, tout en ayant subi une certaine atrophie.

(1) G. Durante. Des dégénérescences secondaires du système nerveux; dégénérescence wallérienne et dégénérescence rétrograde. (*Thèse de Paris*, 1895, p. 94.)

(1) P. Marie et G. Guillain. Le faisceau pyramidal dans l'hémiplégie infantile; hypertrophie compensatrice du faisceau pyramidal. (*Rev. neurol.*, 31 mars 1903, p. 293.)

interne et la partie externe du thalamus étaient ramollis.

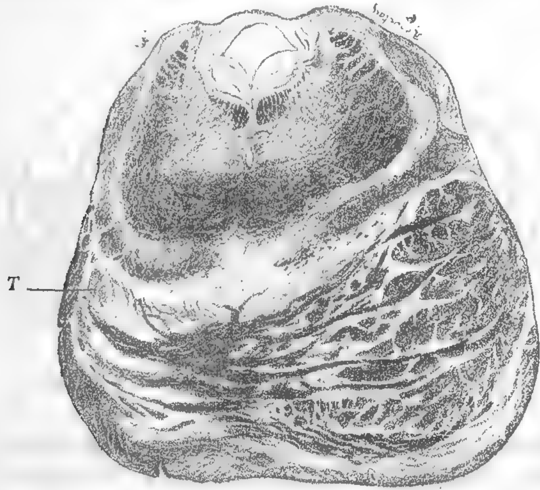


Fig. 6.

Coupe de la protubérance de A... dans sa région supérieure. On voit que, dans l'hémipont droit, les fibres du faisceau interne et du faisceau moyen sont entièrement dégénérées, tandis que, à la partie postérieure et externe de l'étage antérieur, les fibres du faisceau de Türck (*T*) sont conservées.

Dans le pied du pédoncule gauche représenté par la *figure 7*, nous observons la dégénéra-



Fig. 7.

Coupe des pédoncules cérébraux de P..., passant par le noyau rouge. On constate dans le pédoncule gauche la dégénération du faisceau moyen et de la presque totalité du faisceau de Türck. Quelques fibres saines de ce dernier faisceau forment à la partie externe et postérieure du pied du pédoncule gauche un petit tractus marginal.

tion du faisceau de Türck. Dans ce dernier on voit, toutefois, quelques fibres saines sous forme d'un petit faisceau marginal; ces fibres saines se retrouvent sur les coupes de la protubérance annulaire (*fig. 8*). Ces dégénérations sont se-

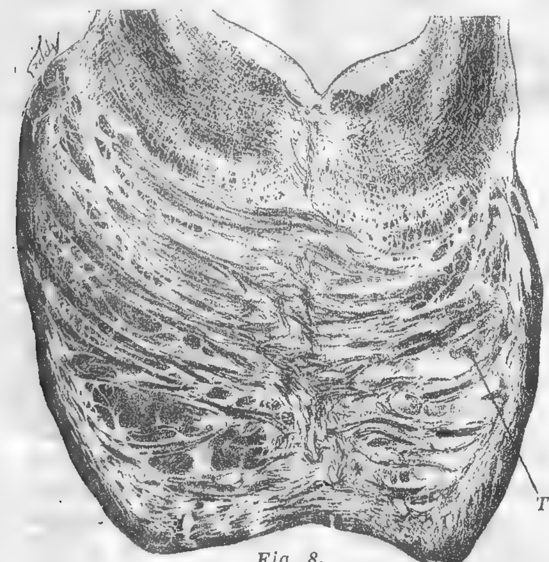


Fig. 8.

Coupe de la partie supérieure de la protubérance annulaire de P... On voit en *T* les rares fibres conservées du faisceau de Türck, qui sur la figure précédente formaient un petit tractus marginal.

condaires à une hémorrhagie ancienne ayant détruit la plus grande partie du noyau lenticulaire et les faisceaux descendants du segment postérieur de la capsule interne. Cette hémorrhagie a fusé en arrière vers le segment rétrolenticulaire de la capsule interne et la paroi externe du prolongement occipital du ventricule. C'est là que le faisceau de Türck a été partiellement lésé.

Dans le pied du pédoncule gauche d'un autre malade que nous avons observé, on constate une dégénération scléreuse de la partie postérieure et externe du faisceau de Türck, lequel est seul dégénéré suivant une bande très limitée. On poursuit cette dégénération jusqu'au niveau du tiers supérieur de la protubérance. Le faisceau, qui a une situation externe et relativement postérieure, aboutit dans une région très riche en cellules nerveuses. La dégénération se traduit là par une absence de réticulum des fibres myéliniques, réticulum qui, au contraire, est très apparent du côté opposé. Quoique le pied du pédoncule gauche soit atrophié dans son ensemble, le faisceau de Türck est le seul faisceau qui présente une dégénération avec sclérose.

La lésion cérébrale, dans ce cas, est un foyer hémorrhagique ancien ayant détruit le noyau lenticulaire, la capsule externe, l'avant-mur. L'angle antérieur du noyau lenticulaire et la région de ce noyau adjacente au genou de la capsule interne sont intacts. Le segment postérieur de la capsule interne n'est pas lésé, mais *le segment rétrolenticulaire et la substance blanche formant au niveau du lobe temporal la paroi externe du ventricule sont détruits*.

Sur la *figure 9* on aperçoit une dégénération scléreuse de la partie postérieure et externe du faisceau de Türck. Cette dégénération ressemble beaucoup à celle que nous avons signalée dans le précédent cas. Ici la lésion primitive est un ramollissement cortical et central de l'extrémité postérieure des circonvolutions temporales. Ce ramollissement, dans la profondeur, s'étend jusqu'à la paroi du ven-

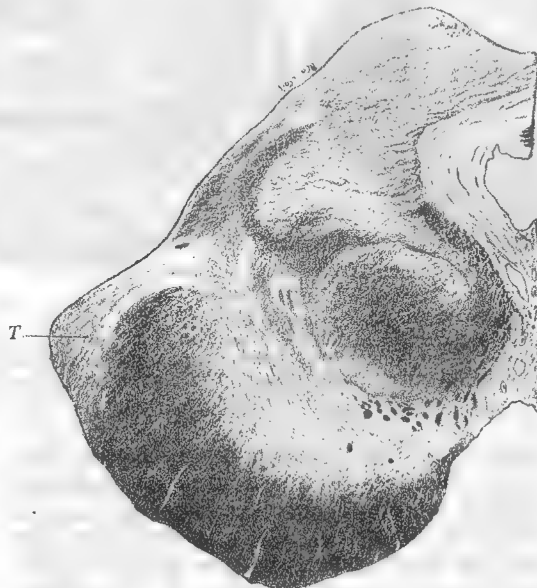


Fig. 9.

Coupe du pédoncule cérébral droit de F..., au niveau du noyau rouge. On constate la dégénération isolée de la partie postérieure et externe du faisceau de Türck.

tricule. Il se prolonge aussi en haut dans la substance blanche du lobe pariétal.

Dans un autre fait, où les coupes du pédoncule montraient une très légère dégénération du faisceau de Türck, existait un petit foyer de ramollissement au niveau de la paroi externe du prolongement occipital du ventricule. Ce foyer atteignait également la face profonde du gyrus supramarginalis.

Dans le pied du pédoncule représenté sur la *figure 10*, on constate la dégénération du

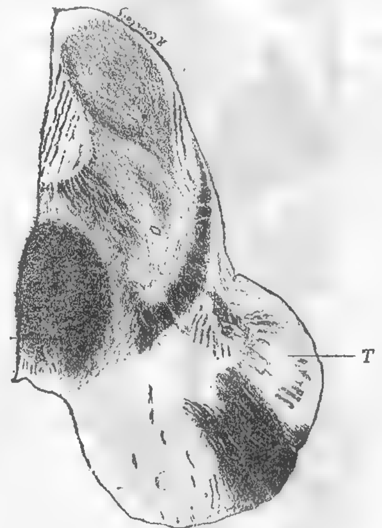


Fig. 10.

Coupe de la région inférieure du pédoncule cérébral gauche de R... Dégénération totale du faisceau interne et du faisceau de Türck; dégénération partielle du faisceau moyen.

faisceau de Türck et du faisceau interne. Le faisceau moyen, au contraire, n'est que partiellement dégénéré; beaucoup de ses fibres sont respectées. La dégénération du faisceau interne est sous la dépendance de lésions centrales détruisant les fibres qui passent par le genou de la capsule interne. Sur le schéma de la *figure 11*,

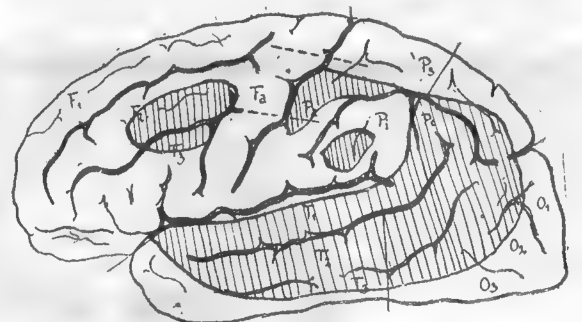


Fig. 11.

Schéma du ramollissement cortical de l'hémisphère gauche de R...

on voit qu'il existe un vaste ramollissement cortical des circonvolutions temporales et occipitales. Cette lésion a détruit d'ailleurs les tissus nerveux dans la profondeur, car elle s'étend jusqu'au prolongement sphénoïdal du ventricule latéral. La dégénération du faisceau de Türck se poursuit dans le tiers supérieur de la protubérance annulaire.

La *figure 12* reproduit, d'une part, des lésions

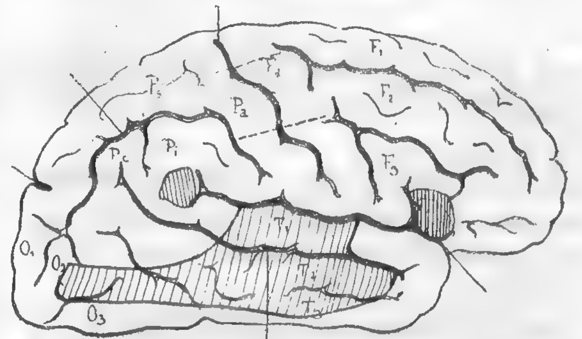


Fig. 12.

Schéma du ramollissement cortical de l'hémisphère droit de V...

des circonvolutions temporales et, d'autre part une lésion de l'opercule frontal de l'hémisphère

droit. Ces lésions de ramollissement s'étendent dans la profondeur des circonvolutions, ainsi que le montrent les coupes du cerveau (*fig. 13*).

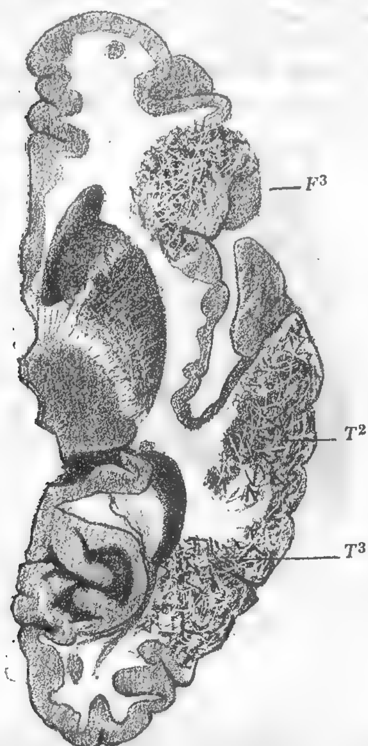


Fig. 13.

Coupe horizontale de l'hémisphère droit de V..., montrant le ramollissement de F^3, T^2, T^3; au niveau de cette dernière circonvolution, la lésion pénètre dans la profondeur de la substance blanche et s'étend jusqu'à la paroi externe de la corne occipitale du ventricule latéral.

Par la lésion antérieure s'explique la dégénération que l'on observe dans le pied du pédoncule droit vers la partie interne; par la lésion des circonvolutions temporales, celle du faisceau de Türck (*fig. 14*). Cette dernière se voit nettement sur les coupes avoisinant le sillon pédonculo-protubérantiel (*fig. 15*). Le ramollissement des circonvolutions temporales n'était pas très ancien, car nous avons constaté encore des corps granuleux sur certaines coupes traitées par le procédé de Marchi.

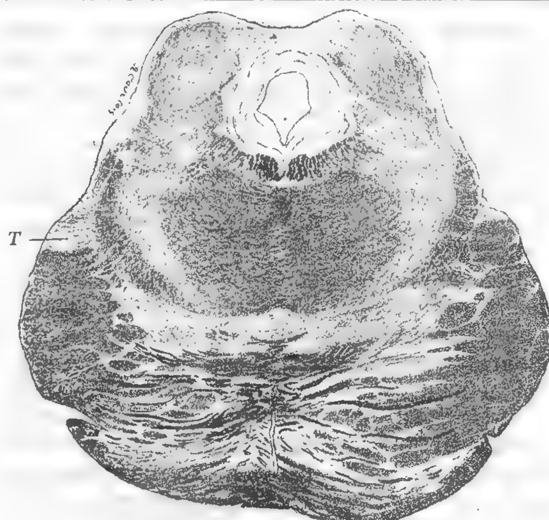


Fig. 15.

Coupe de la protubérance de V..., au voisinage du sillon pédonculo-protubérantiel. On poursuit à la région postérieure et externe de l'étage antérieur la dégénération partielle du faisceau de Türck (*T*).



Fig. 16.

Coupe du pédoncule cérébral gauche de S..., passant par la région du noyau rouge et les fibres du moteur oculaire commun. Grosse dégénération au point de contact du faisceau interne et du faisceau moyen; dégénération plus légère du faisceau de Türck (*T*).

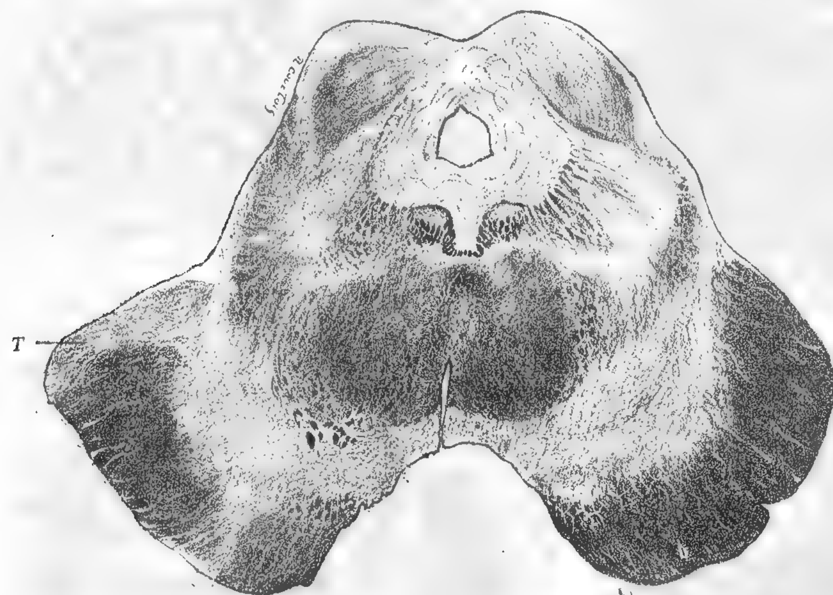


Fig. 14.

Coupe des pédoncules cérébraux de V... On voit, dans le pédoncule droit, d'une part un tractus de dégénération au point de contact du faisceau interne et du faisceau moyen; d'autre part, la dégénération de la partie postérieure du faisceau de Türck (*T*).

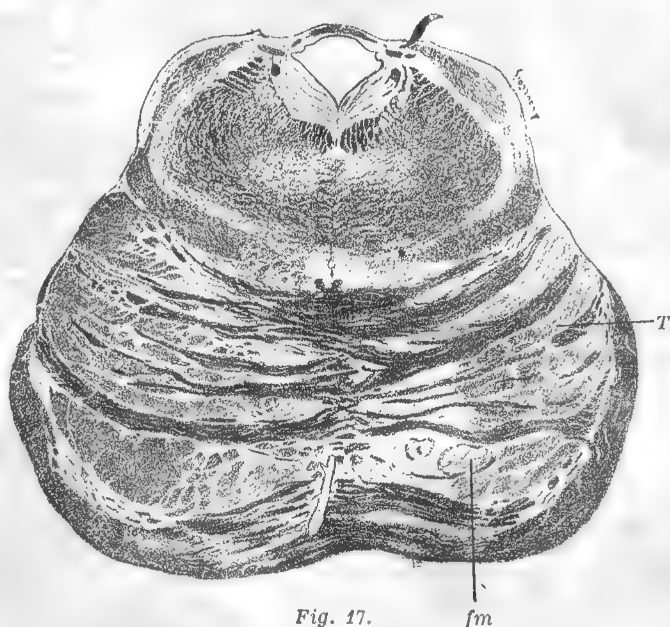


Fig. 17.

Coupe de la protubérance annulaire de S..., dans sa région supérieure. On poursuit la dégénération du faisceau interne et celle du faisceau de Türck, signalées dans la figure précédente. Quant au faisceau moyen, *fm*, il n'est que très légèrement touché.

Dans un autre cas (*fig. 16*), nous avons pu aussi reconnaître dans le pied du pédoncule la dégénération du faisceau interne en concomitance avec celle du faisceau de Türck, le faisceau moyen étant en partie respecté. La dégénération de ces faisceaux se poursuit sur les coupes de la protubérance annulaire (*fig. 17*). Celle du faisceau interne est sous la dépendance d'un petit foyer de désintégration lacunaire situé vers l'angle interne du noyau lenticulaire et atteignant les fibres du genou de la capsule interne. Quant à la lésion du faisceau de Türck, elle s'explique par le vaste ramollissement dans le domaine de la cérébrale postérieure, que l'on peut observer sur la *figure 18*. Ce ramollissement, sur la face externe de l'hémisphère gauche, détruit le pôle occipital et l'*extrémité postérieure des circonvolutions temporales*. Quand on regarde le cerveau par sa face inférieure ou par sa face interne, on reconnaît que les circonvolutions temporales et occipitales, là aussi, sont ramollies. Sur les coupes du cerveau, on voit que le

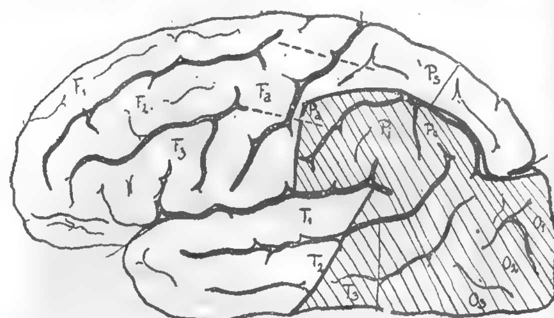


Fig. 18.

Schéma du ramollissement cortical de l'hémisphère gauche de S...

ramollissement est étendu dans la profondeur, car les fibres contournant la paroi des ventricules sont détruites.

Ce sont encore les dégénérations du faisceau de Türck et du faisceau interne que nous constatons dans un autre pédoncule gauche que nous n'avons pas figuré ici. La dégénération du faisceau interne est en rapport avec un foyer de désintégration lacunaire, situé au niveau du genou de la capsule interne. Il existe, dans ce cerveau, d'autres altérations plus accentuées : ce sont des lésions de ramollissement détruisant la face profonde des circonvolutions pariétales et temporales. Le ramollissement atteint le ventricule latéral; sur les coupes microscopiques, d'ailleurs, on remarque la dégénération des fibres contournant le ventricule. Le segment rétrolenticulaire de la capsule interne, la zone de Wernicke, le pulvinar, la partie postérieure du thalamus sont démyélinisés. Quant à la dégénération du faisceau de Türck, elle se poursuit, comme dans les autres cas, sur les coupes de la région supérieure de la protubérance annulaire.

Dans les cas précédents, nous avons observé la dégénération du faisceau de Türck en concomitance avec la dégénération du faisceau interne du pied du pédoncule, le faisceau moyen étant au contraire plus ou moins respecté. Sur le pédoncule qui est représenté sur la *figure 19*, on observe la dégénération du faisceau de Türck associée à celle du faisceau moyen, le faisceau interne n'étant pas altéré. Les coupes du cerveau permirent de constater un ramollissement du centre ovale lésant la voie pyramidale; de plus, on observait des lésions de ramollissement de l'insula de Reil, de la moitié postérieure du putamen; en arrière du noyau lenticulaire, toute l'épaisseur du cerveau entre l'écorce et la paroi externe du ventricule était détruite.

Nous avons observé la dégénération du faisceau de Türck consécutivement à la lésion représentée sur la *figure 20*. Il convient d'ajouter que le ramollissement des circonvolutions temporo-occipitales s'étendait dans la profondeur jusqu'à la paroi du ventricule.

Nous avons eu l'occasion aussi de rencontrer la lésion du faisceau de Türck au niveau du pédoncule. Il s'agissait d'un ramollissement

de la substance noire de Sœmmering, qui détruisait de plus en partie le faisceau de Türck ainsi que des fibres profondes du pied, correspondant à la voie pyramidale. Nous avons

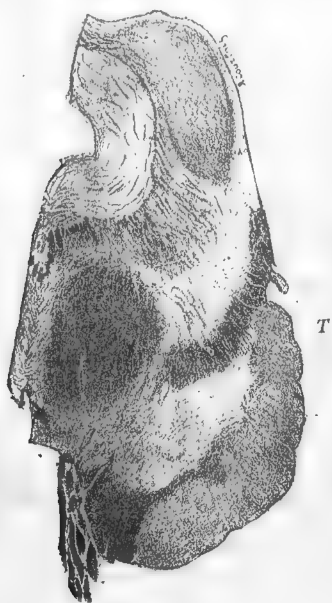


Fig. 19.

Coupe du pédoncule cérébral gauche de V..., passant par la région du noyau rouge. Dégénération du faisceau de Türck (*T*) et du faisceau moyen. Le faisceau interne n'est pas dégénéré.

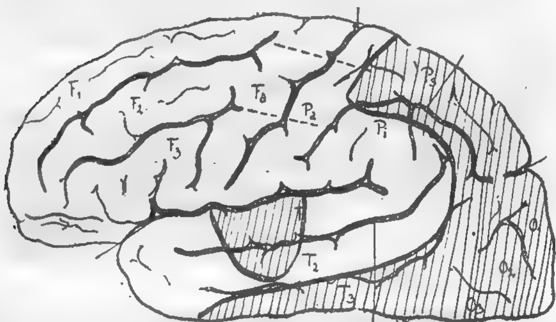


Fig. 20.

Schéma du ramollissement cortical de l'hémisphère gauche de G...

pu suivre au niveau de la partie postérieure et externe de l'étage antérieur de la protubérance la dégénération descendante du faisceau pédonculaire externe.

Dans 4 autres faits nous avons noté encore une dégénération légère du faisceau de Türck consécutivement à de petites lésions siégeant sur une partie du trajet de ce faisceau. Nous avons pensé inutile de figurer ici les lésions observées dans ces cas.

III

Par les 19 observations que succinctement nous venons de résumer, nous avons des documents nombreux et suffisants pour étudier le faisceau de Türck; cette statistique est, croyons-nous, la plus importante qui ait été donnée en France ou à l'étranger sur ce sujet d'anatomie du système nerveux.

Nos cas prouvent bien que le faisceau de Türck est un faisceau descendant et nullement, comme on l'a longtemps soutenu, un faisceau sensitif ascendant. Nous ne saurions non plus admettre l'opinion de M. Duranté, qui pense que les dégénérations de ce faisceau sont des dégénérations rétrogrades. Tous nos faits montrent que le faisceau de Türck dégénère de haut en bas, à la suite de lésions corticales et centrales, et cela avec production de corps granuleux. Il est incontestable que cette dégénération est plus rare que celle du faisceau pyramidal. Le fait tient à ce que les ramollissements qui atteignent le lobe temporal ou les fibres qui en proviennent sont beaucoup moins fréquents que les ramollissements de la zone rolandique ou du segment moyen de la capsule interne.

Dans la plupart des faits que nous relatons on peut voir que la lésion déterminant la dégénération du faisceau de Türck est plus ou moins étendue, et intéresse tantôt l'écorce et la substance blanche des circonvolutions temporales, tantôt les fibres formant la paroi inféro-externe du prolongement sphénoïdal du ventricule. Cette dernière lésion paraît être relativement commune. Nous avons schématisé sur la *figure 21*



Fig. 21.

Coupe horizontale de l'hémisphère droit.
La lésion indiquée par un quadrillage siège en arrière du segment postérieur de la capsule interne et coupe la substance blanche située entre les circonvolutions temporales et la paroi externe de la corne occipitale du ventricule latéral. Cette lésion est celle qui, le plus fréquemment, détermine la dégénération du faisceau de Türck.

la lésion qui, d'une façon élective, détermine la dégénération du faisceau de Türck. Sans doute, cette lésion est plus ou moins étendue, sans doute elle se prolonge plus ou moins en avant ou en arrière, mais c'est dans cette région quadrillée de notre schéma que se trouve réalisée le plus souvent la destruction du faisceau de Türck par les foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement cérébral.

Pour que le faisceau de Türck soit atteint, il faut que les lésions destructives ne soient pas haut situées, mais qu'elles portent sur la région thalamique inférieure et sous-thalamique de la capsule interne, car le faisceau de Türck n'apparaît que dans cette partie du névraxe, où il vient occuper la partie postérieure et externe des faisceaux qui plus haut constituent le segment postérieur de la capsule interne. Dans le pédoncule, comme nous l'avons dit, le faisceau de Türck est le faisceau externe de la région du pied.

Dans les cas où nous avons constaté la dégénération du faisceau de Türck, nous avons observé souvent aussi la dégénération d'autres fibres appartenant soit au faisceau moyen, soit au faisceau interne du pied. De plus les lésions que nous observions sur le cerveau étaient fréquemment des lésions vastes, détruisant non seulement les circonvolutions temporales, mais encore les circonvolutions pariétales ou occipitales. Ces altérations multiples étaient souvent corticales et centrales; aussi devons-nous serrer le problème de plus près pour connaître l'origine exacte du faisceau de Türck. Nous utiliserons donc des documents nouveaux pour élucider cette question.

Bien des auteurs, aujourd'hui encore, assignent au faisceau de Türck une origine temporo-occipitale ou temporo-pariétale. Ces opinions ne nous paraissent pas exactes, car nous avons examiné des ramollissements du lobe pariétal où n'existait pas de dégénération du faisceau en question. Quant aux lésions du lobe occipital, celles qui, au point de vue clinique, déterminent de l'hémianopsie, ne créent pas de dégénération dans le pied du pédoncule.

Nos cas nous montrent que le faisceau de Türck a son origine dans le lobe temporal, mais dans quelles circonvolutions de ce lobe? Nous avons observé 4 faits où la première circonvolution temporale seule était lésée, et nous n'avons vu aucune dégénération du faisceau de Türck. Dans 2 observations où la première et la seconde circonvolution temporale étaient atteintes, nous n'avons pas observé non plus de dégénération bien nette du faisceau de Türck; aussi pensons-nous que les fibres de ce faisceau proviennent, pour la plus grande partie, de la troisième circonvolution temporale. Sans doute, ainsi que l'admettent M. et Mme Dejerine, des fibres de ce faisceau émanent aussi de la seconde circonvolution temporale; peut-être même quelques-unes peuvent-elles avoir leur origine dans la première circonvolution temporale, mais pour nous *le contingent le plus important* du faisceau de Türck vient de la troisième circonvolution temporale.

Si nous avons appris à connaître l'origine temporale du faisceau de Türck, pouvons-nous préciser sa terminaison inférieure? Quand on examine les coupes du pédoncule et de la protubérance dans un cas de dégénération du faisceau de Türck, on voit que la zone de dégénération occupe dans l'étage antérieur de la protubérance une situation de plus en plus postérieure, qui d'ailleurs est toujours externe. Les fibres s'épuisent progressivement, et sur les coupes de la région protubérantielle inférieure on ne les retrouve plus. Il s'agit donc bien d'un faisceau temporo-protubérantiel. Quant à spécifier, d'une façon exacte, les groupes cellulaires avec lesquels il entre en connexion, cette question nous paraît très difficile à élucider. La méthode de Marchi, en effet, ne permet pas de déterminer avec précision les groupes cellulaires avec lesquels une fibre nerveuse entre en contact, car les corps granuleux disparaissent ordinairement avant la terminaison ultime de la fibre.

IV

L'analyse de tous nos cas prouve donc avec évidence que le *faisceau de Türck est un faisceau temporo-protubérantiel*. Pour nous, le contingent de fibres le plus important provient de la troisième circonvolution temporale.

Nous aurions voulu savoir la signification physiologique de ce faisceau. Dans les observations de nos malades, nous n'avons pas trouvé de symptômes spéciaux. M. Edinger (1), qui récemment relatait le cas d'un homme auquel un chirurgien avait fait l'ablation totale d'un lobe temporal, n'observa pas non plus de symptômes de déficit très nets.

Si nous possédons maintenant, dans une certaine mesure, l'anatomie du faisceau de Türck, il faut donc avouer notre ignorance sur sa physiologie. L'histoire des sciences médicales, d'ailleurs, montre que, bien souvent, l'on a connu l'*organe* avant de connaître la *fonction*. Cette loi évolutive est particulièrement vraie en neurologie.

Pierre Marie,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Georges Guillain,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(1) L. Edinger. Geschichte eines Patienten, dem operativ der ganze Schläfenlappen entfernt wurde; ein Beitrag zur Kenntnis der Verbindungen des Schläfenlappens mit dem übrigen Gehirne. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1902, LXXIII, p. 304.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1903.

La présence de corps étrangers dans les cellules nerveuses et la théorie de l'amiboïsme nerveux.

M. Raymond. — Je dois vous présenter un rapport sur un mémoire de M. Marinesco (de Bucarest), relatif à certains faits qui, de prime abord, paraissent confirmer la théorie attribuant aux cellules nerveuses des mouvements amiboïdes : il s'agit, d'une part, de la présence de cristaux d'hématoïdine dans les cellules de l'écorce cérébrale d'une femme morte des suites d'une méningite hémorrhagique, et, d'autre part, de l'existence fréquente de bacilles de la lèpre au sein des cellules nerveuses des ganglions spinaux chez les lépreux.

Or, de l'un et de l'autre de ces faits, M. Marinesco donne une explication très simple, et qui ne fait intervenir en rien l'amiboïsme nerveux. Se basant sur ce que, dans le premier cas, le tissu interstitiel de l'écorce ne contenait pas d'hématoïdine, alors que les cellules en renfermaient, il admet que cette substance a dû pénétrer dans les cellules à l'état de solution saturée, et y cristalliser sous l'influence de matières douées d'une sorte d'action catalytique. Quant à la constatation de bacilles de Hansen dans les cellules ganglionnaires, M. Marinesco pense que ces bacilles — qui proviennent des nerfs, surtout des nerfs sensitifs — sont charriés jusque dans les ganglions spinaux par le courant lymphatique des nerfs et arrivent au sein du protoplasma cellulaire en empruntant la voie des fins canalicules, mis en évidence par des recherches récentes, qui sillonnent ce protoplasma et s'ouvrent dans les espaces lymphatiques.

Traitement du cancer par les rayons de Röntgen.

M. Labbé fait observer, à propos du rapport lu au cours de la dernière séance par M. Cornil, que la femme dont l'observation fait l'objet de ce rapport était très vraisemblablement atteinte d'une de ces variétés de néoplasmes bénins encapsulés (fibro-adénomes, tumeurs adénoïdes) qui s'éliminent spontanément à une certaine période de leur évolution. Aussi, sans nier les effets thérapeutiques des rayons de Röntgen sur les plaies résultant de cancers ulcérés, l'orateur estime qu'on ne saurait attribuer la guérison de la malade en question à l'action de ces rayons. Il n'existe d'ailleurs à l'heure actuelle, pour M. Labbé, aucune observation qui puisse faire admettre la guérison d'un cancer.

De l'emploi du glycogène dans les pyrexies.

M. de Nittis lit une note dans laquelle, après avoir montré que le glycogène diminue dans l'organisme des personnes âgées ou affaiblies, il dit avoir obtenu de bons résultats de l'emploi de cette substance non seulement chez des neurasthéniques et des surmenés, mais encore chez un certain nombre de sujets atteints de maladies infectieuses diverses (grippe, fièvre typhoïde, scarlatine, pneumonie, etc.).

M. Garnier donne lecture d'un mémoire sur les *hystériques accusatrices*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1903.

Traitement des pleurésies purulentes anciennes.

M. Lejars. — Je dois vous faire un rapport sur deux observations de M. Souligoux, relatives au traitement des pleurésies purulentes anciennes.

Chez un premier malade, notre confrère, après une résection pariétale suivant le procédé de Schede, a cherché à décortiquer le poumon, comme dans l'opération de Delorme, mais il n'a pu faire qu'incomplètement cette décortication. Trois autres interventions successives, conduites de la même façon, durent être ultérieurement pratiquées, et finalement la guérison fut obtenue sans fistule.

Quant au second patient, il guérit après deux opérations seulement, dans lesquelles M. Souligoux a également combiné le procédé de Schede et celui de Delorme, en s'attachant à suivre une méthode progressive, par étapes successives. J'ai employé moi-même cette manière de faire dans un certain nombre de cas, et je dois dire que, le plus souvent, on s'y trouve pour ainsi dire contraint par la nécessité. C'est ainsi que chez une de mes malades, j'ai dû intervenir huit fois avant d'obtenir une guérison définitive.

M. Tuffier. — J'ai renoncé complètement aux grandes opérations en une seule séance et je suis tout à fait partisan des interventions multiples.

En ce qui concerne l'opération de Delorme, je l'ai pratiquée plusieurs fois, mais je n'en ai pas obtenu de bons résultats.

M. Terrier. — J'ai eu à traiter un cas identique à ceux de M. Souligoux et à celui que M. Lejars vient de nous citer. Il s'agissait d'une pleurésie purulente tuberculeuse. Une première résection costale fut suivie d'une amélioration; je réséquai ensuite d'autres côtes, et la suppuration diminua progressivement. Après cinq ou six opérations successives, je dus m'arrêter à la deuxième côte, au niveau de laquelle se trouvait une caverne tuberculeuse. Le malade est retourné dans son pays; j'ai eu récemment de ses nouvelles et j'ai appris qu'il se portait très bien.

M. Lucas-Championnière. — Il y a plus de vingt ans que j'ai présenté ici un homme que j'avais opéré 4 fois et auquel j'avais même réséqué la deuxième côte; la méthode n'est donc pas nouvelle.

Les résultats définitifs, chez les tuberculeux, ne sont malheureusement pas toujours aussi bons que chez le malade de M. Terrier.

Diagnostic et traitement de la lithiase biliaire.

M. Tuffier. — J'ai observé un cas de tumeur de la tête du pancréas, dans lequel le signe de Courvoisier faisait défaut, la vésicule étant atrophiée; je dois ajouter que le néoplasme comprimait non seulement le canal cholédoque, mais aussi les canaux hépatique et cystique; mon opérée a succombé quelques jours après mon intervention. J'ai tenu à vous signaler ce fait rare, qui montre que la valeur du signe de Courvoisier n'est pas absolue.

En ce qui concerne la suture du cholédoque, j'ai fait une fois le rapprochement des deux lèvres du canal, au moyen de deux pinces de Chaput, qui ont servi en même temps au drainage; grâce à ce rapprochement, la réunion s'est effectuée très rapidement, et, quatre jours après l'opération, tout écoulement de bile avait cessé.

Traitement des plaies par fils incandescents.

M. Lejars. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur deux observations qui nous ont été envoyées par M. Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin), concernant des cas de section des parties molles par des fils incandescents; notre confrère a traité ces lésions par l'avivement et la suture, exactement comme s'il s'était agi de sections par instruments tranchants; la réunion s'est faite par première intention et le résultat a été excellent.

M. Terrier. — J'ai eu l'occasion de constater les difficultés que l'on rencontre pour obtenir la cicatrisation des plaies produites par les fils incandescents, et je crois que le traitement employé par M. Szczypiorski est tout à fait rationnel.

M. Bazy relate l'observation d'un homme chez lequel, le cathétérisme des uretères ayant permis de recueillir à droite une urine renfermant des bacilles de Koch, on avait conclu à la tuberculose rénale et proposé la néphrectomie; or l'inoculation des urines au cobaye demeura négative, et depuis deux ans la santé de cet homme est restée excellente. Ce fait démontre que le seul examen microscopique ne suffit pas à étayer le diagnostic de tuberculose rénale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet 1903.

Rhumatisme tuberculeux ankylosant.

M. Poncet (de Lyon) relate l'observation d'un homme de trente-trois ans, qui fut pris, après une période de douleurs articulaires ayant résisté au salicylate de soude, à l'antipyrine et aux autres médications antirhumatismales, d'une ankylose presque complète des articulations du tronc et des membres inférieurs, sans qu'il existât aucun signe d'une affection des centres nerveux susceptible d'avoir provoqué le développement de ces ostéo-arthropathies.

Il s'agissait donc d'un rhumatisme chronique d'origine vraisemblablement tuberculeuse. Pour le démontrer, on eut recours à l'épreuve de la tuberculine, qui détermina une élévation de température de 1°. On pourrait, à la vérité, soutenir que cette réaction est imputable à un foyer tuberculeux latent siégeant dans un point quelconque de l'économie et complètement indépendant des lésions articulaires, mais l'orateur estime qu'il suffit que le malade soit porteur d'un foyer de tuberculose pour qu'on soit en droit d'affirmer, abstraction faite du siège de ce foyer, l'origine tuberculeuse de son rhumatisme.

M. Poncet ajoute que, les manifestations articulaires du rhumatisme tuberculeux étant toujours dues à l'action irritante déterminée au niveau des séreuses articulaires par les toxines contenues dans le sang, on ne doit pas s'attendre à trouver des bacilles ou des produits tuberculeux dans les articulations atteintes. Dans ces conditions, on comprend que le cytodiagnostic et même l'inoculation des liquides intra-articulaires aux animaux ne puissent pas donner de résultats.

M. Bezançon déclare que l'inoculation aux animaux est un moyen de diagnostic qui ne doit pas être négligé, car c'est elle qui a permis récemment à M. Griffon (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 191) d'établir avec certitude la nature bacillaire d'un rhumatisme chez un malade qui ne présentait par ailleurs aucune trace de tuberculose.

M. Widal reconnaît que l'examen cytologique des épanchements intra-articulaires, pour des raisons purement physiques, reste en effet souvent négatif, comme le soutient M. Poncet; mais ce n'est pas une raison pour négliger ce moyen de diagnostic, qui fournit parfois des renseignements très importants; c'est ainsi que dans le cas de M. Griffon, que M. Bezançon vient de rappeler, le liquide retiré des articulations a été trouvé très riche en lymphocytes, et cette constatation a une valeur diagnostique incontestable, car dans le rhumatisme articulaire aigu franc (type Bouillaud), les sérosités articulaires ne renferment que des polynucléaires.

La scarlatine latente.

M. Bernard (médecin militaire) lit sur ce sujet, au nom de M. Caziot, le travail que nous avons récemment publié (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 205-208).

M. Merklen dit avoir observé, dans un établissement d'instruction, une petite épidémie de scarlatine ayant atteint 7 élèves d'un même dortoir; on n'avait pu en découvrir l'origine, quand on s'aperçut qu'un voisin de dortoir de ces malades desquamait abondamment : ce jeune homme, étant en vacances, avait eu une éruption rouge éphémère, sur laquelle était venue se greffer une grippe fébrile avec bronchite qui avait complètement masqué l'affection primitive. L'orateur estime que le nom de scarlatine ignorée conviendrait mieux aux faits de ce genre que celui de scarlatine latente.

M. Antony (médecin militaire) déclare que, au cours d'une épidémie de scarlatine ayant sévi à l'île de Ré en 1883, il a eu l'occasion d'observer aussi un certain nombre d'éruptions scarlatineuses très fugaces, qui auraient facilement pu passer inaperçues sans des examens répétés et minutieux.

Gangrène du membre inférieur d'origine phlébitique.

M. Bernard (médecin militaire) présente un malade qui fut atteint, au cours d'une angine bénigne, d'une vive douleur au niveau du pli de l'aine, accompagnée d'un gonflement œdémateux du membre inférieur gauche. Quelques jours après survenait une gangrène du pied qui nécessita l'amputation de la jambe.

Bien que l'origine phlébitique de cette gangrène ne soit pas contestable, l'orateur pense

que le petit calibre des vaisseaux artériels du membre amputé a pu favoriser son apparition.

M. Robin lit un travail sur les matières organiques et minérales contenues dans l'urine et la valeur des coefficients urinaires.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juillet 1903.

Toxicité des corps de bacilles diphtériques.

M. Rist. — J'ai étudié l'action, sur les animaux de laboratoire, des corps de bacilles diphtériques traités par l'alcool-éther et desséchés dans le vide sulfurique.

Les cobayes supportent bien une dose de 0 gr. 01 centigr. en injection intra-péritonéale. La dose de 0 gr. 02 centigr. est déjà nettement pathogène. L'immunisation, même très prudemment faite, semble très difficile à obtenir; le sérum antidiphtérique ne facilite pas l'immunisation et n'empêche pas la mort, mais il la retarde en neutralisant l'action de la toxine soluble que les bacilles entraînent avec eux; il est au contraire sans action sur les poisons des corps bacillaires. Ceux-ci provoquent des paralysies analogues aux paralysies diphtériques humaines; ils donnent lieu aussi à des lésions graves du myocarde et assez souvent à des péritonites pseudo-membraneuses.

Les corps des bacilles diphtériques ont donc une action toxique propre que n'influence pas le sérum, et il est probable qu'il faut en tenir compte pour interpréter certains cas de diphtérie humaine grave, où la mort survient malgré l'emploi précoce du sérum.

Cytologie des ascites.

MM. Grenet et **Vitry.** — Dans deux cas de cirrhose alcoolique où nous avons pratiqué l'examen cytologique du liquide ascitique, nous n'avons trouvé que des cellules endothéliales et quelques lymphocytes. Dans une ascite d'origine mécanique, due à un kyste de l'ovaire, il y avait des placards endothéliaux et un petit nombre de lymphocytes. Dans le cancer du péritoine, les résultats furent très variables: tantôt on ne rencontra que des lymphocytes sans cellules endothéliales, tantôt on trouva des placards endothéliaux, des polynucléaires, des lymphocytes, de grands mononucléaires, etc.

L'ensemble de ces résultats prouve que l'examen cytologique du liquide des ascites n'a qu'une valeur très restreinte.

Le réflexe buccal chez les déments.

MM. Toulouse et **Vurpas.** — Nous avons étudié une réaction musculaire qui, à notre connaissance, n'a encore été signalée que dans l'acte de la succion chez le nourrisson. Nous voulons parler du réflexe buccal, que l'on provoque par l'excitation mécanique de l'orbiculaire des lèvres. Pour cela, on percute la lèvre supérieure au niveau des incisives et on observe ce qui se passe du côté de la lèvre inférieure. Lorsque celle-ci s'élève, amenant ainsi un rapprochement des lèvres comme dans la succion, nous admettons que le réflexe est évident; lorsqu'il n'y a pas de mouvement appréciable à la lèvre inférieure, nous disons qu'il fait défaut.

Nous avons constaté ce réflexe presque constamment chez les paralytiques généraux, les déments organiques ou séniles, les alcooliques, fréquemment chez les imbéciles; en un mot, il paraît exister toutes les fois que l'intelligence est diminuée, soit congénitalement, soit d'une manière acquise.

Suppléance du facial droit, paralysé, par le facial gauche.

M. J. Bergonié (de Bordeaux) adresse une note concernant un cas de paralysie faciale périphérique droite, datant de onze ans et survenue quelque temps après la naissance, dans lequel on peut exciter certains muscles de la face — non loin de la ligne médiane, mais du côté droit — en portant l'excitation sur le tronc du facial *du côté gauche*, tandis que le facial droit est complètement inexcitable. L'étude de la motilité volontaire confirme ces réactions anormales.

Il y aurait là une suppléance nerveuse du facial droit par le facial gauche, réalisant un processus de guérison de la paralysie faciale périphérique tout à fait inaccoutumé.

Mécanisme de la mort par l'entrée de l'air dans les veines.

M. François-Franck déclare que, d'après ses recherches, la mort qui survient à la suite de l'introduction de l'air dans les veines n'est pas due, comme le croient encore beaucoup d'auteurs, à des embolies gazeuses des poumons ou du cerveau, mais à une anémie suraiguë du cœur, qui est elle-même la conséquence de la pénétration de l'air dans les vaisseaux coronaires.

Transmissibilité du cancer au rat.

M. Dagonet dit avoir inoculé, dans le péritoine d'un rat blanc, des fragments de tissu cancéreux provenant d'un malade atteint d'un épithélioma corné du pénis. A l'autopsie de l'animal, on trouva une masse épiploïque dure au point où avait été pratiquée l'inoculation, ainsi que des noyaux métastatiques dans le foie et dans la rate. L'examen histologique a démontré que ces noyaux étaient constitués par les mêmes éléments que les produits inoculés.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Localisations rénales expérimentales à la suite d'infections intraveineuses par des cultures de streptocoques rendues spécialement virulentes pour le rein, par M. Gunnar Forssner.

Les observations bactériologiques contemporaines ont amené les expérimentateurs à penser que l'infection de tel ou tel organe était liée non seulement à l'état de cet organe et à l'action d'une espèce microbienne déterminée, mais encore à une virulence spécialement acquise par le microbe, virulence lui permettant de se localiser sur cet organe de préférence à tout autre. Cette opinion, encore imparfaitement démontrée, est confirmée par le présent travail, en ce qui concerne le rein et le streptocoque.

Les investigations de M. Forssner ont porté sur le lapin: les streptocoques employés provenaient d'un abcès axillaire. Après de nombreuses recherches de contrôle, l'auteur s'était primitivement attaché à cultiver le streptocoque sur l'extrait obtenu en triturant le rein dans une solution ammoniacale faible; mais il s'aperçut bientôt que les cultures dépérissaient et perdaient de leur virulence, sans acquérir pour cela d'action spéciale sur le rein, car les injections intraveineuses des premières générations de ces cultures produisirent simplement des infections généralisées.

Ce résultat négatif conduisit M. Forssner à essayer d'une autre méthode: avec les cultures sur extrait rénal, transportées ensuite sur bouillon, il inocula des lapins par voie intraveineuse. Dans le rein de ces animaux, comme dans les autres organes, se rencontraient de nombreux streptocoques. Les reins ainsi infectés furent mis directement à l'étuve; transformé de la sorte en milieu de culture, le rein lui fournit des streptocoques tout d'abord peu nombreux; mais, en faisant subir à ces microbes un passage analogue au précédent par une nouvelle série de lapins et de reins, les cultures se multiplièrent abondamment, aussi bien sur tissu que sur extrait rénal. Les streptocoques obtenus par ce moyen étaient identiques à ceux de la culture originelle; ils avaient perdu une partie de leur puissance hémolytique, ce qui démontrait déjà leur moindre virulence.

Après un seul passage dans le rein, les cultures n'avaient encore aucune tendance à déterminer des lésions rénales localisées; celles, au contraire, qui avaient subi de 2 à 7 passages produisirent, dans 18 cas sur 27, des altérations rénales manifestes. On remarquait en effet, dans le rein, de petits foyers gris jaunâtre, contenant un très grand nombre de streptocoques; les urines étaient le plus souvent albumineuses et renfermaient également des streptocoques; il en était de même pour le sang. La néphrite, ordinairement bilatérale, était quelquefois unilatérale. Enfin, dans les divers viscères, on ne rencontrait qu'un petit nombre de streptocoques et, en tout cas, pas de lésions en foyers. Au bout de quelques jours, les microbes disparaissaient du rein, mais les altérations produites par eux étaient encore reconnaissables après un mois ou six semaines. Les inoculations furent toujours exécutées par voie intraveineuse: l'injection sous-cutanée ne donna que des résultats négatifs.

Les recherches de M. Forssner démontrent donc que, dans certaines conditions, les streptocoques perdent leur capacité de produire des infections généralisées et acquièrent une virulence spéciale pour un organe déterminé. Cette constatation est d'autant plus intéressante que, dans une foule de maladies, le streptocoque a été le seul microbe observé, ce qui a permis souvent de lui dénier toute spécificité. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 4.) — R. DE B.

Séroréaction de Widal dans un cas d'abcès du foie, par M. Megele.

L'observation publiée par l'auteur a trait à un homme qui fut admis à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu. Après quinze jours de traitement, les manifestations articulaires se dissipèrent complètement, mais la température présentait toujours des exacerbations vespérales atteignant 39°6, voire même 40°2, avec rémissions matutinales (38° environ). Comme cette hyperthermie ne se laissait plus influencer par les préparations salicylées et que l'intelligence du malade paraissait quelque peu obscurcie, on s'arrêta à l'hypothèse d'une fièvre typhoïde et on procéda, en conséquence, à l'épreuve de Widal. Sur quatre essais, les deux premiers, pratiqués à trois jours d'intervalle, restèrent négatifs, mais, après une nouvelle période de trois jours, on obtint une agglutination très nette avec une dilution à 1 %. Douze jours plus tard, la réaction était encore positive, quoique moins prononcée. Le patient ayant fini par succomber, l'autopsie mit en évidence une grosse collection purulente au niveau du foie et plusieurs petits abcès des reins. La muqueuse de l'intestin ne présentait aucune lésion susceptible de faire soupçonner l'existence d'une fièvre typhoïde. Les ensemencements pratiqués avec le pus de l'abcès hépatique et le suc des ganglions mésentériques tuméfiés donnèrent des cultures pures de staphylocoque pyogène doré.

M. Megele estime que le résultat positif de la réaction de Widal doit, dans ce cas, être mis sur le compte du passage de la bile dans le sang: on sait, en effet, depuis les recherches de M. Grünbaum et de M. Eckardt, que le sérum sanguin des sujets atteints d'ictère exerce une action agglutinante intense sur les bacilles de la fièvre typhoïde. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril 1903.) — L. CH.

Influence de l'effort musculaire sur la pression sanguine aux différents âges de la vie, par M. E. Masing.

L'auteur a étudié chez des jeunes gens, des adultes et des vieillards les variations que subit la pression sanguine sous l'effet d'un effort musculaire déterminé. La personne en expérience était étendue sur un lit; on lui fixait au pied une courroie passant sur une poulie adaptée au pied du lit et à l'extrémité de laquelle était suspendu un poids; le travail consistait à soulever ce poids en fléchissant la cuisse. Voici les conclusions que M. Masing tire de ces recherches.

Le travail musculaire a pour effet immédiat d'élever la pression sanguine. L'augmentation est en moyenne de 25 % plus considérable chez les individus âgés que chez les sujets jeunes: pour le même travail, elle fut en moyenne de 38 millimètres chez ceux-ci, tandis qu'elle atteignait 50 millimètres chez ceux-là.

Chez les jeunes gens, la pression sanguine arrive rapidement à un maximum auquel elle se maintient avec de légères oscillations jusqu'à la fin du travail; chez les vieillards, au contraire, on observe généralement une chute progressive de la pression succédant à l'augmentation initiale. On pourrait attribuer ce fait à une plus grande lenteur des réactions vasomotrices chez les personnes âgées. Mais l'auteur est d'avis qu'il s'agit là d'un symptôme d'insuffisance cardiaque, car il coïncide avec l'apparition d'autres signes de fatigue du cœur, spécialement avec de la dyspnée. On observe parfois une réaction

analogue de la pression sanguine chez des adultes dans la force de l'âge et même chez des sujets jeunes. M. Masing estime que, en pareil cas, la diminution de pression coïncidant avec l'essoufflement, sans variation sensible de la fréquence du pouls, peut être considérée comme un signe d'insuffisance cardiaque latente.

La pression baisse dès que l'on cesse le travail et revient plus ou moins vite au niveau normal; sa chute, rapide chez les jeunes gens, est plus lente chez les vieillards. A l'inverse de la pression artérielle, l'augmentation de la fréquence du pouls pendant l'effort musculaire est plus considérable chez les premiers que chez les seconds. L'élévation de pression dépend en outre de l'intensité de l'effort de la volonté; cet effort diminuant si l'on répète plusieurs fois le même exercice, l'augmentation de pression est généralement plus faible quand le travail est exécuté pour la seconde fois après un certain temps de repos. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 3-4.) — A. J.

Contribution à l'étude des grossesses gémellaires tubaires dans une seule trompe, par M. E. Ferroni.

L'extrême rareté des observations de double grossesse tubaire développée dans une seule et même trompe nous engage à résumer le fait relaté par M. Ferroni.

Une femme de trente-deux ans, dont la dernière grossesse — la septième — s'était accompagnée d'un peu d'infection puerpérale, présentait depuis trois mois de nouveaux symptômes gravidiques, quand elle fut prise brusquement d'accidents rappelant l'avortement tubaire. Une laparotomie montra que les annexes droites étaient saines, mais que la trompe gauche était occupée par une hématosalpinx qu'on enleva avec l'ovaire. La malade guérit très bien.

La pièce ainsi recueillie portait deux renflements ampullaires, l'un externe, gros comme une noix, l'autre interne, du volume d'un œuf de poule. Entre eux, et aux deux extrémités de la trompe, la structure de ce dernier conduit était normale. Quant aux renflements, ils renfermaient chacun une cavité pleine de caillots ou de débris cellulaires. Aucune trace d'amnios ne tapissait ces cavités, mais leurs parois, formées par celles de la trompe ellemême, étaient entremêlées de tissu décidual et de franges choriales. La seule différence qu'il y eût entre les deux renflements, c'est que les franges de l'un — l'interne — étaient vasculaires et volumineuses, alors que celles de l'autre — l'externe — étaient disséminées à la surface entière de l'œuf, petites et dépourvues de vaisseaux.

L'indépendance absolue des deux sacs, l'inégalité de leur volume et leur âge différent concordaient pour prouver l'existence d'une grossesse gémellaire, résultant d'une fécondation double, probablement non simultanée. L'ovaire gauche ne présentait, il est vrai, qu'un seul corps jaune; mais il est à noter que, s'il fut négatif, l'examen de l'ovaire droit ne put être fait qu'au cours de l'opération, c'est-à-dire d'une manière forcément un peu superficielle. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 février 1903.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le sérum de Trunecek comme moyen de traitement du rhumatisme blennorrhagique.

Dans une des observations mentionnées par M. le docteur C. Trunecek (de Prague) au cours de son travail sur le traitement de l'artériosclérose par les injections sous-cutanées de sérum inorganique (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 137-138), on trouve notés incidemment les bons effets que ce sérum a exercés sur des lésions articulaires chroniques. D'autre part, M. le docteur Léopold Lévi (de Paris) a eu l'occasion de constater la disparition de douleurs rhumatoïdes chez une malade à laquelle on avait, dans un but expérimental (recherches sur l'acuité auditive et sur la tension artérielle), administré le sérum de Trunecek en lavements. Les injections de sérum inorganique ont également exercé une influence favorable sur les manifestations articulaires chez une autre patiente que M. Lévi a observée dans le service de M. le docteur A. Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris, et chez laquelle les phénomènes nerveux prédominaient, il est vrai, sur l'élément rhumatismal.

La connaissance de ces faits a conduit M. le docteur F. Alayrac à expérimenter, sur les conseils de M. le docteur Florand, médecin des hôpitaux de Paris, le sérum de Trunecek contre le rhumatisme blennorrhagique.

A en juger d'après les quatre observations consignées par M. Alayrac dans sa thèse inaugurale, les injections de sérum inorganique, à la dose de 1 à 5 c.c., feraient rapidement disparaître les phénomènes douloureux de l'arthrite gonococcique. L'amélioration se manifesterait parfois dès la première injection, mais le plus souvent elle ne deviendrait assez accentuée qu'après une dizaine d'injections.

Ces faits méritent d'autant plus d'être retenus que, chez deux des malades en question, on avait auparavant essayé, sans le moindre succès, la plupart des moyens habituellement utilisés en pareille occurrence (immobilisation du membre, applications antiphlogistiques, révulsifs locaux, vésicatoires, pointes de feu, usage interne du salicylate de soude, etc.).

M. Florand estime, d'ailleurs, que l'emploi du sérum de Trunecek serait également susceptible de trouver son application dans des arthropathies autres que le rhumatisme blennorrhagique, en particulier dans le rhumatisme chronique progressif, l'action physiologique et thérapeutique de ce sérum pouvant être rapprochée de celle de la médication iodo-iodurée et des eaux thermales chlorurées sodiques.

Un moyen pour fixer les enveloppes du testicule au cours du traitement de l'hydrocèle par l'injection d'une solution iodée.

Si la cure de l'hydrocèle par la ponction évacuatrice, suivie d'un lavage de la poche vaginale avec une solution iodée, constitue une intervention à la portée de tous les praticiens, il n'en est pas moins vrai que, malgré son apparente simplicité, elle est susceptible de donner lieu à des complications plus ou moins embarrassantes. C'est ainsi que le liquide iodé peut pénétrer dans la couche celluleuse située entre le dartos et le crémaster, et déterminer des phénomènes inflammatoires extrêmement douloureux avec formation consécutive d'eschares gangreneuses. D'autre part, il est quelquefois impossible d'évacuer la solution iodée introduite dans la cavité vaginale, la pointe du trocart s'étant retirée, pendant la malaxation de la tumeur, et ne communiquant plus avec la poche.

Afin d'éviter les inconvénients de ce genre, M. le docteur Cayla (de Bordeaux) a eu l'idée de fixer au trocart, pendant la durée de l'intervention, les six tuniques testiculaires, en procédant de la façon que voici : on introduit le trocart dans l'hydrocèle, puis, avant d'évacuer le liquide, on prend une aiguille à suture fortement recourbée, munie d'un crin de Florence ou d'un fil de soie et montée sur une pince à verrou; on la pique dans la poche à un demi-centimètre environ du trocart et on la pousse jusqu'à ce qu'elle ressorte en un point diamétralement opposé et à la même distance du trocart. Cela fait, on saisit les deux chefs du fil et on les noue sur la canule. On peut alors retirer le mandrin et continuer l'opération sans craindre de voir l'extrémité du trocart abandonner la cavité de la séreuse et se fixer dans les interstices des tuniques testiculaires.

Il va sans dire que le fil peut être enlevé aussitôt après l'évacuation du liquide caustique.

Un procédé rapide d'extraction de la filaire.

Pour extraire le ver de Médine, on a habituellement recours soit à la méthode lente (enroulement du parasite sur un bâtonnet), soit au procédé rapide qui consiste à tuer le ver au moyen d'une injection de bichlorure de mercure à 1 ‰, pratiquée dans la tumeur veineuse lorsque la peau est intacte, ou bien dans le trajet supposé de la filaire, quand la tumeur est ouverte. Ces injections étant loin d'être toujours efficaces, M. le docteur Roquemaure (médecin des troupes coloniales françaises) s'est appliqué, pendant son séjour au Chari, à trouver un moyen plus sûr pour combattre l'affection parasitaire dont il s'agit.

Ayant remarqué que la draconculose sévit sur la rive gauche du Chari, tandis qu'elle n'existe guère sur la rive droite de ce même fleuve, notre confrère crut pouvoir attribuer cette particularité à ce que les eaux de la rive droite, fortement natronées, ne se prêtent pas au pullulement du ver de Guinée. Rapprochant cette constatation de ce fait que tous les parasites coloniaux ne peuvent supporter le contact du chlorure de sodium, M. Roquemaure a eu l'idée de remplacer, dans l'extraction rapide de la filaire, le sublimé par l'eau salée à sursaturation.

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par notre confrère :

Si le ver n'apparaît pas à l'extérieur de façon à pouvoir être saisi avec une pince, on pratique, après une injection de cocaïne, une incision soit sur la tumeur, soit sur le trajet du parasite et on amène ainsi à l'extérieur une anse vermineuse. La filaire étant dès lors à découvert, on prépare une solution de chlorure de sodium sursaturée, puis, saisissant le ver, on injecte lentement 1 c.c. de cette solution dans le corps même du parasite. A peine la seringue est-elle retirée, que le ver laisse échapper par le trou de l'aiguille une sorte de ruban crémeux qui représente probablement une agglomération d'embryons provenant de l'oviducte contracté sous l'influence de l'eau salée. De grands cataplasmes de farine de lin, préparés avec une solution phéniquée à 25 ‰, sont alors appliqués sur la région de la piqûre. Quelques heures après l'injection, le malade ressent en cet endroit une douleur lancinante, que l'on parvient, du reste, à modérer en ayant soin d'entretenir constamment la chaleur du cataplasme. Le lendemain, en défaisant le pansement, on constate qu'il s'est formé comme une sorte de phlegmon diffus contenant le ver, qui semble s'être ramassé. Sous l'influence de nouvelles applications chaudes, ce phlegmon diffus ne tarde pas à se transformer en un phlegmon circonscrit, qu'il ne reste plus qu'à ouvrir. L'incision donne issue à une grande quantité de pus dans lequel nage le ver en bouillie. La poche de l'abcès est lavée avec de l'eau phéniquée à 25 ‰ et on applique ensuite des pansements humides.

Grâce à ce procédé, le patient serait très rapidement débarrassé du parasite et pourrait, au bout de trois ou quatre jours au plus, reprendre ses occupations, sans avoir à craindre une récidive.

Les inconvénients de l'emploi simultané de l'iodoforme et des préparations mercurielles.

D'après l'expérience de M. le docteur Ch. Audry, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Toulouse, les éruptions que l'on voit souvent survenir à la suite de l'emploi de l'iodoforme seraient, en réalité, dues à l'usage simultané de ce médicament et de préparations mercurielles, notamment du sublimé. Notre confrère a vu, en effet, les exanthèmes iodoformiques devenir beaucoup plus rares dans son service depuis qu'il a renoncé à faire précéder le pansement à l'iodoforme d'un lavage avec la solution de bichlorure de mercure. Aussi estime-t-il qu'on doit s'abstenir d'utiliser concurremment ces deux médicaments chez le même individu ou, tout au moins, pour la même région du corps.

Cette manière de voir cadre bien, du reste, avec les faits cliniques et expérimentaux sur lesquels nous avons eu l'occasion d'insister l'année dernière et qui mettent en évidence les inconvénients de l'emploi simultané des préparations iodées et des sels hydrargyriques (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 168).

Le salicylate de soude contre les fièvres paludéennes.

D'après l'expérience d'un médecin anglais, M. le docteur A. E. Kennard (de Hampton Wick), le salicylate de soude, administré à la dose de 0 gr. 60 centigr. à 1 gr. 20 centigr., répétée toutes les quatre heures, constituerait un bon moyen de traitement des fièvres paludéennes, susceptible de rendre d'excellents services dans les cas où la quinine est mal supportée. En dehors de ses effets antipyrétiques, qui ne le céderaient en rien à ceux de la quinine, la médication salicylée exercerait encore une action favorable sur les douleurs dans les membres inférieurs, douleurs qui sont assez fréquentes au cours du paludisme aigu.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La thérapeutique « in extremis ».

Ce n'est point une thérapeutique brillante, et les succès ne laissent pas que d'en être rares : à vouloir sauver quand même « ceux qui vont mourir », on encourt souvent des responsabilités lourdes et injustifiées, on se crée de rudes besognes et l'on s'expose à des échecs d'autant plus pénibles que la lutte a été plus longue et plus acharnée. Peut-être vaudrait-il mieux, à tout prendre, dans ces cas limites, dans ces situations quasi désespérées dont nous allons parler, s'en tenir aux suggestions d'un sage pessimisme et se borner à ces petites pratiques, inutiles et constantes, qui représentent le formulaire des agonies.

Nous ne le croyons pas ; nous savons par expérience qu'au nombre des « condamnés sans appel », il en est qui échappent à la sentence, et qui guérissent; on dit, de ces guérisons inexpliquées, que ce sont des « résurrections », et cela n'a pas de sens. Mieux vaut chercher — avec les données, si incomplètes soient-elles, que nous possédons — la solution du problème, tel qu'il se pose en clinique : est-il temps encore de « faire quelque chose »? J'entends quelque chose d'efficace et qui puisse sauver la vie. A quels signes reconnaîtrons-nous que la résistance vitale est épuisée sans retour, et qu'il n'y a plus « qu'à laisser mourir »?

Bien entendu, nous ne saurions prendre la question dans ses termes les plus généraux ; nous ne voulons pas davantage faire état de ces éventualités trop fréquentes où, par le fait d'une cachexie ancienne, du cancer, de la tuberculose, d'une affection organique avancée, la déchéance vitale est irrémédiable, et où le dénouement ne saurait être qu'à peine retardé.

La situation est tout autre à la suite des *traumatismes graves*, dans les *anémies aiguës* ou dans ces *infections* qui éclatent en pleine santé. Ce sont des accidents, à proprement parler : d'eux seuls dérivent tous les désordres et la fin prochaine. Est-il possible encore de conjurer cette fin ? Comment? Quelles ressources avons-nous pour aider la réaction vitale ? A quelles opérations, à quels types d'opérations pourrons-nous recourir ?

I

C'est à la suite des *grands traumatismes* que la question se pose d'abord, et souvent. Or, il convient de s'entendre sur ce terme et d'en préciser le sens.

Les lésions vitales, irrémédiables, ne sont pas toujours celles qui se traduisent, d'emblée, par l'appareil symptomatique le plus alarmant; et, d'autre part, les différents types de traumatisme, la « manière dont on est blessé », provoquent des réactions immédiates fort dissemblables, qui ne représentent pas exactement la gravité réelle de la « blessure ». Faut-il rappeler le shock toujours si intense qui accompagne les accidents de chemins de fer? Et encore celui qui était autrefois coutumier à la suite des plaies de guerre ? Je dis autrefois, car l'expérience des campagnes récentes paraît démontrer que les plaies par la balle de petit calibre entraînent beaucoup moins souvent ces grandes perturbations générales. MM. Küttner (1), Hildebrandt (2) et la plupart des chirurgiens ont constaté le fait au cours de la guerre sud-africaine.

Au début et dans les premières heures, nous nous trouvons donc en présence du *shock :* il masque les signes précis des lésions proprement dites, et caractérise cette période indécise et trouble, où le pronostic est hésitant et les indications si malaisées à poser. On a beaucoup abusé de ce terme de shock, et, en effet, c'est là un état fort complexe et qui reconnaît des agents pathogéniques multiples : l'hémorrhagie, les désordres mécaniques graves de la respiration et du cœur, l'infection commençante, mais il relève aussi de la secousse nerveuse, de l'ébranlement mécanique ou réflexe, direct ou à distance, des centres cérébro-médullaires et des grands nerfs splanchniques, et de ce fait même il acquiert (je parle du shock traumatique) une réelle individualité. En dehors de l'anémie, de l'asphyxie, de la syncope, le shock, c'est la commotion cérébrale, la commotion médullaire, la commotion du sympathique ou du pneumogastrique, avec leurs degrés divers et leurs combinaisons variées.

Or, nous est-il possible de distinguer le shock curable, qui se dissipera plus ou moins vite et qui ne cache aucune lésion traumatique fatalement mortelle, du shock grave, avant-coureur du coma et de l'agonie? En pratique — et hormis certains faits où le problème ne se pose même pas — la réponse est souvent fort difficile à donner, d'emblée tout au moins.

Un homme est apporté dans mon service avec un écrasement des deux membres inférieurs jusqu'à mi-cuisse, des fractures de la clavicule et des côtes, des contusions sans nombre de la tête, du thorax et de l'abdomen; il est pâle, froid, avec un pouls presque incomptable, une respiration toute superficielle, une insensibilité absolue. On le réchauffe, on lui injecte du sérum en abondance : peu à peu le pouls reprend quelque force, la respiration se régularise et devient plus ample, le facies se restaure; au bout de quelques heures, l'état général s'est « remonté » suffisamment pour que mon interne, M. Coudert, puisse lui amputer les deux cuisses (je reviendrai dans un instant sur ces interventions précoces) : il est aujourd'hui guéri.

Et les exemples ne manquent pas. Je ne veux en tirer qu'une conclusion : très fréquemment, quelle que soit la gravité apparente et irrémédiable, semble-t-il, de la situation, on ne peut rien inférer de certain d'un premier examen ; ce n'est qu'en suivant ces « grands blessés » qu'on dégage peu à peu, et plus ou moins vite, des notions précises et les éléments d'un pronostic dûment fondé, et *c'est le cœur*, ici encore, *qui fournit les meilleures indications.*

Si le pouls se déprime progressivement, s'il devient intermittent, et que des pauses prolongées l'interrompent souvent, s'il reste indifférent à tous les moyens utilisés, et, en particulier, que l'injection de sérum n'exerce plus sur lui qu'une action nulle ou toute passagère, la fin est proche; ajoutez encore l'accélération des mouvements respiratoires et surtout leur caractère rythmique, passif, purement mécanique, et, de plus, si la situation se prolonge plusieurs heures, l'anurie complète, la suppression de toutes les sécrétions, la sécheresse de la bouche, du nez, des yeux. Enfin le hoquet, surtout à la suite des traumatismes abdominaux, est encore un signe de gravité majeure, et M. D'Anna (1) y a insisté.

Toujours est-il que nous ne saurions trouver là, en général, les éléments d'une certitude : à cette période intermédiaire, instable, hésitante, il faut agir, et la thérapeutique, j'entends un ensemble de pratiques raisonnées et utiles, trouvera dans tous les cas à s'exercer.

Il faut agir, mais dans certaines limites, et savoir, avant tout, *ce qu'il ne faut pas faire.* Certaines tendances traditionnelles subsistent encore, et très souvent elles deviennent meurtrières : je veux rappeler surtout la *précipitation des transports, la précipitation des pansements et des interventions.*

Les transports immédiats lointains, improvisés, sont maintes fois la cause prochaine de la mort, et cela est vrai dans la pratique civile, rurale, comme en chirurgie de guerre. Pendant la campagne anglo-boer, on a eu de nouvelles preuves des périls que font courir, non seulement aux blessés du ventre, mais à ceux de la tête, de la poitrine, des membres, ces « évacuations » prématurées. Et le fait se vérifie d'autant mieux qu'il s'agit de blessés plus gravement atteints, et dans cet état d'équilibre instable dont nous parlions plus haut.

L'immobilité absolue est, alors, la première indication thérapeutique, et c'est pour cela aussi, que, à part certaines blessures vitales, à traiter séance tenante, la précipitation des pansements étendus et compliqués est une erreur et un danger graves. J'ai vu, plusieurs fois, des écrasés, des brûlés, qu'on s'était empressé de traiter, de désinfecter, de panser, et qui s'éteignaient, à peine terminée cette longue besogne, alors qu'au début le pouls était relativement bon et la résistance encore très suffisante. C'est un second traumatisme, c'est une seconde série de secousses nerveuses de tout ordre, que l'on impose à ces « grands traumatisés ». Arrêtez, suspendez l'hémorrhagie, et vous avez pour cela des moyens assez simples, en général, et ne croyez pas qu'un retard de quelques heures accroîtra notablement l'infection (1). L'infection, elle est contemporaine de l'accident et des instants qui la suivent, elle existe, quand vous voyez le blessé, et, quelle que soit votre hâte, la résorption des poisons septiques vous devancera toujours; si vous ne touchez pas aux plaies, si vous maintenez l'immobilité complète, elle ne s'aggravera pas.

Et cela s'applique, à plus forte raison, aux interventions proprement dites, aux amputations traumatiques, en particulier. Une fois passée la période de shock initial, il sera souvent, d'ailleurs, de bonne pratique de procéder à certaines exérèses immédiates, et ce sera, en maintes rencontres, la meilleure méthode de désinfection.

Donc ne faites rien qui puisse aggraver le shock, et traitez-le. Telle est la première indication à remplir, et l'efficacité de cette thérapeutique n'est pas discutable, dans nombre de faits.

Traiter le shock initial, cela veut dire surtout *traiter le cœur*, et l'aider à reprendre son activité et son fonctionnement. Telle est, à notre sens, l'idée fondamentale qui doit présider à nos efforts. Toutes les autres pratiques sont illusoires, et l'on perd son temps à mettre en œuvre les soi-disant « excitants diffusibles » et les divers artifices par lesquels on prétend « réveiller » le système nerveux : c'est par le cœur, par l'afflux plus régulier et plus abondant du sang que le système nerveux « se réveillera », si la gravité des lésions n'est pas irrémédiable, et que les fonctions se rétabliront. Les piqûres d'huile camphrée et de caféine, d'une part, et surtout le sérum artificiel rempliront cette indication fondamentale. Encore faut-il, ici, comme dans les autres situations d'extrême péril que nous allons examiner plus loin, que le sérum soit *administré tout de suite et à très haute dose* et non point avec cette parcimonie étrange qui, trop souvent encore, paraît être une règle pour quelques-uns. Le sérum n'est pas seulement, alors, le meilleur agent de la thérapeutique *in extremis*, il devient aussi le meilleur élément du pronostic vrai, et si, injecté en abondance et pendant plusieurs heures, il ne relève pas la tension sanguine, n'agit pas sur le cœur, vous pouvez tenir pour assuré que, cette fois, « il n'y a plus rien à faire ».

II

L'hémorrhagie entre souvent, pour une part, dans le mécanisme de cet état complexe qu'on

(1) H. Küttner. Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege 1899-1900. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXVIII, 3, p. 793.)

(2) H. Hildebrandt. Beobachtungen über die Wirkungen des kleinkalibrigen Geschosses aus dem Boerenkriege 1899-1900. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXV, 3, p. 760.)

(1) E. D'Anna. Alcune considerazioni sullo shok traumatico. (*Clinica chirurgica,* nov. 1901, p. 907.)

(1) La résorption des poisons septiques serait, du reste, ralentie dans l'état de shock, d'après les expériences de M. R. Galeazzi (La recettività dell'organismo in « shock » per le infezioni, 1895).

désigne du nom de shock; il est d'autres éventualités où, par elle-même et par elle seule, elle crée le péril de mort imminente. Je veux parler des hémorrhagies profuses, des *anémies aiguës*, d'origine diverse, qui se présentent souvent, en pratique : hémorrhagies extérieures, d'ordre traumatique, hémorrhagies internes par rupture de grossesse tubaire, hématémèses « cataclysmiques » de l'ulcère de l'estomac, grandes hémoptysies, métrorrhagies obstétricales.

Ici l'on peut dire, en quelque manière, qu'en dépit de toutes les apparences, *il n'est jamais trop tard pour agir*. Sans doute, au delà d'une certaine limite, la perte de sang n'est plus réparable et la mort s'ensuit fatalement; mais cette limite vitale est bien dificile à prévoir, même chez les animaux, et les chiffres donnés par les expérimentateurs en témoignent : d'après M. Hayem, chez le chien, la déperdition sanguine mortelle varie de 4.34 à 5.55 % du poids de l'animal; d'après M. Kireeff (1), de 4.3 à 7.3 %; et, d'ailleurs, le rapport de la masse sanguine au poids du corps est lui-même variable, de 5.5 à 9.1 %. Ces oscillations et ces écarts montrent bien que, chez l'homme, où, du reste, la quantité de sang perdu est si malaisée à évaluer, on ne peut, d'emblée, rien augurer qui soit définitif.

Ici encore, les signes extérieurs, la pâleur de la peau et des muqueuses, le refroidissement des extrémités, la petitesse extrême et la fréquence du pouls ne révèlent qu'en partie la situation exacte. La respiration — *le type respiratoire* — fournit parfois de meilleurs éléments, et les observations expérimentales faites par M. Holovtschiner (2) valent d'être rapportées; cet auteur distingue trois types de respiration chez les animaux « saignés » : 1° la respiration *pneumatorectique*, profonde et le plus souvent aussi accélérée, qui dérive du besoin d'oxygène; si l'hémorrhagie est arrêtée pendant cette période, le retour à l'état respiratoire normal ne tarde pas; 2° la respiration *hypokinétique*, accélérée, superficielle, avec pénétration incomplète de l'air dans le poumon; le péril est grave alors : M. Holovtschiner estime, toutefois, qu'à ce stade l'injection de sérum artificiel est encore susceptible de sauver la vie; d'après M. Rosenberg, la transfusion sanguine pourrait seule être efficace; 3° la respiration *syncopale*, entrecoupée, interrompue par de longues pauses, les mouvements respiratoires recouvrant une certaine fréquence, au début, et devenant de plus en plus rares et superficiels, jusqu'à la cessation finale; ici, le sérum artificiel est impuissant, mais la transfusion sanguine pourrait donner des résultats inattendus.

On retrouve, en clinique humaine, lors d'anémie aiguë, ces divers types respiratoires, et la gravité du type *syncopal* est de notion commune. Ce n'est pas seulement, d'ailleurs, la quantité totale de sang perdu qui crée le danger immédiat, c'est encore la brusquerie de l'hémorrhagie : un blessé qui perd d'un coup, en quelques instants, un litre et demi de sang, est fort exposé à mourir séance tenante par syncope, alors que la contre-partie s'observe de temps en temps, et que certaines hémorrhagies intra-abdominales se montent à un taux certainement plus élevé, tout en permettant aux malades de survivre de longues heures, de supporter l'anesthésie générale et la laparotomie, et finalement de guérir.

Le mécanisme de la mort par hémorrhagie n'est pas univoque, en effet, car à côté de la mort *fonctionnelle* (*funktioneller Verblutungstod*) due à la perte globulaire trop exagérée, il y a la mort *mécanique* (*mechanischer Verblutungstod*), qui dérive, elle, de la dépression extrême du tonus vasculaire, de l'affaissement des vaisseaux, trop vides, qui ne peuvent plus réagir utilement sur leur contenu, et « donner au cœur la réplique ».

(1) V. Kireeff. Ueber arterielle Blutungen. (*Arch. f. Physiol.*, 1884, p. 156.)

(2) Holovtschiner. Ueber hämorrhagische Dyspnoe. (*Arch. f. Physiol.*, 1886, p. 232.)

Ce sont là des notions anciennes déjà, et depuis longtemps établies, mais qui n'en méritent pas moins d'être reprises, répétées, vulgarisées. Elles seules, en effet, permettent de comprendre l'action de la sérothérapie artificielle, de l'*infusion* comme disent les Allemands, et de préciser les conditions qu'elle doit remplir pour jouer tout son rôle et donner tous ses résultats.

J'ai déjà parlé de la parcimonie que l'on met trop souvent à l'emploi du sérum. On injecte 200, 300 grammes de solution salée physiologique, et l'on croit avoir fait tout le nécessaire. C'est un non-sens; dans les grandes anémies aiguës, l'injection de sérum a un but mécanique : il faut remplir, et remplir le plus vite possible, les vaisseaux trop vides, et, pour cela, *injecter séance tenante une grande quantité de liquide*, et l'injection intraveineuse répond précisément à ces nécessités d'extrême urgence.

Alors même que l'hémorrhagie a été considérable et que la mort « fonctionnelle » paraît inévitable, la sérothérapie artificielle, comme le fait remarquer fort justement M. Ercklentz (1), dans un mémoire récent, peut encore servir à prolonger la vie quelques heures — et ce n'est jamais là un résultat négligeable — et, de plus, durant ce répit, la régénération globulaire peut être suffisante pour écarter le dénouement fatal. Ne sait-on pas avec quelle rapidité se régènerent les globules, en particulier chez les jeunes sujets? D'ailleurs, M. de Ott a démontré que la sérothérapie artificielle exerce une influence des plus efficaces sur cette réparation globulaire du sang; elle devient, sous l'action du sérum, deux fois plus rapide, et plus active même qu'après la transfusion sanguine.

Telle est donc la méthode « héroïque », l'arme la plus puissante que nous ayons dans la lutte *in extremis*, si nous savons la bien manier. Les exemples abondent, et nous pourrions citer un grand nombre de faits où l'injection de sérum, pratiquée d'emblée, poursuivie pendant toute la durée de l'intervention hémostatique, et dans les heures qui suivent, a tenu ses promesses et, contre toute attente, sauvé la vie. Nous rappellerons seulement deux cas où nous avons pu voir jusqu'à quelles limites extrêmes, sur un sujet exsangue, et condamné sans recours, il est possible, grâce au sérum, de retarder l'échéance fatale. Il s'agissait, dans l'un de ces faits, d'un écrasement des deux membres inférieurs; le blessé, un jeune homme, resté sans secours pendant plusieurs heures, avait perdu, par une déchirure de l'artère poplitée droite, une quantité de sang d'évaluation impossible; il saignait encore, il n'avait plus de pouls qu'à l'humérale et à la fémorale, sa respiration était entrecoupée, anxieuse, et il présentait la pâleur livide de ces hémorrhagies « à blanc »; pendant qu'on examine sommairement les foyers d'écrasement et qu'on pince l'artère, il cesse tout à fait de respirer, on ne sent plus le pouls, on n'entend plus le cœur, la cornée est insensible, les paupières inertes, la langue tombante. C'est le cadavre. Nous nous précipitons sur une veine du coude, nous l'ouvrons, nous poussons une canule, du sérum chaud : au bout de quelques minutes, une vague coloration reparaît aux lèvres, le cœur se reprend à battre, les mouvements respiratoires se rétablissent peu à peu, la connaissance revient. Le patient survécut près de vingt-quatre heures.

Autre « résurrection », momentanée aussi, mais plus frappante encore, car le malade, épuisé par des hématémèses profuses et répétées, les jambes œdématiées, les urines rares, était dans un état si avancé de déchéance que rien ne pouvait plus le sauver; il s'éteignait lentement; le pouls devient de plus en plus petit et incomptable, la respiration de plus en plus superficielle, interrompue, embarrassée; toute connaissance a disparu : c'est l'agonie, et, bientôt, le silence complet, l'arrêt de la respiration et du cœur. On le croit mort : pourtant on pratique, en hâte, l'injection de sérum artificiel, et c'est un spectacle rare et émouvant que de voir, au bout d'une dizaine de minutes, ce « mort » se ranimer, ouvrir les yeux, reprendre connaissance, parler. Lui aussi survécut plus d'une journée.

(1) W. Ercklentz. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Leistungen der Kochsalzinfusion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1903, XLVIII, 3-4, p. 171.)

Si, dans de pareilles situations, quand tout est perdu, et fatalement perdu, on obtient, par le sérum, des survies de ce genre et de ces trêves inexpliquées, que ne doit-on pas attendre de la sérothérapie, utilisée à temps, et à dose suffisante?

III

J'arrive à une question autrement complexe : celle des *infections* et des ressources que nous possédons et que nous devons mettre en œuvre, dans les cas extrêmes et les périodes avancées.

Sans doute il y a, ici encore, une limite vitale, autrement dit un degré d'empoisonnement et d'imprégnation septique au delà duquel toute résistance est nécessairement annihilée. Ce degré d'intoxication, nous n'avons, pour l'apprécier à son titre exact, que des moyens jusqu'ici assez frustes, et, de même, nous ne pouvons évaluer avec précision la « quotité de défense » de l'organisme. Quelque jour, nous ferons mieux, peut-être, et nous pourrons appliquer à la lutte contre les infections une thérapeutique nouvelle, spécifique, qui supprimera ou réduira grandement les actions locales et l'emploi de nos méthodes actuelles. Quoi qu'on en veuille dire, cette heure n'est pas venue, et, quels que soient les services que nous puissions attendre de quelques sérums spécifiques, de quelques agents médicamenteux, il serait d'une suprême imprudence de les utiliser seuls.

On lutte contre l'infection avec son cœur et avec ses reins; la formule est simpliste, peut-être, et il serait mieux de dire que la lutte est soutenue par les cellules vivantes, grâce aux mécanismes de défense aujourd'hui bien connus; en pratique, cette formule simpliste reste vraie; elle conserve toute sa valeur et au point de vue du pronostic et au point de vue de la thérapeutique; c'est l'état du cœur et des reins qui révèle le mieux la capacité de défense de l'organisme à telle ou telle période, *c'est en agissant sur le cœur et les reins qu'on obtient le maximum d'effet utile*.

Quelques exemples, empruntés aux différents types d'infections, suffiront à le démontrer; ils nous fourniront, en même temps, les moyens de répondre à la question qui se pose une fois de plus : Est-il encore temps d'intervenir? Comment faut-il intervenir, à ce stade « d'équilibre instable » entre la vie et la mort, où si peu de chose suffit à faire tomber la balance du mauvais côté?

Pareil problème se présente assez souvent en présence des *stercorémies* profondes, qui succèdent aux étranglements herniaires ou aux iléus, méconnus ou non traités.

Une femme de soixante-quatre ans, courte et grasse, est atteinte depuis huit jours d'un de ces pseudo-étranglements ombilicaux, plus graves que l'étranglement vrai; elle est à la dernière phase de l'empoisonnement stercorémique, la peau marbrée de violet, le facies plombé, les extrémités froides, régurgitant des matières fécaloïdes; la hernie est énorme, bosselée, tendue, rougeâtre et la kélotomie sera, certes, fort malaisée. Deux éléments me laissent pourtant quelque espoir : l'haleine n'a pas cette fétidité caractéristique qui annonce sûrement l'agonie proche; le pouls est tout petit, mais il est net encore et les pulsations se détachent bien sous le doigt.

L'anesthésie générale eût été mortelle; je me contente d'insensibiliser la peau à la cocaïne

et d'aller le plus vite possible. Je trouve un vaste sac herniaire divisé en loges multiples, parsemé de brides et de diverticules, tout l'épiploon hernié, épaissi, adhérent, un paquet d'intestin grêle d'au moins 35 centimètres, coudé, segmenté, plicaturé en maintes places entre les cloisons incomplètes et les brides épiploïques, et adhérent. Très vite, et par étapes, m'arrêtant un peu, quand la malade résiste, et reprenant, dès qu'elle s'est calmée, je sectionne les brides, je débride, je décolle et je résèque l'épiploon, je libère l'intestin. La réduction est faite, l'ouverture abdominale rapidement fermée, et toute cette rude besogne est finie en vingt-cinq minutes. La malade se réchauffe peu à peu; dans la nuit, elle a plusieurs selles. Elle guérit (1).

Je pourrais citer quelques autres faits tout semblables où l'intervention a eu lieu *in extremis*, aux confins de l'agonie, et s'est jugée par une guérison inespérée. Bien entendu, à cette période trouble et indécise, un nombre élevé de malades succombent, et l'opération elle-même, lorsqu'elle n'est pas conduite avec la rapidité et la simplicité que nous dirons plus loin, « donne le coup de grâce »; mais le fait seul que quelques-uns d'entre eux trouvent le salut dans ces tentatives suprêmes suffit à légitimer celles-ci. Et ce que nous venons de dire de la hernie s'applique de tout point à l'iléus, sous la réserve toutefois que l'on se borne à l'entérostomie, à la vidange pure et simple de l'intestin.

Ajoutons que la stercorémie avancée crée des dangers d'autant plus graves que l'action du cœur est en règle, et de bonne heure, grandement compromise.

Dans les *péritonites*, comme dans la stercorémie, c'est encore le cœur qui fournit au pronostic ses meilleurs indices, et précisément les formes les plus graves, et sur lesquelles nous avons le moins de prise, sont celles où l'iléus et la péritonite se combinent; comme le fait remarquer M. von Beck (2), l'empoisonnement du cœur procède alors d'une double source et devient vite irrémédiable.

Il y a, de fait, un départ à établir dans l'ensemble, si divers et si complexe, des péritonites: on ne discute plus le bien fondé de l'intervention aux stades précoces et dans les types de gravité atténuée où la suppuration intra-abdominale revêt plutôt les allures du phlegmon par diffusion que les caractères de la généralisation proprement dite. Nous voulons parler, ici, des formes les plus malignes et des périodes retardées, où la mort semble toute probable et toute prochaine.

Un certain nombre de chirurgiens se refusent alors à une intervention, presque sûrement condamnée à l'impuissance, et la question s'est présentée et a été plusieurs fois discutée, à l'occasion des péritonites diffuses d'origine appendiculaire. On a cherché même à établir que l'abstention opératoire laissait plus de chances — des chances bien précaires — de survie; mais la démonstration n'a pas été faite, et jusqu'à ce que nous possédions une thérapeutique antitoxique, la laparotomie reste un des termes nécessaires et primordiaux de notre action de défense. Il faut toujours intervenir, hormis les cas où l'intoxication est trop profonde pour que la moindre tentative opératoire ne soit pas suivie de mort immédiate ou rapide, et toute la question pratique se résume précisément à reconnaître les situations désespérées. Sous ce rapport, la dépression progressive et l'irrégularité du cœur, l'anurie sont des indices fort importants; M. Friedrich (3) a insisté sur la signification toute spéciale de la cyanose, du refroidissement, de l'hypothermie très accusée, qui témoignent de l'« empoisonnement » des centres bulbaires par les toxines microbiennes; à cette heure-là, la diffusion est trop grande et l'imprégnation toxique trop avancée, pour que l'évacuation du foyer, le lavage du péritoine et la destruction — fût-elle intégrale — des microbes originels puissent servir au moindre résultat. A ce stade de l'infection bulbaire, tout est perdu; jusque-là, et quelles que soient les apparences et les probabilités, on n'a pas le droit de conclure.

Il n'est pas douteux que la nature microbienne de la péritonite et le degré de virulence de l'infection ne commandent d'emblée, pour une grande part, au moins, le pronostic et le dénouement; et surtout parmi ces malades que nous opérons, pour ainsi dire, *in extremis*, un très grand nombre, presque tous, sont voués, sans recours possible, à la mort. Nous le savons bien, et l'expérience nous le montre assez; ce que nous ne savons pas, c'est, si je puis dire, la quantité de résistance vitale qui reste à chacun d'eux, et ce que l'on peut attendre encore de leur activité cellulaire — de leur cœur et de leurs reins, pour reprendre la formule indiquée plus haut — avec le concours de notre intervention adjuvante et des ressources thérapeutiques auxquelles nous pouvons recourir. Du fait seul qu'il y a doute, nous devons aller de l'avant, et les surprises heureuses, les guérisons qu'on dit merveilleuses parce qu'on n'en sait pas démontrer encore les raisons cachées, pour rares qu'elles soient, ne suffisent pas moins à légitimer, à encourager l'action quand même. En voici un exemple :

Une femme de vingt-deux ans est apportée mourante dans notre service, sans autre renseignement que celui-ci : elle est malade depuis dix jours, et les accidents ont débuté bruyamment par des douleurs abdominales et des vomissements. Le ventre est énormément distendu, dur, mat sur presque toute son étendue, surtout dans les fosses iliaques et le flanc droit. On ne sent pas le pouls aux radiales; les pieds et les jambes, les mains et les avant-bras sont froids, la peau violacée par places, plissée, sans élasticité; le facies est celui de la péritonite infectieuse, les yeux vagues, la langue sèche et froide, la connaissance incomplète. De toute évidence, la mort est là, toute proche. Pourtant l'haleine n'a pas le relent agonique, et, d'autre part, le jeune âge de la malade reste, en dépit de tout, un élément — fort précaire — d'espoir.

Séance tenante, on opère. L'injection sous-cutanée de sérum est commencée tout de suite et poursuivie durant toute l'intervention; on donne quelques bouffées de chloroforme, et je pratique une première incision dans la fosse iliaque droite : il sort un flot de pus fétide; j'incise plus haut et, de toute la profondeur du flanc, une quantité considérable de pus sanieux continue à s'échapper : tout le ventre en paraît rempli.

Je fais une seconde incision, médiane : même avalanche purulente; j'en fais une troisième dans la fosse iliaque gauche, et là encore, j'ouvre un immense foyer. Le pus remontait dans les deux flancs et communiquait de l'un à l'autre.

Plusieurs litres de sérum artificiel chaud achèvent la détersion, puis j'assure le drainage, de tous les côtés, sans réunion. Après l'opération, on pratique, dans une veine du pli du coude gauche, une injection d'un litre et demi de sérum. Pendant le reste de la journée, on continue à injecter du sérum dans le tissu cellulaire, jusqu'à concurrence de deux litres environ. Le pouls, imperceptible, est redevenu très net, et, le lendemain matin, il a repris une ampleur qui nous fait bien augurer de l'avenir. En effet, les accidents cessent et, un mois après, la guérison est complète.

Ce sont là de véritables expériences; elles parlent plus haut que toutes les théories et que tous les systèmes, elles créent des convictions tenaces, et la volonté d'*essayer toujours, puisqu'on peut réussir*.

Il y a, d'ailleurs, comme nous le dirons dans un instant, une technique de ces interventions de suprême secours qui deviendraient si aisément meurtrières, ou, pour mieux dire, qui, si facilement, avanceraient l'heure de l'échéance fatale, et qui en porteraient la responsabilité. Il y a, de plus, toute une thérapeutique, dont la sérothérapie artificielle est l'élément capital, tout un ensemble de réconforts, dont la mise en œuvre raisonnée, continue, patiente, est le complément indispensable de l'acte chirurgical.

Sans que nous puissions entrer dans des détails, ce que nous venons de dire s'applique, avec des chances variables de succès, aux péritonites traumatiques, aux péritonites par perforation, à celles qui procèdent de l'appendicite, aux péritonites puerpérales.

Dans la septicémie puerpérale, d'ailleurs, de formes si diverses, la thérapeutique *in extremis* trouve souvent à s'exercer. Elle n'est pas toujours opératoire, et, sans discuter à nouveau le bien fondé et les indications de l'hystérectomie, nous nous contenterons de rappeler que les septicémies, sans localisation précise et « opérable », sont fréquentes, et que la sérothérapie artificielle, telle que nous l'étudierons dans un instant, bien appliquée, peut donner, même dans les formes les plus graves, des succès inattendus.

Enfin, sur un autre terrain, dans les grandes *infections des membres* (phlegmons gangreneux, suppurations diffuses, arthrites suppurées, etc., compliquées de septicémie menaçante), il y a lieu de se demander encore, dans certains cas : *Faut-il amputer?* Le sacrifice du membre est-il justifié, peut-il être une intervention de salut? — La question a été longuement discutée, dans ces dernières années : M. Dörfler (1) a soutenu qu'il fallait rayer des traités classiques ces opérations, autrefois fréquentes, et que les amputations en pleine septicémie, et destinées à enrayer la septicémie, ne cadraient plus avec les données actuelles de la science. D'autres travaux, émanés de la clinique de M. von Bergmann, à Berlin (2), de M. von Angerer, à Munich (3), ont conclu dans un sens tout différent, et, d'après leurs auteurs, si l'exérèse radicale n'est jamais qu'une dernière ressource et qu'un pis aller, elle n'en a pas moins ses indications, et devient, dans certaines conditions, le facteur suprême de la guérison. Il en est ainsi, pour préciser, lorsque le traitement local, aussi actif qu'on le suppose, et, en particulier, les grandes incisions, ne suffisent pas à enrayer le processus local et l'infection générale; ou encore, lorsque, le foyer local ne progressant plus, la gravité croissante des accidents généraux n'en témoigne pas moins d'une résorption continuelle et sans cesse accrue de toxines et d'un empoisonnement qui sera bientôt irrémédiable. Un étudiant de vingt ans, dont parle M. von Bergmann (4), est blessé à la main gauche; la gangrène se déclare; on fait l'amputation du petit doigt; les lésions phlegmoneuses s'étendent et remontent, malgré les grandes incisions; la fièvre est élevée et continue, l'état général fort grave; dans le sang on trouve des streptocoques. On ampute le bras : réduction progressive, puis disparition des microbes dans le sang; le malade guérit. — Qu'il ne faille pas trop se presser, en pareils cas, cela n'est pas douteux, mais on ne saurait nier qu'une détermination énergique et radicale ne puisse, seule, parfois sauver la vie.

---

(1) Cette observation figure dans la thèse de M. H. Kresser : Les limites ultimes de l'opérabilité en chirurgie d'urgence. (*Thèse de Paris*, 1902.)

(2) B. von Beck. Weitere Erfahrungen über operative Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1902, XXXIV, p. 116.)

(3) P. L. Friedrich. Zur bacteriellen Aetiologie und zur Behandlung der diffusen Peritonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXVIII, 2, p. 124, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 121.)

---

(1) H. Dörfler. Blutvergiftung und Amputation. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 et 30 avril 1901 et 21 janv. 1902.)

(2) H. Wolff. Blutvergiftung und Amputation. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 nov. 1901.)

(3) H. Brauser. Blutvergiftung und Amputation. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 janv. 1902.)

(4) Von Bergmann. Ueber Amputation bei Phlegmone. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 nov. 1901, Vereins-Beilage, p. 286, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 373.)

J'ai regretté de ne pas l'avoir prise, il y a quelques mois, chez un malade qui succomba à une suppuration diffuse, consécutive à un panaris; et, d'autre part, j'ai guéri contre toute attente, en lui désarticulant la hanche, pour ainsi dire *in extremis*, un blessé atteint d'un vaste écrasement infecté du membre inférieur droit et, lui aussi, en pleine septicémie.

Nous l'avons dit plus haut : sur les frontières de la mort, si l'intervention peut être encore bienfaisante et assurer au malade de dernières chances, ce ne sera jamais que sous la réserve de remplir certaines conditions. Elle sera faite séance tenante, sur place, elle sera courte et simple, elle aura lieu sans anesthésie générale, ou, du moins, avec le minimum d'anesthésique.

Toutes ces règles ont un but commun : laisser au cœur tout ce qui lui reste d'énergie. Que de fois le chloroforme n'a-t-il pas été, dans ces opérations *in extremis*, la cause directe de la mort! Le malade s'endort sans trop de peine, il est calme, il ne s'agite nullement, et l'intervention se prolonge, et la respiration devient de plus en plus faible et saccadée, et le sommeil se continue sans transition avec le coma terminal. Or, il faut bien savoir que la sensibilité est d'ordinaire fort atténuée, en pareil cas, et que, d'autre part, une réaction douloureuse, médiocre et courte, en excitant les centres nerveux, ne saurait être nocive.

Encore une fois, *c'est le cœur qu'il faut ménager avant tout*, c'est à lui qu'il faut penser, et c'est pour cela que, dans les péritonites diffuses, les grands lavages ne doivent être employés qu'avec discrétion, et sous la réserve que le liquide soit chaud et lentement injecté : autrement, ils provoquent volontiers, du côté du cœur, des accidents de dépression syncopale, que ne compense certes pas leur efficacité comme agent de détersion péritonéale.

A cette première et fondamentale indication : soutenir le cœur — et à d'autres aussi, comme nous allons le voir, qui sont intimement liées à celle-là — répondent les *injections*, intraveineuses ou sous-cutanées, *de solution salée physiologique*. Et ici encore, dans le troisième domaine de la thérapeutique *in extremis*, dans les infections, leur rôle est inappréciable, et rien ne saurait, à l'heure présente, y suppléer.

Le temps est déjà loin où l'on déniait à la sérothérapie artificielle une valeur réelle dans la lutte contre l'infection, où l'on affirmait même qu'à haute dose elle pouvait nuire et aggraver les accidents.

Il y avait, dans cette manière de voir, une part de vérité, et la voici. Le sérum n'agit efficacement que sous la double condition que le cœur et les reins aient conservé une suffisante aptitude fonctionnelle. Le fait est démontré expérimentalement. M. Ercklentz (1) le confirme : chez les animaux intoxiqués par divers poisons ou infectés, et que l'on cherche à guérir par «l'infusion», le sérum, par lui-même, n'exerce aucune influence fâcheuse, hormis les cas, toutefois, où la sécrétion urinaire reste nulle ou très réduite. Quand le sérum ne provoque pas la diurèse, on voit se produire de l'agitation, de l'anxiété respiratoire, et les animaux semblent très malades. Un certain nombre « se remontent » plus tard, et ce sont précisément ceux chez lesquels survient la débâcle urinaire; lorsque la diurèse ne s'établit pas, le poison injecté fait son œuvre et la mort ne tarde pas. Or, si les reins ne fonctionnent pas, chez ces derniers sujets, cela tient à l'action du poison qui s'est fixé sur eux, et non à celle du sérum : à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion qui soit attribuable au sérum lui-même.

Donc, la sérothérapie artificielle reste inefficace et les accidents s'aggravent, si l'intoxication est trop profonde, et les *émonctoires rénaux fonctionnellement détruits;* et l'action du sérum devient, de la sorte, un des meilleurs éléments du pronostic. Quand la solution salée, injectée à dose suffisante, ne relève pas, de façon durable, l'action du cœur, quand l'urine reste rare, on peut tenir pour certain que le mécanisme de défense organique est gravement vicié.

C'est, en effet, par le cœur et le rein que la sérothérapie artificielle exerce son action; dire tout uniment qu'elle sert à élever la tension sanguine, ne suffit pas. A ce relèvement de l'activité cardiaque et du tonus vasculaire se rattachent le rétablissement de la fonction rénale et l'augmentation quantitative des urines. Et, quelle qu'en soit la théorie, cet accroissement de l'élimination urinaire prend une large part à la désintoxication : avant toute explication scientifique, c'est un fait d'expérience indiscutable.

Faut-il voir là un *lavage* proprement dit? On s'est efforcé depuis longtemps de le démontrer, et, il faut bien le dire, les expériences, assez malaisées, d'ailleurs, n'ont pas donné, en général, de réponse précise ni positive. Tout récemment, M. Ercklentz a repris ces recherches : avec la strychnine, l'arsenic, la ricine, la cantharidine, et des cultures de staphylocoques dorés, il n'a obtenu que des résultats négatifs; avec l'aniline, sur 13 expériences (elles étaient faites sur le cobaye, l'animal recevant, en injection sous-cutanée, une dose de 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes d'aniline chlorhydrique, et, de trois à cinq minutes après, de 350 à 380 grammes de solution salée physiologique), 6 fois « l'infusion » se montra tout à fait inefficace, 2 fois elle parut accélérer la terminaison fatale, 5 fois elle fit preuve d'une réelle activité : elle prolongea la vie, pendant douze heures dans 1 cas, définitivement dans les 4 autres, ces quatre animaux ayant guéri, alors que les quatre « témoins » succombaient rapidement. Or, dans les faits heureux, la sécrétion urinaire s'était établie très vite après l'injection de sérum et très vite était devenue abondante; dans les autres faits, elle était restée pauvre ou nulle.

C'est là, sans doute, dans la précocité plus ou moins grande des lésions rénales, dans la suppression plus ou moins hâtive, suivant la dose du poison, suivant la réceptivité individuelle, du fonctionnement urinaire, qu'il y aurait lieu de chercher le motif des contradictions expérimentales, et de cette antithèse un peu étrange entre les résultats cliniques, si généralement heureux, de la sérothérapie et le peu de succès des tentatives, maintes fois reprises, chez les animaux.

M. Ercklentz s'est, d'ailleurs, attaché à préciser mieux cette action de lavage, exercée, au moins dans certaines conditions, par le sérum, en choisissant une substance qu'on pût doser dans l'urine et dont la courbe d'élimination pût être exactement dressée. Il a choisi le chlorate de soude, qu'on injectait, en quantité égale, sous la peau, à deux animaux (deux cobayes); alors que l'un d'eux était soumis ensuite à l'injection de sérum, l'autre servait de témoin; or, sans entrer dans les détails, voici les résultats d'une expérience, qui peut être prise comme type : dans la première heure, chez l'animal témoin, on retrouve dans l'urine, sur les 6 grammes de chlorate de soude injectés, 0 gr. 531 milligr., soit 8.85 %; chez l'animal soumis au sérum, 1 gr. 1624 décimilligr., soit 16.60 %; au bout de quatre heures, la quantité totale éliminée est de 2 gr. 3448 décimilligr. (39.08 %) chez l'animal contrôle, de 2 gr. 8641 décimilligrammes (40.91 %) chez l'animal « lavé ».

Il est donc avéré que la sérothérapie artificielle active l'élimination des poisons et des toxines, et cela, pourrait-on dire, en raison inverse du degré d'intoxication rénale. C'est là une donnée de la plus haute valeur. Toutefois, même si les reins sont malades et très malades, l'afflux du sérum n'aggrave pas leurs lésions : à l'autopsie de ses animaux, M. Ercklentz trouvait toujours les reins moins désorganisés chez ceux qui avaient été lavés, alors même que le lavage avait été inutile et que la diurèse n'avait pas paru. Les résultats obtenus par le sérum dans l'urémie (et les exemples en sont aujourd'hui nombreux) plaident dans le même sens; j'en ai eu récemment une démonstration des plus frappantes, chez une jeune femme que j'avais opérée d'une appendicite gangreneuse : au deuxième jour, la malade est très déprimée, sombre, presque insensible; il n'y a aucune réaction abdominale, mais la quantité d'urine émise se réduit à 400 grammes; au troisième jour, c'est le coma et l'anurie, et la situation serait désespérée si le pouls ne conservait sa régularité et une certaine force. L'administration du sérum avait commencé tout de suite; on la poursuit hardiment, on injecte jusqu'à 4 litres d'eau salée par jour, pendant trois jours, bien qu'il n'y ait pas eu d'urine ou seulement quelques grammes d'un liquide brunâtre, albumineux; au cinquième jour, la débâcle se produit, et, du même coup les accidents cérébraux cessent, la malade revient à elle, sortant comme d'un long rêve, qui ne lui laisse aucun souvenir; elle est depuis longtemps guérie. Je ne mets pas en doute qu'elle eût fatalement succombé, si, au lieu de profiter de la résistance conservée du cœur et de surélever la tension sanguine par de grandes affusions de sérum, on eût craint, bien à tort, nous venons de le dire, d'aggraver encore l'état des reins et que l'on se fût tenu à une hypodermoclyse insignifiante.

De fait, ici encore, dans les infections, pour lui faire rendre tout ce qu'on en peut légitimement attendre, il faut savoir manier le sérum, l'injecter à dose élevée, progressive et en prolonger l'emploi. Il faut aussi n'utiliser qu'un bon sérum, non seulement stérile mais isotonique, et, d'après les recherches de M. Hamburger et de M. Köppe, la solution de sel marin à 0.90 ou 0.92 % est celle qui remplit ces conditions, qui agit le plus efficacement sur la sécrétion urinaire, et qui met le mieux en garde contre tout accident.

Ces graves questions vaudraient d'être plus longuement étudiées, et, de ce rapide exposé, je ne veux tirer qu'une conclusion, celle-ci : il ne faut renoncer à la lutte que devant les signes certains de l'agonie proche et les preuves de la déchéance irrémédiable du cœur et des reins; il faut lutter, non point en utilisant une thérapeutique chimique, d'efficacité toujours douteuse, mais en s'attachant à suivre, à aider, à corroborer les grands processus de défense naturels. Par ces idées et cette méthode, on sauvera quelques vies de plus.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) W. Ercklentz. (*Loc. cit.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet 1903.

Gastrotomie pour extraction de corps étrangers multiples de l'estomac.

M. Monnier relate l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ans, d'intelligence très obtuse, qui était atteint d'accidents épileptiformes anciens et de melæna. La palpation déterminait, au niveau de l'hypocondre gauche, une douleur assez vive, et donnait une sensation de crépitation qui fit croire à la présence de corps étrangers dans l'intestin. Une laparotomie ayant été pratiquée, on constata que l'intestin était vide, mais que l'estomac, très dilaté, paraissait contenir plusieurs objets métalliques. Cet organe fut alors incisé et on en retira successivement 25 corps étrangers — dont 8 cuillères à café, 1 dos de fourchette, 1 lame de couteau, 1 clef, etc., etc. —, tous situés dans le grand cul-de-sac de l'estomac et occupant une situation perpendiculaire à la grande courbure; la muqueuse n'était le siège d'aucune lésion ulcérative. Leur extraction terminée, on ferma l'es-

tomac d'abord et ensuite l'abdomen; la guérison eut lieu sans incident et actuellement — vingt jours après l'intervention — l'état du patient est aussi satisfaisant que possible. Il a avoué depuis l'opération qu'il avait commencé il y a six mois à avaler des corps étrangers.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 13 et 20 juillet 1903.

Etude expérimentale sur la formation du cal.

MM. V. Cornil et **P. Coudray.** — Alors que des recherches déjà anciennes avaient fait admettre que c'est du dixième au douzième jour qu'apparaît le tissu osseux dans le cal, la description de M. Ziegler signale, dès le quatrième jour, la présence de ce tissu, ce qui confirmerait l'opinion de Cruveilhier, lequel avait vu dès le troisième et le quatrième jour la calcification débuter dans les tissus du cal. Aussi avons-nous cru devoir reprendre l'étude expérimentale de cette question.

Dans les *fractures fermées* de côtes et de radius, chez le lapin, la réaction du périoste est déjà évidente au bout de vingt-quatre heures; elle se traduit par la multiplication et l'hypertrophie des cellules de la couche externe et surtout par la prolifération considérable des ostéoblastes qui s'accolent à l'os.

Le lendemain la surface de l'os est le siège d'un processus d'ostéite raréfiante; les ostéoblastes pénètrent dans les canaux de Havers, qui s'agrandissent en se remplissant de cellules qui résorbent le tissu osseux voisin. Sur les coupes obliques, l'os raréfié par l'élargissement des canaux de Havers paraît soulevé par places; c'est en ces points que va naître l'ossification nouvelle sous-périostique.

Après trois jours, les ostéoblastes ont envahi une couche de canaux de Havers plus profonde, de telle sorte que la surface de l'os présente des découpures plus étendues. Au niveau de ces lamelles anciennes ainsi découpées se trouvent des travées ossiformes bordées d'ostéoblastes et contenant dans leur intérieur de gros ostéoplastes; ces travées, en continuité directe avec l'os ancien, peuvent être considérées comme de l'os nouveau.

Un jour plus tard, la nouvelle ossification est très étendue, parfois exubérante, montrant des travées anastomotiques qui partent de la surface d'où elles se dirigent en pointes libres perpendiculairement ou obliquement du côté du périoste qu'elles n'arrivent pas à toucher.

Après cinq jours, alors que l'ossification sous-périostique est déjà très développée, on voit apparaître immédiatement sous le périoste, et non contre l'os, des cellules et des capsules de cartilage par une transformation des grandes cellules fusiformes périostiques. Une coupe d'ostéoblastes sépare cette enveloppe cartilagineuse des lamelles osseuses de nouvelle formation. A cette période, le cartilage ne concourt donc nullement à l'ossification.

C'est aussi au bout de cinq jours que les fragments osseux, qui n'ont présenté jusque-là que des signes de raréfaction inflammatoire, commencent à être le siège de phénomènes de réparation : l'extrémité de ces fragments donne naissance à des travées osseuses. On en trouve également sur la paroi osseuse qui limite le grand canal médullaire.

Quatre jours plus tard l'os sous-périostique s'unit à la néoformation osseuse des fragments, le tout formant une masse exubérante, à la périphérie de laquelle il existe une couche cartilagineuse.

Du quinzième au vingt-cinquième jour, le cartilage examiné sur les bords du tissu osseux nouveau présente lui-même des signes d'ossification et disparaît peu à peu; au vingt et unième jour il n'en reste plus qu'un petit îlot. Le cartilage a servi à l'ossification tardive qui réunit les bouquets osseux provenant des deux extrémités des fragments.

Nous avons étudié, en outre, trois *fractures avec plaie* sur le radius de lapins. Deux fois on trouva du pus dans le cal sur des animaux sacrifiés au bout de douze et de vingt jours, et il existait du cartilage dans ces deux cas. Dans la fracture de vingt jours, le cal était énorme; à l'extrémité des deux fragments l'os nouveau était formé de minces trabécules; le cartilage intermédiaire était en voie d'ossification très active; la plupart des travées qui se formaient en ce point renfermaient des cellules cartilagineuses dans leur intérieur.

Au résumé, en mettant à part la question du cartilage, le processus du cal est celui de l'ostéite, et la néoformation osseuse y est visible dès le troisième ou le quatrième jour, comme M. Lannelongue l'a démontré pour l'ostéomyélite.

Sur les mouvements de torsion de l'œil pendant la rotation de la tête.

M. Y. Delage. — J'ai pu étudier sur moi-même les mouvements de torsion de l'œil — mouvements qu'exécute le globe oculaire autour d'un axe situé sur le prolongement du nerf optique — lorsque la tête tourne autour d'un axe horizontal antéro-postérieur. Voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Quand la tête parcourt une circonférence entière, l'œil, au lieu de se laisser entraîner passivement dans le mouvement de l'orbite, suit d'abord ce mouvement avec un certain retard et par conséquent se tord autour de la ligne de regard, en sens inverse de la rotation de l'orbite; cette « torsion négative » s'accentue, passe par un maximum, et diminue enfin jusqu'à s'annuler. A ce moment, le mouvement continuant, la torsion de l'œil change de sens et devient positive, c'est-à-dire de même sens que la rotation de l'orbite; cette torsion positive augmente elle aussi jusqu'à un maximum après lequel elle décroît, pour revenir à 0 lorsque l'orbite a décrit une circonférence complète.

Rapport de la profondeur du sommeil avec la nature des rêves.

M. N. Vaschide adresse une note tendant à démontrer que, toutes les fois que le sommeil est profond, les rêves se réfèrent à des souvenirs latents, à des faits anciens n'ayant aucun rapport appréciable avec l'activité journalière du sujet; au contraire, dans le sommeil léger et superficiel, les rêves concernent des faits tout récents et paraissent puiser leur genèse dans la vie quotidienne.

D'après M. Vaschide, les psychopathes et les névropathes (sauf les comitiaux) ne dorment jamais d'un sommeil profond; aussi les rêves ne sont-ils chez eux qu'une continuation de la mentalité existant à l'état de veille et alimentent-ils d'une manière continuelle les préoccupations, les obsessions, les phobies de ces malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet 1903.

Traitement des fistules recto-vaginales.

M. Legueu. — J'ai eu l'occasion d'opérer une fistule recto-vaginale, située très haut, immédiatement en arrière du col utérin, chez une jeune femme ayant la vulve étroite et le vagin rétréci. Voici de quelle façon je procédai : sur le périnée de la malade, je pratiquai une incision comme pour une périnéorrhaphie et réalisai jusqu'en haut le dédoublement de la cloison recto-vaginale; ceci fait, j'incisai la paroi postérieure du vagin dans toute sa hauteur. Grâce aux deux volets vaginaux ainsi obtenus, il me fut facile de découvrir très largement la fistule, en achevant le dédoublement dans des conditions particulièrement favorables. La fistule rectale oblitérée, je n'eus plus qu'à rabattre et à suturer les deux lambeaux vaginaux, et terminai mon intervention par la suture du périnée.

M. Félizet. — J'ai fait connaître jadis, pour les fistules recto-vaginales situées à un niveau moyen, un procédé opératoire qui offre l'avantage de respecter la paroi du vagin. Ce procédé consiste à dédoubler la cloison recto-vaginale et à isoler la fistule rectale de la fistule vaginale; on obtient ainsi la guérison sans faire aucune suture, la fistule périnéo-vaginale étant abandonnée à elle-même, et, soustraite à l'infection, guérissant spontanément, tandis que la fistule périnéo-rectale est traitée par la section du pont compris entre l'anus et l'orifice fistuleux.

M. Routier. — Dans un cas de fistule recto-vaginale très haut située, consécutive à une opération de pyosalpinx pratiquée par un de nos collègues, j'ai fait une laparotomie, et, après avoir très facilement séparé le rectum du vagin, j'ai suturé le rectum et laissé le vagin ouvert; les suites ont été très simples et ma malade a parfaitement guéri.

M. Reclus. — Le débridement latéral du vagin m'a donné un excellent résultat dans un cas de fistule vésico-vaginale.

M. Segond. — Je crois que l'abaissement du rectum, après dédoublement de la cloison recto-vaginale, suivant le procédé que j'ai décrit, constitue une manœuvre beaucoup plus simple et plus sûre que celle qui vient d'être proposée par M. Legueu, pour les fistules recto-vaginales haut situées.

Quant au débridement latéral du vagin, je crois qu'il n'a rien à voir avec les fistules recto-vaginales, et, pour ma part, si je ne pouvais employer mon procédé dans un cas de fistule recto-vaginale haut située, je préférerais beaucoup avoir recours à la section médiane du vagin, telle que M. Legueu l'a réalisée chez sa malade.

De la résection du rebord costal dans la splénectomie.

M. Monod. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail de M. Vanverts (de Lille), dans lequel notre confrère étudie les différentes voies d'accès de la splénectomie. D'après les recherches anatomiques faites par l'auteur de ce mémoire, la rate occupe une situation nettement transversale, avec une extrémité antérieure et une extrémité postérieure. Dans ces conditions, la résection du rebord thoracique paraît devoir être avantageuse, pour la recherche de la rate, de même que cette manœuvre a été jugée utile par MM. Lannelongue et Canniot pour élargir la voie d'accès sur le foie. Déjà M. Pauchet (d'Amiens) a émis l'idée qu'il serait bon de réséquer le rebord costal pour faciliter l'accès de la rate.

M. Quénu. — Je crois que, dans la recherche de la rate, il est préférable pour le chirurgien de se placer à la droite du malade, ce qui rend le pédicule de la rate particulièrement accessible.

M. Hartmann lit deux rapports, l'un sur une observation de myxosarcome du rein opéré avec succès par M. Souligoux, l'autre sur un cas de polyadénomes du gros intestin communiqué par M. Psaltoff (de Smyrne).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juillet 1903.

Elimination comparée du bleu de méthylène et de l'iodure de potassium.

M. Achard. — On a parfois employé l'iodure de potassium pour l'exploration fonctionnelle du rein. D'après MM. Bard et Bonnet, notamment, l'élimination comparée de cette substance et du bleu de méthylène fournirait, par les différences qu'elle accuse, des indications utiles pour le diagnostic anatomique de l'état du rein.

Toutefois la comparaison a le plus souvent été faite dans des conditions défectueuses : on n'a pas toujours essayé les deux corps chez le même sujet, ou on les a essayés à des moments différents; enfin on a évalué l'élimination du bleu d'après la durée de l'élimination, et celle de l'iodure d'après la quantité éliminée.

Pour faire cette comparaison d'une façon plus précise, nous avons, avec MM. Grenet et Thomas, injecté en même temps et dans des régions symétriques des doses égales (0 gr. 05 centigrammes) de bleu et d'iodure et nous avons, pour chacune de ces substances, évalué à la fois la durée de l'élimination et la quantité éliminée : or, les tracés montrent le plus souvent une grand similitude entre l'élimination du bleu et celle de l'iodure. En outre, nous n'avons pu vérifier les règles formulées par MM. Bard et Bonnet : dans la néphrite interstitielle, quand il y a des différences, elles ne sont pas toujours de même sens, alors même qu'il s'agit d'un même sujet examiné à des époques différentes; dans les néphrites épithéliales, on peut observer une élimination diminuée également pour les deux substances, ou une élimination plus forte d'iodure sans constater l'élimination exagérée du bleu qu'admettent ces auteurs.

Il résulte de ces recherches qu'il n'y a pas d'avantages à combiner avec l'emploi du bleu celui de l'iodure dont le dosage est plus difficile et qui s'élimine moins exclusivement par le rein.

M. Widal. — Chez deux sujets dont j'ai relaté l'histoire (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 47), j'ai observé une dissociation complète entre l'élimination du bleu et celle de l'iodure de potassium. Chez l'un, le bleu ne passait que très tardivement et seulement pendant quelques heures, tandis que l'iodure de potassium était éliminé normalement; chez l'autre, l'élimination du bleu était pour ainsi dire nulle, on ne notait que durant quelques heures l'apparition de chromogène dans l'urine, et cependant l'élimination de l'iodure de potassium n'était diminuée que de moitié.

Dans la néphrite épithéliale pure, j'ai toujours noté, comme M. Bard, une élimination normale du bleu de méthylène. Je n'ai constaté un retard de l'élimination du bleu que dans quelques néphrites épithéliales devenues diffuses en vieillissant. Ce retard dans le passage du bleu peut donc, en certains cas, permettre de conclure à l'adjonction de lésions interstitielles.

Sur un cas de septicémie charbonneuse.

M. Chauffard communique, en son nom et au nom de M. Boidin, l'observation d'un mégissier qui entra dans son service pour une pustule maligne située à l'angle externe de la paupière supérieure gauche. L'œdème palpébral qui accompagnait cette pustule envahit très rapidement la face, le cou et le thorax. Cet œdème volumineux rendait le patient méconnaissable et allait jusqu'à gêner la respiration, quoiqu'il n'y eût pas d'infiltration des organes internes. La mort par collapsus cardiaque survint au septième jour.

Les accidents paraissaient, au début, tout à fait bénins et locaux et, cependant, dès l'entrée du malade à l'hôpital, au quatrième jour de l'infection, on put, par ensemencement sur eau peptonée, déceler la présence de la bactéridie dans le sang; au contraire, on ne la trouva jamais dans les urines.

L'examen hématologique montra une élévation croissante de la quantité d'hémoglobine et du nombre des hématies. Mais il y avait là plutôt une apparence qu'une réalité, l'augmentation considérable de l'œdème ayant forcément entraîné une abondante spoliation séreuse du sang. La même réserve s'impose pour la leucocytose, qui était cependant incontestable puisque les leucocytes, au nombre de 10,000 le quatrième jour, atteignaient celui de 50,800 le septième jour. Les variations de l'équilibre leucocytaire ont été caractérisées par une augmentation croissante des polynucléaires qui, aux quatrième, cinquième, sixième et septième jours, atteignirent les proportions respectives de 65, 79, 87 et 92.75 %.

L'agglutination fut la même avec le sérum du malade et avec celui d'individus sains.

Quant au traitement, il consista en injections locales d'une solution iodo-iodurée et d'une solution phéniquée à 1 %. On injecta aussi par voie sous-cutanée — mais sans résultat — des doses quotidiennes de 40 à 75 c.c. de sérum anticharbonneux.

Extraction de la filaire de Médine avec l'aide des vapeurs de chloroforme.

M. Béclère montre un ver de Guinée ou *Filaria medinensis* qu'il a extrait de la jambe d'un officier ayant séjourné au Soudan. On recommande généralement, pour extraire ce ver, de l'enrouler avec précaution sur un morceau de bois; l'orateur eut l'idée, afin de faciliter cette extraction, de soumettre préalablement le parasite à l'action des vapeurs de chloroforme. On put, en procédant de cette façon, obtenir un fragment de ver long de 40 centimètres, mais à ce moment l'animal se rompit et l'écoulement de liquide qui en résulta donna lieu à une tuméfaction douloureuse de toute la jambe avec fièvre, frissons et élévation de la température jusqu'à 40°, ayant disparu au bout de quelques jours. Ce n'est que plusieurs semaines après que, une petite collection étant apparue au niveau du mollet, il fut possible de retrouver l'extrémité du ver et de l'extraire cette fois en totalité, en procédant comme la première fois. Le parasite mesure en tout 85 centimètres.

M. Antony (médecin militaire) dit que les vapeurs de chloroforme ont déjà été utilisées au Mexique pour amener la mort et faciliter l'expulsion des larves d'une mouche qui dépose parfois ses œufs dans les fosses nasales.

M. Achard fait remarquer qu'un procédé analogue a été imaginé pour favoriser l'expulsion du tænia; ce procédé consiste à pratiquer, dans les premiers anneaux qui se présentent à l'orifice anal, une injection de morphine, puis à refouler ces anneaux dans l'ampoule rectale. Le parasite serait ensuite expulsé spontanément.

Gangrène du foie au cours d'un cancer de l'estomac.

M. Lippmann relate, au nom de M. Gilbert et au sien, l'observation d'un malade atteint d'un cancer de l'estomac, qui fut pris brusquement d'une vive douleur épigastrique accompagnée de vomissements et de diarrhée noirâtres. Le patient ayant succombé quelque temps après, on constata, en faisant l'autopsie, que le foie et l'estomac étaient intimement unis. Il existait, en outre, une perforation au niveau de la paroi antérieure du pylore, envahi par le carcinome, perforation qui donnait accès dans une caverne gangreneuse du volume d'un œuf de dinde, creusée aux dépens du lobe gauche du foie.

L'examen histologique des parois de cette caverne permit d'y reconnaître, étagées audessus l'une de l'autre : une zone profonde de gangrène, une zone moyenne de nécrose et de cirrhose, une zone superficielle de tissu vivace. En outre, de nombreux microbes, anaérobies pour la plupart, furent constatés au niveau de ces parois, surtout à la limite de séparation des deux zones de gangrène et de nécrose.

Il n'est pas douteux que ce sont ces microbes qui, en pénétrant de l'estomac dans le foie, ont déterminé les accidents gangreneux auxquels a succombé le malade. D'après l'orateur, il s'agirait là d'une variété nouvelle de cancer de l'estomac que l'on pourrait désigner sous le nom de forme *hépato-gangreneuse*.

Pachyméningite cervicale hypertrophique.

M. d'Œlsnitz communique, au nom de M. Galliard et au sien, l'observation d'un malade qui entra à l'hôpital pour des douleurs au niveau de la région cervicale postérieure, accompagnées d'une impotence d'abord limitée au membre supérieur gauche, étendue ensuite au membre supérieur droit. La ponction lombaire, pratiquée à deux reprises, donna issue la première fois à un liquide jaune ambré, riche en lymphocytes, et la seconde fois à un liquide clair, limpide, ne contenant que de rares éléments lymphocytiques. Parallèlement à ces modifications d'aspect et de composition du liquide céphalo-rachidien, on nota la disparition des douleurs cervicales et un rétablissement à peu près complet des fonctions des membres supérieurs.

Il est donc vraisemblable qu'il s'est agi dans ce cas d'une pachyméningite cervicale hypertrophique, peut-être hémorrhagique, terminée par guérison, comme il en a déjà été publié un certain nombre d'exemples.

Le typhus récurrent en Tunisie.

M. Laporte (médecin militaire) adresse une note dans laquelle il dit qu'en pratiquant systématiquement la recherche de l'hématozoaire du paludisme chez tous les sujets suspects de malaria, en Tunisie, il a rencontré un certain nombre de fois, dans le sang de ces sujets, les spirilles d'Obermayer qui sont, comme on le sait, les agents pathogènes du typhus récurrent. Cette constatation constitue donc une démonstration de l'existence, non encore signalée, de cette affection dans le nord de l'Afrique.

Compression du tronc veineux brachio-céphalique par un ganglion tuberculeux.

M. Vaquez présente un homme chez lequel on constate, à la base du cœur, un peu en dehors de l'orifice de l'artère pulmonaire, un souffle continu avec renforcement systolique à timbre veineux, sans frémissement cataire et ne se propageant pas dans le dos. Ce souffle serait dû, d'après l'orateur, à une compression du tronc veineux brachio-céphalique par un ganglion tuberculeux. Outre qu'il est issu de parents tuberculeux, ce malade présente, en effet, des adénopathies sous-maxillaire et carotidienne; il n'existe chez lui aucun signe d'une adénopathie trachéo-bronchique.

M. Queyrat montre deux malades qui sont atteints, l'un d'une syphilide pigmentaire très accusée du cou, des aisselles, de la paroi abdominale et de la partie supérieure et interne des cuisses; l'autre d'une syphilide pigmentée ou mieux *nigricante*, survenue six semaines après l'accident initial.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 juillet 1903.

De l'importance quantitative de la composition du « non dosé » organique de l'urine normale.

MM. Douzé et **Lambling** (de Lille). — En dosant, dans 18 urines normales de vingt-quatre heures, l'urée, l'acide urique, les corps xanthiques, la créatinine et l'ammoniaque, substances dont l'ensemble représentait en moyenne 93.5 % de l'azote total, on a laissé en dehors de l'analyse un poids de matières extractives représentant de 16.7 à 38.4 % — en moyenne 28.2 % — du total des matières organiques, soit donc une fraction bien plus considérable qu'on ne l'admet d'ordinaire.

Ces matières extractives, qui ne contenaient que de 2.56 à 9.96 % de l'azote total, représentaient, au contraire, de 34.7 à 50.1 % — soit en moyenne 40.5 % — du carbone urinaire total. Les deux cinquièmes et dans certains cas jusqu'à la moitié du carbone total de l'urine peuvent donc rester engagés dans les matières extractives.

En ne tenant compte que des urines pour lesquelles on a déterminé à la fois le carbone et l'azote extractif, on constate que les matières extractives contenaient de 6.45 à 11.19 % (en moyenne 9.17 %) d'azote et de 27.80 à 52.18 % (en moyenne 34.49 %) de carbone. La composition de ces matériaux a donc été très variable.

Influence des sels de lithium sur la solubilité de l'acide urique et des urates.

M. Moitessier (de Montpellier) relate un certain nombre d'expériences tendant à démontrer que le chlorure et le salicylate de lithium, à des doses voisines de celles qu'on peut trouver dans les liquides de l'organisme après administration médicamenteuse de carbonate et de salicylate de lithine, n'empêchent pas la précipitation de l'acide urique et des urates; ils paraissent même parfois la favoriser à des doses un peu fortes. On ne peut donc admettre qu'ils soient susceptibles d'exercer directement une action dissolvante notable sur les dépôts uriques formés dans l'organisme.

Des lésions du système nerveux dans la clavelée.

M. Bosc (de Montpellier) adresse une note de laquelle il résulte que les lésions du système nerveux central, chez les agneaux morts de clavelée, sont étroitement juxtaposables à celles de la rage et de la syphilis. Les rapports qui existent entre les lésions de ces diverses affections tendraient, d'après l'auteur, à faire admettre une analogie dans la nature et le mode d'action des virus claveleux, rabique et syphilitique.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 24 juin, 1er et 8 juillet 1903.

Nouvelles expériences sur la transmissibilité de la tuberculose humaine aux bovidés.

M. Kossel communique les résultats des recherches faites par la commission de l'Office sanitaire impérial, chargée de vérifier l'opinion

de M. Koch, relative à la non-identité de la tuberculose humaine et de la pommelière.

Les expériences instituées par cette commission ont été entourées de précautions particulières; c'est ainsi que, pour écarter toute possibilité d'infection mixte ou de symbiose microbienne, les produits tuberculeux prélevés sur le cadavre n'ont pas été utilisés directement, mais tout d'abord mis en culture pure sur bouillon; le voile de ces cultures était recueilli et dilué dans une proportion déterminée de liquide, et c'est avec cette émulsion qu'on procéda aux tentatives d'infection, soit par injection, soit par ingestion, soit par inhalations. Les recherches relatives à la transmissibilité de la tuberculose humaine aux bovidés par voie sous-cutanée sont seules terminées jusqu'ici.

Les bacilles dont on s'est servi provenaient de 39 malades différents (23 adultes et 16 enfants), dont 19 atteints de phtisie pulmonaire, 4 de tuberculose osseuse, 2 d'adénites cervicales tuberculeuses, un de tuberculose de l'appareil génito-urinaire, 6 de tuberculose miliaire, 7 enfin de tuberculose du tube digestif.

En ce qui concerne les cas de phtisie pulmonaire, l'injection de bacilles isolés soit des crachats, soit des organes, donna des résultats tout différents de ceux que l'on obtient avec l'inoculation de produits tuberculeux d'origine bovine ou même porcine. Quelques jours après l'injection il se produisit bien une tuméfaction locale, mais sans fièvre; le ganglion de l'épaule (*Bugdrüse*) s'hypertrophia beaucoup moins que dans la pommelière, et cette hypertrophie rétrocéda spontanément dans nombre de cas. A l'autopsie, on trouva des masses caséeuses, souvent même avec des bacilles vivants; les noyaux calcifiés caractéristiques de la pommelière faisaient toutefois défaut; enfin et surtout, le processus n'offrait aucune tendance à la généralisation.

Les bacilles provenant de tuberculoses osseuses demeurèrent complètement inactifs, sauf dans un cas où il y eut un peu d'engorgement du ganglion de l'épaule, qui persista jusqu'à la mort. Ceux qui furent recueillis chez les malades affectés d'adénites cervicales ou de tuberculose uro-génitale se comportèrent de la même façon que les bacilles d'origine pulmonaire.

Sur les 6 cas de tuberculose miliaire (5 enfants et 1 adulte), 4 fois on n'obtint chez les animaux en expérience qu'une légère réaction locale. Mais 2 fois l'infection se généralisa tout comme s'il s'était agi de pommelière, en dépit d'une fièvre modérée, et cela chez tous les animaux inoculés (4 dans un cas); pour les 2 malades dont provenaient ces bacilles virulents, le point de départ de la tuberculose miliaire était respectivement une adénopathie mésentérique et une adénopathie bronchique.

Dans 7 cas enfin (3 adultes et 4 enfants) ce sont des tuberculoses de l'intestin qui fournirent le matériel d'inoculation.

En ce qui concerne les 3 adultes, un de ces malades avait une tuberculose primitive de l'intestin; c'est un étranglement herniaire qui entraîna la mort, et à l'autopsie on constata une petite ulcération tuberculeuse de l'anse étranglée; la lésion était toute récente et il semblait donc que les bacilles — s'ils avaient été d'origine bovine — n'auraient pas eu le temps de voir leur virulence s'affaiblir; cependant l'inoculation ne détermina que des accidents locaux peu intenses. Avec les bacilles provenant des 2 autres adultes, dont les lésions intestinales étaient plus avancées, la réaction fut un peu plus vive. Au total, la tuberculose de l'intestin, chez l'adulte, peut être, à ce point de vue spécial, mise sur le même pied que la phtisie pulmonaire, et rien, dans les recherches de la commission, ne permet de conclure qu'elle n'est qu'une pommelière humaine d'origine alimentaire.

Mais il n'en fut pas de même pour la tuberculose intestinale de l'enfant : dans 2 cas, en effet, sur 4, les bacilles montrèrent pour le veau une grande virulence; des 2 petits malades qui avaient fourni les produits pathologiques, l'un avait succombé à une scarlatine maligne, l'autre à une péritonite avec éruption miliaire sur la plèvre et tubercule caséifié de la rate. Dans ces deux cas, il semble bien que les agents pathogènes de ces tuberculoses intestinales fussent d'origine bovine.

Au total, dit l'orateur, sur les 39 races bacillaires étudiées, 19 n'ont déterminé chez l'animal aucune lésion; 9 ont entraîné une légère hypertrophie du ganglion de l'épaule sans tendance à la généralisation; 7 une hypertrophie un peu plus considérable de ce même ganglion; 4 seulement — provenant d'enfants — ont donné lieu chez le veau à une infection générale, mais il est à remarquer que sur ces 4 enfants il n'y en avait que 2 qui eussent succombé à la tuberculose. Ainsi donc, dans 2 cas à peine sur 39, les expériences de la commission permettent de conclure qu'une tuberculose transmise à l'homme par un bovidé a été mortelle.

M. Orth rappelle que, dans ses propres expériences, il a pu infecter 2 veaux — sur 5 qui avaient été inoculés — avec des produits tuberculeux provenant de l'homme. Des recherches de la commission, il ressort que 4 fois au moins sur 39, soit dans plus de 10 % des cas, une tuberculose humaine a été transmise à un bovidé. Mais ce n'est pas à dire que les 35 autres animaux soient restés indemnes : les 7 qui ont eu une hypertrophie assez marquée du ganglion de l'épaule doivent être considérés comme tuberculeux; que l'infection chez eux n'ait pas été plus grave, cela prouve simplement que la tuberculose des bovidés est, tout comme celle de l'homme, susceptible de guérison spontanée. Au total, pour l'orateur, il y a donc eu 11 résultats positifs; par conséquent, dans 28 % de tous les cas de tuberculose humaine ayant servi aux expériences de la commission, cette tuberculose a pu être transmise au veau.

Actuellement, M. Koch et ses partisans estiment que, lorsqu'on peut ainsi infecter un bovidé avec un bacille tuberculeux provenant de l'homme, c'est que cette tuberculose humaine était elle-même d'origine bovine. C'est là une hypothèse que M. Orth accepte parfaitement, mais, alors, la conclusion à en tirer, c'est que la tuberculose de l'homme est transmissible aux bovidés, et réciproquement.

Tuberculose cutanée d'origine bovine.

M. Lassar présente 10 malades atteints de tuberculose cutanée; chez 9 d'entre eux cette affection a un caractère professionnel, car il s'agit d'individus en contact avec les bestiaux, notamment d'ouvriers des abattoirs. L'orateur ajoute du reste qu'une enquête minutieuse lui a révélé, chez 2 % des personnes employées aux abattoirs, des lésions de tuberculose cutanée ne différant en rien, au point de vue clinique, de la tuberculose de la peau contractée en dehors de tout contact avec des bovidés.

M. Schütz déclare que les faits d'inoculation de la pommelière à l'homme sont extrêmement rares; dans ses recherches avec M. Koch, il n'a pu en étudier que 7 cas, où il s'agissait de lésions des doigts; on put à grand'peine en obtenir des cultures qui furent injectées à des veaux, et ceux-ci eurent une pommelière typique, terminée par la mort.

L'orateur estime que, pratiquement, la transmissibilité de la pommelière à l'homme peut être considérée comme négligeable, l'organisme humain étant à peu près réfractaire à cette infection.

M. Schütz ajoute qu'à l'examen d'un doigt atteint de tuberculose d'inoculation d'origine humaine, il a trouvé des lésions rappelant tout à fait la pommelière : peau sclérosée, sans tubercules; proliférations villeuses dans les gaines tendineuses, renfermant de très nombreuses cellules géantes de dimensions exceptionnelles, etc., etc.

M. Oberwarth montre un enfant actuellement âgé de cinq semaines, qui vint au monde à la fin de la vingt-septième semaine de la grossesse. Quand on le pesa pour la première fois, au dixième jour, son poids atteignait seulement 500 grammes; actuellement il en pèse 810, et tout permet de supposer qu'il survivra.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 13 juillet 1903.

Etiologie et pathogénie de la fièvre hémoglobinurique.

M. A. Plehn fait une communication basée sur les observations qu'il a pu recueillir au Cameroun, concernant l'étiologie et la pathogénie de la fièvre hémoglobinurique.

L'orateur estime que cette grave affection n'est qu'une manifestation du paludisme ; si ordinairement les hématozoaires font défaut au cours de l'accès d'hémoglobinurie, cela tient tout simplement à ce que cet accès s'accompagne d'une destruction intense d'érythrocytes, par suite de laquelle les hématozoaires sont mis en liberté et disparaissent. Cette hémolyse est parfois si considérable que l'on voit en quarante-huit heures le nombre des hématies se réduire d'un quart.

En ce qui concerne l'influence de la quinine, il est incontestable que, chez les sujets prédisposés à l'hémoglobinurie, ce médicament peut favoriser la dissolution des globules rouges, mais il n'est pas à lui seul la cause de l'hémoglobinurie : en effet, dans le traitement *précoce* de la malaria par la quinine à doses massives (de 6 à 12 grammes *pro die*), on ne voit jamais apparaître les « urines noires », et d'autre part, sur 168 cas d'hémoglobinurie observés par M. Plehn, 16 concernaient des sujets n'ayant plus pris de quinine depuis des années. Au contraire, durant l'accès d'hémoglobinurie, la quinine a une action des plus funestes : avec le traitement quinique, la mortalité de ces accès s'élève jusqu'à 70 et 90 %, alors qu'en l'absence de ce traitement la proportion des décès n'excède pas 10 %.

Quant au mécanisme pathogénique de la crise d'hémoglobinurie, l'orateur est d'avis que la malaria entraîne un état d'épuisement des organes hématopoïétiques, en raison duquel ceux-ci donnent naissance à des érythrocytes de mauvaise qualité, de résistance diminuée; l'administration intempestive de quinine jouerait fréquemment le rôle de cause occasionnelle, mais le refroidissement, une émotion, une blessure, etc., peuvent exercer la même influence.

Atrophie jaune aiguë du foie ayant terminé une cirrhose latente.

M. Litten relate l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, de bonne santé apparente, qui se plaignit un matin de diarrhée, en même temps qu'elle devenait jaune. L'ictère et le catarrhe intestinal ne firent que s'aggraver, la fièvre s'alluma bientôt, des pétéchies apparurent, coïncidant avec de l'albuminurie et un épanchement pleural, et enfin la mort survint au bout de trois semaines dans le coma.

Le diagnostic avait hésité entre l'hypothèse d'atrophie jaune aiguë et celle de thrombose de la veine porte. L'autopsie révéla que la première supposition était exacte; elle montra, en outre, que l'atrophie du foie avait été le dernier acte morbide d'une cirrhose que rien ne permettait de soupçonner pendant la vie.

De la rate, on put isoler un streptocoque de virulence moyenne pour la souris.

Glomérulo-néphrite avec maladie de Barlow.

M. Holländer relate l'observation d'un garçonnet de huit mois, présentant depuis deux mois des hématuries. Comme cet enfant était nourri au lait stérilisé, on conclut à une maladie de Barlow, et en effet, sous l'influence d'un changement de régime, le pissement de sang cessa; mais bientôt les urines devinrent purulentes, et l'examen cystoscopique fit reconnaître que l'uretère droit donnait passage à de l'urine mêlée de pus, tandis que la sécrétion du rein gauche était normale. L'orateur fit alors une néphrectomie droite, et l'examen microscopique du rein extirpé — lequel était farci de petits foyers miliaires — révéla une glomérulo-néphrite. M. Holländer croit néanmoins que c'est à une maladie de Barlow qu'il convient d'attribuer les hématuries ayant signalé le début de l'affection.

Dr Villaret.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des rétentions rénales par la distension de la vessie.

Il y a quelques années, dans un cas de pyélite avec rétention rénale chez une femme enceinte, M. le docteur O. Pasteau, chef de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris, constata, à la suite de la

réplétion vésicale nécessitée par un examen cystoscopique, une chute de la température coïncidant avec une large évacuation du rein. Il fut ainsi amené à employer, à titre thérapeutique, la distension de la vessie chez cette malade, qui ne tarda pas à être complètement rétablie et put accoucher d'un enfant bien portant. Depuis lors, notre confrère a eu plusieurs fois l'occasion d'utiliser avec succès le même moyen dans des circonstances analogues.

A en juger d'après les observations que M. le docteur Lecouillard vient de consigner dans sa thèse inaugurale, faite sous l'inspiration de M. Pasteau, la dilatation vésicale déterminerait une abondante diurèse réflexe, qui laverait le bassinet et l'uretère et évacuerait vers la vessie le pus qui les encombre. Le rein débarrassé de ses produits septiques se trouverait alors dans les conditions les plus favorables à la guérison.

Le procédé en question — très facile à mettre en pratique, puisqu'il ne nécessite pas d'instruments spéciaux — serait, d'ailleurs, exempt de tout danger, pourvu qu'il n'existât pas de cystite, auquel cas on risquerait de déterminer une infection ascendante.

En ce qui concerne la technique de la distension, il faut pousser doucement l'injection par une sonde vésicale à l'aide d'une seringue, comme s'il s'agissait de distendre le réservoir urinaire en vue d'une taille hypogastrique. On doit injecter une quantité de liquide suffisante pour que le patient accuse une violente envie d'uriner. Les séances de distension seront toujours courtes et ne devont être répétées qu'une ou deux fois par jour.

Ce procédé serait particulièrement indiqué en cas de rétention rénale au cours de la grossesse, lorsque le cathétérisme de l'uretère est rendu impossible en raison de la déformation de la vessie par l'utérus gravide.

La photothérapie des fluxions dentaires.

Ayant eu connaissance d'un cas de guérison, au moyen de la lumière bleue, d'un grave phlegmon de l'avant-bras, M. le docteur A. Hellion a institué, sur les conseils de M. Richard-Chauvin, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, une série de recherches en vue de se rendre compte des effets de la photothérapie sur les fluxions inflammatoires d'origine dentaire, dont la guérison ne s'obtient habituellement qu'au prix de la perte de la dent malade.

A en juger d'après les 15 observations — dont 7 personnelles et 8 dues à M. Richard-Chauvin et à M. Blatter, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris — que M. Hellion a consignées dans sa thèse inaugurale, la lumière exercerait, par ses radiations actiniques, une action résolutive sur la fluxion dentaire à ses diverses périodes : la fluxion œdémateuse disparaîtrait après un très petit nombre de séances photothérapiques de dix à trente minutes chacune, la résolution des fluxions arrivées à la période phlegmoneuse nécessitant naturellement des applications plus nombreuses. Il va sans dire que si la lumière est susceptible de faire avorter la fluxion, même phlegmoneuse, elle reste, par contre, sans effet sur la marche de l'abcès, lorsque le pus est collecté. Toutefois, les indurations lymphatiques qui accompagnent l'abcès et la fluxion phlegmoneuse semblent se laisser influencer assez favorablement par la photothérapie; les indurations scléreuses, formées de tissus cicatriciels, se montrent plus rebelles.

Quoi qu'il en soit, l'emploi des radiations lumineuses permet de conserver la dent malade, toutes les fois qu'il est possible de la traiter ou que son ablation est contre-indiquée.

Comme le pouvoir de pénétration dans les tissus appartient surtout aux rayons actiniques de grande longueur d'onde (rayons bleus, violets et partie la moins réfrangible des rayons ultra-violets), les lampes à incandescence à ampoule de verre bleu (coloré à l'oxyde de cuivre) peuvent rendre de bons services, à la condition qu'elles aient une coloration et une intensité lumineuse assez considérables. Les lampes à arc voltaïque, à électrodes de charbons disposés angulairement, exercent d'ailleurs une action plus puissante.

Nous croyons devoir rappeler à ce propos qu'un confrère russe, M. le docteur A. V. Minine, a naguère obtenu la guérison d'un cas de lupus de la joue par l'emploi de la lumière bleue (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 304).

L'usage de l'eau distillée ou de l'eau de pluie comme moyen de traitement du goitre.

On sait qu'il existe des rapports de cause à effet entre les eaux potables et le goitre endémique, et que le soin apporté dans le choix de l'eau potable constitue une des bases de la prophylaxie de cette affection. Un médecin anglais, M. le docteur C. A. Rayne (de Lancaster), a récemment eu l'occasion de se convaincre que ce moyen hygiénique est également susceptible d'exercer une action curative sur le goitre. Appelé à donner ses soins à une jeune femme de dix-huit ans, atteinte d'un goitre volumineux s'accompagnant de troubles respiratoires, notre confrère essaya tour à tour la plupart des médicaments habituellement employés en pareille occurrence (fer, digitale, iode, iodure de potassium, etc.). N'ayant obtenu aucune amélioration après quatre mois de ce traitement, et attribuant le rôle étiologique de l'eau potable aux impuretés d'origine animale et végétale dont elle se charge au contact du sol, M. Rayne recommanda à la malade de ne consommer que de l'eau distillée. Sous l'influence de cette simple mesure, la tumeur diminua de volume dans l'espace de quelques semaines, en même temps que l'état général de la patiente s'améliorait considérablement. Renvoyée chez ses parents, à la campagne, la jeune femme remplaça l'eau distillée par l'eau de pluie, et son goitre continua à diminuer : au bout d'environ six mois il n'en restait plus trace.

Depuis lors, notre confrère a eu l'occasion d'appliquer, avec le même succès, ce moyen thérapeutique chez deux autres malades. Dans l'un de ces cas, où le début de l'affection remontait à une quinzaine d'années, huit mois de traitement ont suffi pour faire diminuer le goitre de moitié.

Le traitement de la fièvre typhoïde par le soufre.

Un confrère italien, M. le docteur G. B. Burzagli (de Cerreto Guidi), a expérimenté le traitement de la dothiénentérie par le soufre, selon la méthode préconisée l'année dernière par M. Y. S. Vorochilsky (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 232); il en aurait obtenu des résultats supérieurs à ceux de toute autre médication, voire même des bains froids, d'ailleurs peu commodes à employer dans la pratique — surtout rurale — et difficilement acceptés par nombre de malades.

Sur 23 cas de fièvre typhoïde traités par le soufre, que M. Burzagli prescrivait à la dose de 0 gr. 30 centigr. à 0 gr. 75 centigr., répétée toutes les deux heures (M. Vorochilsky va jusqu'à la quantité de 1 gr. 25 centigr. par prise chez les adultes), notre confrère ne compte qu'un seul décès, concernant une femme qui succomba, après neuf jours d'apyrexie, à une pneumonie double. Et cependant, parmi les malades qui guérirent, plusieurs eurent des formes graves et compliquées. M. Burzagli cite notamment l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans, qui eut des phénomènes méningés, des entérorrhagies à trois reprises, une ophtalmie purulente suivie de fonte de l'œil gauche, de l'otorrhée, des épistaxis et des eschares de *decubitus*, et qui ne finit pas moins par se rétablir après avoir absorbé 198 grammes de soufre. Une fillette de neuf ans, sœur du précédent malade, eut au cours de sa dothiénentérie — également terminée par guérison sous l'influence du soufre — des lésions osseuses et articulaires et une eschare profonde au niveau du sacrum.

Ajoutons que notre confrère fait administrer une dose de calomel avant de commencer le traitement par le soufre, et prescrit, pendant toute la durée de celui-ci, deux lavements d'eau bouillie salée par jour.

Le sérum de Trunecek contre la sclérose de l'oreille et le labyrinthisme.

Etant donnée l'inefficacité des divers moyens thérapeutiques employés contre l'otite scléreuse et le labyrinthisme, M. le docteur E. Sari a, sur les conseils de M. le docteur P. Sebileau, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, essayé de combattre ces affections par le sérum de Trunecek (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 137-138), qui, d'après les recherches de MM. les docteurs Léopold Lévi et P. Bonnier (de Paris), déterminerait une amélioration de l'acuité auditive coïncidant avec une diminution de la pression sanguine au niveau des vaisseaux du labyrinthe (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 107).

M. Sari vient de consigner dans sa thèse inaugurale 16 observations personnelles ayant trait à la sclérose de la caisse du tympan, au syndrome labyrinthique et à l'otite scléreuse adhésive consécutive à une suppuration antérieure, et dans lesquelles on a eu recours à des injections sous-cutanées de sérum de Trunecek, pratiquées tous les deux jours, à des doses variant, suivant les cas, entre 1 et 6 c.c. Ces essais amènent notre confrère à conclure que le procédé en question, à la portée de tous les praticiens, peut être employé avec quelques chances de succès momentané ou durable au cours des scléroses de la caisse et du labyrinthe, à l'exception toutefois des otites adhésives, dans lesquelles les manifestations subjectives non seulement demeureraient rebelles au sérum de Trunecek, mais encore subiraient parfois une véritable recrudescence sous l'influence de cette médication. Par contre, les phénomènes labyrinthiques (vertiges accompagnés de bourdonnements ou de surdité) se laisseraient facilement améliorer par des doses relativement faibles de sérum inorganique et finiraient même par se dissiper complètement.

Un moyen pour éviter les effets émétiques de l'ipéca dans le traitement de la dysenterie.

On sait combien il est difficile de combattre la dysenterie par l'ipéca à hautes doses sans provoquer chez le malade un état nauséeux, voire même des vomissements. Afin de remédier à cet inconvénient, un médecin militaire américain, M. le docteur W. Roberts, prescrit l'ipéca sous forme de pilules recouvertes d'une couche de salol : comme ce dernier est insoluble dans le suc gastrique, les pilules en question arrivent inaltérées dans l'intestin, où, le salol une fois dissous, l'ipéca se trouve mis en liberté et peut exercer son action antidysentérique sans produire de vomissements.

Notre confrère emploie des pilules contenant chacune 0 gr. 50 centigr. d'ipéca, et qui, une fois bien sèches, sont plongées pendant quelques instants dans du salol rendu liquide soit par l'action de la chaleur, soit par dissolution dans de l'éther.

Traitement des plaies suppurées par des pulvérisations de solutions de bicarbonate ou de benzoate de soude.

Les bons effets que l'on obtient dans le traitement des suppurations par l'application de compresses imbibées d'une solution de bicarbonate de soude (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 78) ont engagé un médecin russe, M. le docteur A. A. Tzviétaïev, à soumettre les plaies purulentes à l'action des alcalins employés sous forme de pulvérisations. Notre confrère se sert, à cet effet, d'un pulvérisateur à vapeur, qu'il remplit soit d'une solution de bicarbonate de soude à 5 %, soit d'une solution de benzoate de soude à 1.5 %.

Sans vouloir se prononcer d'ores et déjà sur la valeur de ce moyen thérapeutique, M. Tzviétaïev estime cependant qu'il mérite d'être essayé, notamment à la suite des interventions pour hernies. Les pulvérisations au benzoate de soude semblent plus efficaces que celles de bicarbonate.

Application de compresses imbibées d'eau salée dans le traitement des épanchements pleurétiques.

Ayant remarqué que les exsudats intra-articulaires disparaissent rapidement sous l'influence de l'application de compresses imbibées d'une solution saturée de chlorure de sodium, un confrère anglais, M. le docteur H. Waldo, médecin de la Royal Infirmary de Bristol, a eu l'idée d'expérimenter le même moyen dans les cas de pleurésie avec épanchement séreux reconnu à la ponction exploratrice. Les essais qu'il a eu l'occasion d'instituer à cet égard ont donné des résultats très encourageants, ainsi qu'il a pu s'en rendre compte en pratiquant des mensurations cyrtométriques comparatives des deux côtés de la cage thoracique et en notant le siège du choc de la pointe du cœur.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital cantonal (de Genève). — M. le professeur L. Bard.

Les phénomènes de sténose dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

La tuberculose de l'intestin figure au nombre des lésions susceptibles de provoquer des crises d'obstruction aiguë ou des phénomènes de sténose incomplète et chronique.

Des travaux assez nombreux, quelques-uns fort complets, ont fait connaître l'importance que présentent à ce point de vue deux formes anatomiques bien individualisées de la tuberculose intestinale : les ulcérations annulaires à marche lente, créant des *rétrécissements fibreux* de l'intestin, et les infiltrations étendues des parois intestinales, donnant naissance à des masses néoplasiques plus ou moins volumineuses, à des *tuberculomes hypertrophiques*, faciles à confondre avec les néoplasmes cancéreux. Les unes et les autres ont été fort bien décrites dans les thèses de MM. Bernay (1) et Patel (2).

On connaît également les phénomènes d'obstruction produits par des lésions tuberculeuses extra-intestinales, par brides ou par compression, dans la péritonite ou dans l'adénopathie mésentérique.

Par contre, plus rares et très mal étudiés sont les accidents d'obstruction qui peuvent survenir au cours des simples ulcérations tuberculeuses de la muqueuse intestinale, en dehors de toute rétraction fibreuse et de tout épaississement hypertrophique considérable des parois. Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de cet ordre, dont les péripéties ont été particulièrement instructives, et je vous en ai déjà entretenus à deux reprises : une première fois, lorsque la persistance des accidents intestinaux m'a conduit à proposer une intervention chirurgicale, et une seconde fois, après cette intervention elle-même, quand le résultat quelque peu imprévu de la laparotomie a remis en question le diagnostic initial.

La marche progressive des lésions pulmonaires concomitantes ayant entraîné la mort, et l'autopsie ayant permis de se rendre un compte exact de l'état de l'intestin, nous sommes maintenant à même de reprendre avec plus de fruit la discussion des phénomènes constatés, et d'établir avec plus de certitude l'interprétation des diverses particularités de la marche et de l'évolution de l'affection.

Notre malade était une jeune femme de trente ans, couturière, sans antécédents héréditaires ni personnels dignes d'être notés, si ce n'est une période d'anémie sévère, de trois ou quatre mois de durée, vers la vingt-cinquième année.

En juillet 1902, elle accouche au huitième mois d'un enfant, bien portant en apparence, mais qui a succombé à l'âge de dix semaines à des accidents athrepsiques. Cette femme, qui s'était toujours bien portée jusque-là, commença à souffrir de douleurs abdominales pendant les deux derniers mois de sa grossesse. Les douleurs étaient modérées, exaspérées par les repas ; il n'y avait encore ni diarrhée ni constipation.

En même temps était apparue une petite toux sèche, assez rare, sans enrouement, avec quelques sueurs nocturnes.

L'accouchement ne s'accompagna d'aucune complication ; mais, quatre ou cinq jours après, à la suite d'une purgation par l'huile de ricin, une diarrhée opiniâtre s'établit, avec des douleurs abdominales plus intenses que précédemment ; ces douleurs survenaient par crises assez violentes, immédiatement suivies de besoins d'aller à la garde-robe, et soulagées aussitôt après l'évacuation des fèces. Dans l'intervalle des évacuations il n'existait aucune douleur ; parfois la malade avait quelques vomissements.

A aucun moment il n'y a eu de constipation, ni de selles sanglantes ; mais, la diarrhée résistant à toutes les médications, l'amaigrissement et la perte des forces s'accentuant, cette femme se décida à entrer à l'hôpital le 22 novembre et y fut envoyée avec le diagnostic d'entérite. La toux sèche avait persisté également, très modérée, attribuée par la patiente à un simple catarrhe de la gorge.

Au moment de l'entrée, la température était légèrement fébrile ; il n'y avait pas d'expectoration ; les signes d'auscultation, peu marqués, se réduisaient à de l'obscurité du sommet gauche et à de la rudesse du sommet droit, avec une différence entre les deux côtés plus accusée en avant qu'en arrière. On percevait de petits ganglions disséminés dans les diverses régions ganglionnaires, au cou, dans les aines et dans les aisselles. La malade n'attirait l'attention que sur ses phénomènes abdominaux : ses coliques et sa diarrhée. On ne sentait nulle part d'empâtement, ni de masses dures dans la profondeur, mais de la submatité, de la rénitence, de la douleur à la pression sur une zone limitée, dans la moitié droite de l'abdomen. Les urines ne renfermaient pas d'albumine ; le cœur était normal.

Le diagnostic porté dès l'abord fut celui d'infiltration tuberculeuse des poumons, avec entérite et péritonite de même nature.

La diarrhée s'amende assez vite sous l'influence de l'administration de laudanum et de bismuth, des matières fécales assez dures sont rejetées, et avec elles un peu de sang rouge. Par contre, les coliques douloureuses persistent et le ballonnement de l'abdomen s'accentue dans la région ombilicale ; dans cette région, un peu à droite, on remarque, dès le 29 novembre, des anses intestinales nettement dessinées, qui font penser à des obstacles intestinaux. Des lavements chauds provoquent des évacuations de matières molles, non sanglantes, et soulagent les douleurs ; mais au bout de peu de jours leur effet se perd ; l'état reste à peu près stationnaire, avec deux ou trois selles quotidiennes, demi-molles, accompagnées parfois d'un peu de sang rouge ; il y a de la douleur dans l'hypocondre droit, et l'on note des saillies d'anses grêles dans la même région. Entre temps étaient apparues quelques douleurs articulaires fugaces.

Le 8 janvier la malade est présentée au cours pour la première fois. On constate, à ce moment, de la dépression de la région cæcale, contrastant avec une tension plus marquée au voisinage et à droite de l'ombilic. A ce niveau des bosselures, liées à la dilatation inégale des anses intestinales, présentent elles-mêmes des mouvements péristaltiques bien accusés. Ces bosselures varient avec les contractions, mais laissent toujours un sillon de dépression à droite et un peu au-dessus de l'ombilic ; on ne détermine pas de clapotage.

Les douleurs surviennent sous la forme de coliques brèves, débutant toujours au même siège, à l'ombilic, s'accompagnant de péristaltisme apparent, ainsi que de borborygmes perçus par la malade et entendus à distance.

Ces divers caractères ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence de phénomènes de sténose intestinale ; le siège des anses dilatées, le fait que la diarrhée était continue, sans intervalles de constipation, concordaient à faire localiser la sténose dans l'intestin grêle. La fixité du siège des douleurs, son unicité, l'absence de coliques étagées, permettaient d'admettre l'existence d'un rétrécissement unique.

Avec la pensée que de simples ulcérations tuberculeuses eussent été incapables de provoquer des phénomènes de sténose aussi persistants et aussi localisés, le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre un tuberculome hypertrophique ou un rétrécissement fibreux. Le manque de toute tumeur perceptible à la palpation, le siège probable de la lésion sur l'intestin grêle, étaient contraires à la première de ces deux hypothèses. La seconde avait bien contre elle la gravité manifeste de l'état général, le caractère progressif de la cachexie, mais l'un et l'autre symptôme pouvaient s'expliquer par l'intensité et la persistance de la diarrhée ; nous nous arrêtâmes donc au diagnostic d'ulcération tuberculeuse à évolution fibreuse et à tendances sténosantes.

Les accidents persistant avec les mêmes caractères, l'état s'aggravant tous les jours, malgré l'absence de toute augmentation apparente des phénomènes pulmonaires, l'insuccès du traitement médical étant bien établi, il me parut indiqué de recourir à une intervention chirurgicale, non pour combattre d'urgence des accidents d'obstruction complète, qui ne s'étaient jamais produits, mais pour faire cesser les phénomènes de sténose chronique, par une entérectomie ou une entéro-entéro-anastomose, suivant les résultats de l'exploration au cours de l'opération.

Dans cette pensée la malade fut transférée le 2 février dans le service de clinique chirurgicale. Mon collègue, M. le professeur Julliard, à l'obligeance duquel je dois les renseignements qui vont suivre, acceptant ma manière de voir, pratiqua une laparotomie le 5 février.

Le péritoine était normal, la cavité abdominale ne contenait pas de liquide. L'examen attentif de l'intestin grêle, fait anse par anse, dans toute son étendue, ne révélait nulle part de rétrécissement, pas plus d'ailleurs que de brides péritonéales ; dans le mésentère de la portion terminale de l'intestin grêle, au voisinage du cæcum, et sur le mésentère de ce dernier, on constatait la présence de ganglions indurés, de volume variable, n'exerçant aucune compression sur l'intestin. L'examen ultérieur de deux d'entre eux, enlevés au cours de l'opération, a montré qu'il s'agissait bien de ganglions tuberculeux caséeux.

L'intestin grêle présentait cependant un aspect assez particulier ; sur une très grande étendue on constatait des segments alternativement dilatés et collabés : les premiers modérément distendus par les gaz, les seconds vides, avec des parois appliquées l'une contre l'autre. La longueur de chaque segment était très variable, de 20 à 40 centimètres environ ; la compression des parties dilatées chassait facilement les gaz dans les parties collabées et renversait ainsi l'aspect des segments successifs. Il n'y avait nulle part de mouvements péristaltiques.

En l'absence de toute lésion intestinale appréciable, on dut refermer l'abdomen sans autre intervention. Les suites opératoires furent assez simples, la plaie s'étant cicatrisée par première intention ; toutefois, pendant les premiers jours qui suivirent, la malade se plaignit de douleurs abdominales assez vives ; la diarrhée cessa, et il n'y eut même ni selles, ni émissions gazeuses. Le 9, un lavement glycériné provoqua l'évacuation de selles dures, et des lavements furent encore nécessaires les jours suivants.

Le 20 février, les suites chirurgicales paraissant complètement terminées, les phénomènes s'aggravant du côté des poumons, la malade fut ramenée dans le service de médecine. A ce moment, l'abdomen était le siège d'un météorisme généralisé mais uniforme, très facilement dépressible, sans aucune tension ; il n'y avait nulle part de saillie localisée, pas d'anses intestinales distinctes, pas de péristaltisme, toujours pas de tumeur palpable ; la diarrhée n'avait pas reparu.

Comme on l'a vu par les détails qui précèdent, l'opération, réduite à une laparotomie et à une exploration avec une sorte de massage des anses intestinales, avait fait disparaître d'emblée la diarrhée et les phénomènes de sténose, sans ralentir d'ailleurs en quoi que ce fût les

(1) Ch. Bernay. Les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle. (*Thèse de Lyon*, 1899.)

(2) M. Patel. Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin ; leur thérapeutique. (*Thèse de Lyon*, 1901.)

progrès de la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire.

Contrairement à notre attente, la laparotomie n'avait pas permis de trouver le rétrécissement prévu, et ses résultats, en somme négatifs, en opposition avec la netteté du péristaltisme localisé avant l'intervention, ne laissèrent pas que de nous surprendre.

L'hypothèse d'un rétrécissement ayant passé inaperçu devait être formellement abandonnée, devant les affirmations des chirurgiens, après l'exploration attentive anse par anse de l'intestin grêle tout entier. Celle d'un iléus fonctionnel, paralytique ou spasmodique paraissait devoir s'imposer; elle semblait d'accord avec les alternances de segments dilatés et collabés; mais, à la réflexion, cet accord ne pouvait être qu'apparent : les phénomènes de sténose occupaient un siège unique, fixe; les anses intestinales, dilatées et en péristaltisme pendant les examens à l'état de veille, siégeaient au voisinage et à droite de l'ombilic, tandis que les anses dilatées, et d'ailleurs immobiles, constatées au cours de la laparotomie, étaient réparties sur toute la longueur de l'intestin.

Cet état des anses intestinales ne pouvait donc, en aucune mesure, rendre un compte direct des phénomènes observés; force était d'admettre que la cause de la sténose avait échappé aux recherches chirurgicales, fait qui, comme l'on sait, est d'ailleurs loin d'être rare.

Toutefois, si cet état de l'intestin ne pouvait pas être la cause même de la sténose, il était permis de penser qu'il en était l'effet, indirect ou réflexe. Il est connu, en effet, que les dilatations paralytiques ou les contractions spasmodiques de l'intestin se produisent surtout dans les cas où existe quelque part, à plus ou moins grande distance, une lésion intestinale réelle; des faits de cet ordre ont été signalés, notamment par M. Lejars à la Société de chirurgie (1).

Avec cette interprétation, les constatations de la laparotomie devenaient moins négatives qu'elles ne le paraissaient au premier abord, puisque, sans avoir permis de découvrir le siège ni de préciser la nature de la lésion intestinale, elles pouvaient cependant faire présumer son existence.

L'absence de segment hypertrophié et dilaté, le cheminement facile des matières et des gaz sous la pression de la main n'ont qu'une faible valeur contradictoire, car toute sténose par rétrécissement organique comporte une part de diminution permanente de la lumière du canal, une autre de tuméfaction ou de congestion des surfaces, plus ou moins variable, et enfin une part, souvent prépondérante, de spasme des parois, l'effet inhibitoire de l'anesthésie dans la laparotomie pouvant suffire à modifier plus ou moins profondément ces derniers facteurs.

La disparition des phénomènes de sténose après la laparotomie, révélée par la cessation de toute dilatation et de tout péristaltisme localisé, par la substitution de la constipation à la diarrhée, permettait encore moins d'affirmer l'absence d'un rétrécissement, car un tel effet a été observé à diverses reprises, après de simples laparotomies exploratrices, même dans des cas où celle-ci avait révélé l'existence de rétrécissements certains, voire même multiples. La thèse de M. Patel contient plusieurs observations qui en font foi.

Par contre, l'absence de toute altération visible permettait d'éliminer avec certitude le tuberculome hypertrophique, avec une quasi certitude le rétrécissement fibreux, ce dernier étant d'ordinaire déjà très apparent à la seule inspection de la surface péritonéale de l'intestin.

Le tuberculome hypertrophique et le rétrécissement fibreux ainsi écartés, il n'y avait plus le choix qu'entre une erreur complète du diagnostic médical, bien improbable en présence des phénomènes très caractéristiques observés, ou des altérations tuberculeuses limitées à la surface de la muqueuse, sans extension péritonéale permettant de les reconnaître au dehors, et ayant néanmoins créé un rétrécissement effectif de la lumière de l'organe.

Dans cette hypothèse, la présence des ganglions mésentériques au voisinage de l'extrémité cæcale de l'intestin grêle autorisait à localiser l'ulcération sur la portion terminale de cet organe, qui est en effet le lieu d'élection des lésions de cette nature.

Cette interprétation, uniquement basée sur un diagnostic par élimination, cadrait, il est vrai, assez mal avec les descriptions classiques, tant avec celles des caractères anatomiques habituels des ulcérations tuberculeuses qu'avec celles de leurs symptômes cliniques ordinaires.

En effet, d'une part, les accidents intestinaux dataient ici de plusieurs mois, et il semblait, *à priori*, qu'une ulcération intestinale aussi ancienne aurait dû inévitablement se propager jusqu'à la séreuse et se révéler par suite à la simple inspection. L'absence d'épaississement constatable à la palpation avait d'ailleurs moins de valeur, car, si l'inspection peut porter avec une précision suffisante sur tous les points de l'intestin au cours d'une laparotomie, il est évident qu'il ne peut pas en être de même de la palpation, lorsque celle-ci n'est pas guidée dans ses recherches par quelque modification de l'aspect extérieur.

D'autre part, les phénomènes de sténose chronique étaient très accusés, et, si l'on connaît quelques cas d'obstruction aiguë provoquée par de simples ulcérations tuberculeuses, je ne sache pas qu'on ait attribué jusqu'ici à ces lésions des accidents d'obstruction chronique, capables de simuler l'existence d'un rétrécissement, de siège fixe et de longue durée.

Par ces diverses considérations, nous n'abandonnions pas volontiers le diagnostic primitif, mais sans pouvoir le préciser davantage; la sagesse exigeait de suspendre toute interprétation définitive, jusqu'à ce que l'évolution ultérieure de la maladie, ou les résultats de l'autopsie, lui eussent fourni de nouvelles bases.

Les événements ne devaient pas d'ailleurs tarder à se précipiter. Comme nous l'avons dit, la cessation des phénomènes de sténose, due à la laparotomie, n'avait amené aucune modification de la marche générale de la maladie; l'affaiblissement continuait ses progrès.

Une eschare sacrée médiane, qui existait dès le retour de cette femme dans notre service, subit un accroissement progressif; la diarrhée reparut au commencement de mars, sans que l'abdomen reprît son aspect antérieur. On commença à percevoir à la palpation des ganglions mésentériques disséminés, notamment dans la fosse iliaque droite; de la matité et un souffle intense, indices de pneumonie caséeuse, apparurent dans les parties supérieures du poumon gauche; des phénomènes pleuro-péritonéaux s'ajoutèrent aux accidents et la malade succomba le 10 mars.

L'autopsie, pratiquée à l'institut pathologique de M. le professeur Zahn leva tous les doutes. Ce n'est pas cependant que ses résultats eux-mêmes fussent de nature à élucider complètement le débat, si on les considérait exclusivement au point de vue anatomique pur, sans les éclairer à la lumière des phénomènes observés pendant la vie.

Il serait trop long de reproduire ici le texte complet du protocole d'autopsie; l'état de l'intestin est d'ailleurs le seul point qui nous intéresse aujourd'hui; il suffit de mentionner l'existence, en plus des lésions intestinales, d'une pneumonie tuberculeuse, d'une péritonite et d'une pleurésie purulentes, de volumineuses adénopathies caséeuses.

L'intestin, examiné dans toute son étendue, présentait, outre un peu d'inflammation catarrhale, une seule et unique lésion, une ulcération tuberculeuse annulaire, occupant les dix derniers centimètres de l'iléon et intéressant la valvule de Bauhin sans la dépasser. Le doigt pouvait pénétrer facilement de la valvule de Bauhin dans la portion terminale ulcérée de l'intestin grêle.

Malgré cette constatation, les anatomistes comme les chirurgiens, pour des motifs à peine différents, ont mis en doute l'existence d'un rétrécissement effectif. M. Zahn a bien voulu préciser son avis sur ce point par la note suivante : « Aux derniers temps de la vie, cette altération intestinale n'avait pas pu provoquer un rétrécissement ayant amené une occlusion; car 1° cette partie intestinale permet facilement l'introduction du doigt; 2° le côlon transverse contenait plus de gaz que le cæcum et celui-ci plus que l'intestin grêle.

» D'autre part, il est peu probable qu'avant l'ulcération et l'élimination de la muqueuse malade, il ait existé un rétrécissement de quelque durée, ayant pu faire obstacle au passage du contenu intestinal; car celui-ci ne présentait, en amont de la lésion, ni dilatation ni hypertrophie de la paroi. »

Je ne saurais accepter telle quelle cette manière de voir; tout d'abord la facilité de l'introduction du doigt à l'autopsie, *de bas en haut*, ne suffirait pas à faire rejeter le rôle sténosant, pendant la vie, d'une lésion pareille à celle que présentait notre malade; l'intestin était atteint sur tout son pourtour, sur une longueur de 10 centimètres; la muqueuse était ulcérée et végétante; l'altération ne se révélait pas à l'inspection extérieure de l'intestin, d'où il résulte que l'épaississement très manifeste des parois à ce niveau s'était fait tout entier aux dépens du calibre de l'organe. D'autre part, du fait de la cessation de toute vascularisation, la tuméfaction d'une muqueuse enflammée n'a pas à l'autopsie les dimensions qu'elle possédait pendant la vie.

Enfin, et surtout, la destruction de la muqueuse sur une étendue de 10 centimètres n'est pas sans retentir fortement sur les fonctions de la musculature. Qu'il s'agisse de spasme, ou d'arrêt du péristaltisme par paralysie, les troubles fonctionnels des muscles suffisent alors largement à entraîner des phénomènes de sténose, ce qui est un fait hors de toute contestation clinique. Il est vrai, d'ailleurs, qu'il n'y avait plus de phénomènes de sténose aux derniers temps de la vie : l'observation clinique elle-même en fait foi, comme on l'a vu plus haut. Par contre, la disparition de ces phénomènes ne peut guère être attribuée à la seule élimination de la muqueuse malade, car elle a eu lieu brusquement, sous l'influence immédiate de la laparotomie, et non progressivement et lentement, comme il aurait dû arriver dans l'hypothèse précédente.

Ce que nous demandions à l'autopsie de nous expliquer, ce n'était pas, au reste, le mécanisme de phénomènes de sténose actuelle, puisqu'il n'en existait plus depuis l'intervention chirurgicale, mais bien la raison d'être de leur existence antérieure à cette intervention, telle qu'elle résultait des phénomènes observés à cette époque.

L'absence d'hypertrophie des parois en amont du tunnel ulcéré ne saurait avoir la valeur absolue que les anatomistes peuvent être tentés de lui attribuer; on n'a pas même besoin d'invoquer le fait qu'elle aurait pu disparaître, ou tout au moins s'atténuer, après la cessation des accidents d'obstruction, car il existe d'assez nombreux exemples où cette hypertrophie a fait défaut. M. Patel a précisément consacré deux travaux spéciaux (1) à l'étude, et à un essai d'explication, de ces différences.

(1) F. Lejars. A propos de la discussion sur le « Traitement de l'occlusion intestinale ». (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 13 octobre 1897, p. 593, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 382.)

(1) M. Patel. Remarques sur l'état du segment intestinal situé en amont d'une sténose. (*Lyon méd.*, 21 janv. 1900, p. 73.) — Du segment de l'intestin sus-jacent à une sténose intestinale. (*Rev. de chir.*, mars 1902, p. 331.)

Pour lui, le facteur prédominant est l'existence ou non d'ulcérations de la muqueuse, celles-ci favorisant la production de l'hypertrophie en amont.

Par contre, pour M. Nothnagel l'état général joue le rôle essentiel, la cachexie s'opposant à la production de l'hypertrophie et pouvant même provoquer de l'atrophie des parois intestinales, explication qui serait très acceptable dans notre cas. On sait aussi que, la couche musculaire diminuant d'épaisseur à mesure qu'on se rapproche de l'extrémité terminale de l'iléon, la production d'hypertrophie est d'autant plus accusée que la lésion a un siège plus élevé.

Quelle qu'en soit l'explication, il est certain qu'il existe des faits, assez nombreux, où il n'y a pas d'hypertrophie au-dessus des sténoses, et c'est le seul point à retenir dans la discussion qui nous occupe.

L'atrophie en aval, qui est aussi fréquente que l'hypertrophie en amont, ne pouvait pas exister ici, la lésion ne s'arrêtant qu'à la valvule de Bauhin.

Si l'on eût trouvé plusieurs lésions intestinales concomitantes, il serait assurément nécessaire de les étudier et de les comparer attentivement entre elles, pour savoir laquelle accuser des accidents de sténose; mais une seule lésion existant, comment hésiter à lui attribuer les accidents? Pour ma part, je ne saurais conserver le moindre doute à cet égard.

Le mode d'action de la lésion, le mécanisme de l'obstruction sont seuls susceptibles de controverse et d'hésitations.

S'agissait-il d'un obstacle mécanique direct, apporté par la muqueuse tuméfiée, diminué lui-même au cours des dernières semaines? Faut-il plutôt invoquer le spasme des tuniques musculaires ou, au contraire, un iléus paralytique, par l'arrêt des matières dû à l'interposition d'une anse inerte de 10 centimètres de long? L'effet de la laparotomie ne saurait effacer tout doute à ce sujet; car celle-ci peut aussi bien agir sur la vascularisation d'une muqueuse que sur la contractilité d'une musculeuse, aussi bien inhiber qu'exciter cette dernière.

La discussion raisonnée de ces divers mécanismes ne saurait être faite avec fruit sur un cas considéré isolément, et cette étude devra être reprise après le rassemblement et le groupement de faits de même ordre. Si ceux-ci n'ont pas fait encore l'objet d'une étude suffisamment approfondie et si les descriptions classiques n'en font pas mention, nul doute cependant qu'il n'en existe un certain nombre épars dans la littérature, car j'en ai retrouvé deux, plus ou moins semblables, au cours de lectures récentes, sans en avoir entrepris la recherche méthodique.

Les seules conclusions que je veuille retenir pour le moment de cette observation, c'est d'abord le fait des modifications favorables qu'une simple laparotomie peut exercer en pareil cas; c'est ensuite, et surtout, la démonstration de l'existence possible de phénomènes bien caractérisés de sténose, sous l'influence d'ulcérations tuberculeuses annulaires étendues, sans que celles-ci aient revêtu ni les caractères du tuberculome hypertrophique, ni ceux des rétrécissements fibreux, et sans qu'elles se révèlent à l'inspection extérieure de l'intestin, soit au cours d'une laparotomie chirurgicale, soit même sur la table d'autopsie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1903.

Inoculation de la syphilis aux singes anthropoïdes.

M. Metchnikoff présente, au nom de M. Roux et au sien, un chimpanzé femelle auquel il a inoculé par scarification, au niveau du capuchon clitoridien, le produit de raclage d'un chancre syphilitique; vingt-cinq jours après se développa au point inoculé une petite vésicule opaline qui se transforma les jours suivants en une érosion légèrement déprimée, offrant une teinte grisâtre et reposant sur des tissus indurés. Bientôt on vit apparaître aux deux régions inguinales des adénites polyganglionnaires complètement indolores. Bien qu'il n'existe encore aucune trace d'éruption sur les autres parties du corps, l'orateur estime que les caractères de l'ulcération vulvaire et des adénopathies inguinales permettent d'affirmer qu'on se trouve en présence d'un cas d'inoculation positive de la syphilis de l'homme au singe.

Il n'est pas douteux non plus pour M. Metchnikoff que, si toutes les inoculations précédemment tentées ont échoué, c'est pour l'unique raison qu'on s'est adressé à des espèces animales qui n'étaient pas assez rapprochées de l'homme. On sait, au contraire, qu'il y a de très grandes analogies entre la composition du sang du chimpanzé et celle du sang humain, et c'est là vraisemblablement ce qui explique le succès de l'inoculation qui vient d'être réalisée.

M. Fournier déclare que l'érosion présentée par ce chimpanzé paraît bien d'origine syphilitique. Les caractères objectifs de cette érosion d'une part, la date de son apparition d'autre part (vingt-cinq jours après l'inoculation), et enfin sa coexistence avec une double adénite indolore et polyganglionnaire plaident tout à fait en faveur de cette interprétation. L'orateur estime cependant qu'on ne pourra se prononcer avec certitude que dans quatre semaines, si les manifestations secondaires de l'infection syphilitique font leur apparition.

M. Du Castel fait remarquer que même si ces manifestations secondaires font défaut, on n'en sera pas moins en droit d'affirmer que ce chimpanzé a été atteint d'un chancre syphilitique : comme cela arrive quelquefois chez l'homme, le chancre aura été chez lui le seul et unique accident de la maladie.

M. Hallopeau estime également que d'ores et déjà on peut dire que le chimpanzé qui vient d'être présenté est atteint de syphilis, mais qu'on ne peut encore se prononcer sur l'évolution de la maladie, ni prédire si elle se généralisera ou si l'infection restera locale.

La phlegmatia alba dolens des typhoïdiques et le régime hypochlorurique.

M. Chantemesse. — On savait que dans la fièvre typhoïde la quantité de chlorure de sodium éliminée par l'urine était plus faible qu'à l'état normal; on pensait que la rétention chlorurique se faisait dans le sang. Il n'en est rien : le sel marin est retenu par les cellules propres des tissus. On peut s'en convaincre en faisant ingérer à un dothiénentérique une forte dose de sel; le chlorure n'est pas éliminé par l'urine et il ne reste pas, comme le montre l'analyse, dans le sang; il est absorbé par les éléments organiques. Cette rétention a été considérée comme un acte cellulaire actif, destiné à la protection de l'organisme, le chlorure venant augmenter la tension osmotique des cellules et les rendant par cela même moins perméables aux toxines. Cette hypothèse, qui aurait besoin de démonstration, ne contient en tout cas qu'une part de vérité. Il est certain que les éléments du tissu conjonctif se laissent pénétrer par le sel, et résistent d'autant moins à son invasion qu'ils sont eux-mêmes plus altérés dans leur vitalité. La démonstration de ce fait peut être fournie par la pathogénie de l'œdème blanc douloureux des typhoïdiques.

On sait que la *phlegmatia alba dolens* est une complication relativement fréquente de la dothiénentérie. Elle est remarquable d'habitude par sa longue durée. Récemment, M. Widal a montré que, chez les brightiques, l'œdème du tissu cellulaire était en rapport avec la quantité de sel marin absorbée par ces malades et qu'on pouvait faire diminuer et disparaître les enflures par un régime hypochlorurique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 199). J'ai pensé que les typhoïdiques, par leur rétention des chlorures, se rapprochaient à ce point de vue des brightiques, et que leur *phlegmatia alba dolens*, malgré une origine en apparence mécanique, pouvait se rattacher à la même pathogénie.

J'ai appliqué le régime hypochlorurique (viande et bouillon sans sel, eau albumineuse, pain sans sel) à 6 malades atteints de fièvre typhoïde et de *phlegmatia alba dolens* d'un membre inférieur. Deux de ces cas concernaient des *phlegmatia alba dolens* datant respectivement de six semaines et de deux mois et demi, avec œdème considérable, dilatation des veines superficielles, sans nulle tendance à l'amélioration malgré le repos. Deux autres patients avaient une *phlegmatia* récente accompagnée de douleurs vives; le gonflement du membre inférieur était consécutif à une thrombose de la saphène datant de trois ou quatre jours et s'accentuait rapidement. Dans les deux dernières observations il s'agissait uniquement d'une thrombose du membre inférieur, car, malgré la présence du cordon veineux, le gonflement blanc ne s'est pas produit; il a été arrêté dans son invasion et supprimé par la modification du régime alimentaire. Le régime hypochlorurique a déterminé chez ces 6 malades une amélioration d'une rapidité surprenante.

Je crois donc pouvoir conclure de ces recherches que la *phlegmatia alba dolens* des typhoïdiques est le résultat de l'intoxication d'un membre par le chlorure de sodium; l'oblitération veineuse ne joue que le rôle d'une cause prédisposante.

J'ignore si la même pathogénie peut s'appliquer aux *phlegmatia alba dolens* des nouvelles accouchées et des sujets cachectiques. Je puis cependant citer le fait d'une femme âgée, atteinte de thrombose au niveau d'une varice emflammée avec œdème du membre inférieur correspondant, chez laquelle une cure de déchloruration a suffi pour faire disparaître la douleur et la tuméfaction du membre.

Traitement chirurgical des névrites optiques toxiques et infectieuses.

M. Kœnig. — Parmi les névrites optiques périphériques, il faut faire une place à part aux névrites toxiques et infectieuses. Ce sont des névrites sans stase, sans scotome central, avec infiltration exsudative limitée au disque optique.

Le système vasculaire étant la principale voie d'apport des agents toxi-infectieux, les troubles circulatoires sont la cause directe de ces névrites, ce qui m'a conduit à chercher à modifier dans ces cas la circulation de la partie postérieure du globe oculaire au moyen de la sclérotomie antérieure. Grâce aux anastomoses du grand cercle artériel et veineux de l'iris et des vaisseaux qui entourent le nerf optique, toute action dérivative portant sur le segment antérieur de l'œil a en effet une répercussion immédiate en arrière.

Dans tous les cas de ce genre où je l'ai employée, la sclérotomie a eu pour effet d'améliorer la vision, parfois même de procurer une guérison durable, et de faire disparaître l'infiltration papillaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 20 juillet 1903.

Sur la pathogénie de l'anencéphalie.

MM. Cl. Vurpas et **A. Léri.** — La question de la pathogénie de l'anencéphalie a été et est encore très discutée, les uns voyant dans cette malformation un arrêt de développement, les autres admettant qu'elle résulte de l'éclatement d'une hydrocéphalie fœtale qui, pour certains, serait due à une infection.

Les constatations que nous avons faites sur trois anencéphales nous permettent de confirmer cette dernière hypothèse. En effet, dans ces 3 cas, nous avons noté une infection maternelle pendant la grossesse; 2 fois, les membranes n'étant pas rompues au moment de l'admission de la parturiente à l'hôpital, nous avons pu constater une hydramnios abondante.

Anatomiquement, chez ces 3 monstres, la partie supérieure du système nerveux subsistant, moelle ou bulbe, était coupée brusquement et au pourtour de la moelle on remarquait des lésions de méningite très intense; chez un d'eux une portion minime du cerveau était nettement séparée du reste du système nerveux et il y avait une inflammation manifeste de toutes les séreuses viscérales.

Ces faits confirment les recherches de MM. Charrin et Léri sur les lésions des centres ner-

veux des rejetons de mères malades, et tendent à prouver que les altérations dites *congénitales* du système nerveux central, qu'il s'agisse de malformations ou de maladies, sont pour la plupart *acquises* au cours de la vie intra-utérine, et dues à une infection ou à une toxi-infection de la mère ou de l'enfant.

Les gaz de la respiration dans le diabète sucré.

M. J. Le Goff. — Jusqu'à présent on a peu étudié les gaz de la respiration chez les diabétiques; aussi ai-je cru devoir effectuer quelques recherches à ce sujet. Dans ce but, je faisais passer dans un flacon laveur contenant de 200 à 300 grammes d'eau distillée les gaz sortant des poumons d'un diabétique qui éliminait chaque jour de 3 à 5 litres d'urine renfermant, par litre, de 50 à 70 grammes de glucose et une certaine quantité d'acétone.

Dans l'eau du flacon laveur, j'ai pu caractériser et doser l'acétone, qui existait en proportion considérable dans l'atmosphère pulmonaire; j'ai également trouvé des traces d'alcool.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juillet 1903.

Des indications de la trépanation dans la mastoïdite.

M. Sebileau. — Je crois que, pour beaucoup de cas où l'on soupçonne la mastoïdite, au cours d'une otite moyenne, il ne faut pas trop se hâter de pratiquer la trépanation. On semble souvent admettre, en effet, que l'abondance de la suppuration, dans les otites moyennes, est un signe de mastoïdite et constitue une des indications de la trépanation. J'estime, au contraire, qu'un écoulement abondant de pus démontre seulement que l'oreille moyenne se vide bien, et à mon avis, il n'y a pas à en tenir compte au point de vue du diagnostic de la mastoïdite et de l'indication opératoire. Très souvent, d'ailleurs, les symptômes de mastoïdite aiguë s'amendent rapidement et la guérison survient sans trépanation. J'ai observé récemment deux faits très nets de résolution — l'un chez un enfant et l'autre chez un vieillard — dans des cas de mastoïdite pour lesquels la trépanation semblait indiquée.

M. Broca. — Je ne suis pas tout à fait du même avis que M. Sebileau, au sujet de la signification qui peut être attribuée à l'existence d'un écoulement très abondant; je pense, en effet, qu'on est en droit d'en conclure que les cellules mastoïdiennes sont envahies par la suppuration.

M. Reynier. — Il n'y a pas lieu, il me semble, de chercher à restreindre les indications de la trépanation mastoïdienne, attendu que, au moins en ce qui concerne l'audition, les résultats de cette intervention m'ont toujours paru bien supérieurs à ceux que donne la simple paracentèse du tympan.

Branchiomes malins.

M. Reclus. — J'ai observé avec M. Chevassu trois cas de branchiomes malins, que je désire vous communiquer.

Dans le premier, la tumeur était extrêmement adhérente, et, pour l'enlever, je dus couper la carotide primitive, la jugulaire interne, le grand sympathique, le pneumogastrique et le grand hypoglosse; consécutivement à la ligature de la carotide primitive, le patient eut un ictus, suivi d'hémiplégie et d'attaques épileptiformes. Histologiquement ce branchiome était un épithélioma pavimenteux; la récidive s'est produite au bout d'un an environ, et j'ai dû intervenir à nouveau, il y a quelques jours.

Pour le deuxième cas, je crains qu'il n'y ait aussi une récidive, le microscope ayant révélé également la nature épithéliomateuse du néoplasme.

Enfin, le troisième malade, opéré depuis un an, est jusqu'ici indemne de récidive; l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur mixte.

Sur le traitement des amyotrophies réflexes.

M. Hartmann. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail de MM. Mally et Richon, relatif au traitement des amyotrophies réflexes. C'est d'après l'étude des phénomènes spasmodiques que nos confrères se sont efforcés de déterminer les cas où le massage et la faradisation sont indiqués, et ceux où l'emploi de ces moyens a, au contraire, comme résultat d'aggraver les troubles fonctionnels : ils concluent de leurs recherches que, lorsque les phénomènes spasmodiques sont très accentués, la mobilisation, le massage et la faradisation sont tout à fait contre-indiqués.

M. Lucas-Championnière. — Je considère aussi la faradisation comme funeste dans le traitement des amyotrophies réflexes avec phénomènes spasmodiques très accusés, mais, pour le massage, je suis convaincu qu'il ne peut avoir aucun inconvénient lorsqu'il est bien fait.

L'anastomose spino-faciale contre la paralysie faciale.

M. Faure. — Depuis que l'anastomose spino-faciale a été pratiquée pour la première fois par Ch. Ballance, en 1895, cette opération a été exécutée par un certain nombre de chirurgiens étrangers; en France, M. Morestin y a eu recours dans un cas, et moi-même dans 2 cas. Au total, sur 14 faits actuellement connus, 2 sont trop récents pour que l'on puisse en tirer une conclusion, car la réparation nerveuse, après la section, demande plusieurs mois; des 12 autres, aucun n'a été suivi d'un insuccès complet, et tous les malades ont vu revenir des contractions musculaires plus ou moins énergiques; chez quelques-uns la tonicité musculaire s'est même rétablie complètement et la face a repris un aspect tout à fait normal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juillet 1903.

Le réflexe cardiaque d'Abrams.

M. Merklen. — Abrams a donné le nom de *réflexe cardiaque* à la diminution de la matité et du volume du cœur que détermine l'excitation mécanique de la région précordiale (friction, tapotage, percussion).

Cette réduction de la matité cardiaque résulte à la fois de la diminution de volume du cœur et de l'ampliation des poumons; elle se fait de haut en bas et de gauche à droite, ce qui tend à prouver qu'elle a lieu principalement aux dépens du ventricule droit; il est à remarquer que le choc de la pointe ne suit pas les variations de la matité.

Quand le cœur n'est pas dilaté, sa rétraction ne persiste que quelques minutes. Au contraire, nous l'avons vue, M. Heitz et moi, durer plusieurs heures chez les hyposystoliques ou les asystoliques en état de dilatation cardiaque.

L'absence du réflexe d'Abrams peut devenir un élément de diagnostic et de pronostic important. Nous avons constaté que ce réflexe manquait : 1° dans la péricardite avec épanchement (déjà Abrams avait fait de son absence un signe de diagnostic différentiel entre cette affection et la dilatation cardiaque); 2° dans la symphyse péricardique; 3° dans l'asystolie irréductible due à la dégénérescence scléreuse du myocarde.

Toutefois, l'absence du réflexe cardiaque n'a de valeur qu'autant qu'elle est persistante. Ce réflexe peut en effet faire momentanément défaut dans les grandes dilatations cardiaques, par suite d'une inhibition transitoire qui rend le myocarde inapte à obéir aux excitations mécaniques comme aux médicaments cardiotoniques. Il n'y a pas lieu d'en conclure immédiatement à l'irréductibilité du volume du cœur, car, ainsi que nous l'avons observé, le réflexe reparaît quand la dilatation a diminué sous l'influence d'une émission sanguine ou simplement du repos. En tous cas, il est intéressant de relever que, transitoire ou permanente, l'absence du réflexe cardiaque coïncide avec l'inefficacité également momentanée ou persistante de la digitale.

La réduction de la matité cardiaque que provoque l'excitation de la région précordiale est comparable à celle que l'on constate à la suite des bains salins, carbo-gazeux, hydro-électriques, ou encore de la gymnastique de résistance. L'analogie se poursuit dans les effets simultanés qui souvent se produisent, chez les hyposystoliques ou les asystoliques, du côté de la circulation périphérique et de la respiration : le tapotage précordial, comme les bains ou le massage, peut ralentir et régulariser le pouls, relever ou abaisser la pression artérielle suivant que le malade est en hypotension ou en hypertension, enfin soulager la dyspnée et rendre la respiration calme et profonde. Ces multiples effets, d'ailleurs variables suivant les cas, ne peuvent s'expliquer que par une excitation réflexe qui, partie des nerfs sensitifs de la région précordiale ou d'autres parties du corps, retentit à la fois sur les centres nerveux cardio-vasculaires et respiratoires, pour en activer ou en régulariser le fonctionnement.

En ce qui concerne l'excitabilité particulière de la région précordiale, il y a longtemps que l'empirisme en a tiré profit. Les frictions, les révulsifs, le massage vibratoire, font partie du traitement traditionnel des maladies du cœur. L'application permanente de la vessie de glace a été considérée par Winternitz comme un équivalent de la digitale. Enfin les ceintures cardiaques, si efficaces dans l'hyposystolie habituelle avec cœur dilaté, agissent également par une sorte d'excitation mécanique répétée de la région précordiale.

M. Le Gendre. — J'ai eu l'occasion de remarquer que les applications de glace sur la région précordiale sont beaucoup plus efficaces lorsqu'elles sont discontinues, c'est-à-dire interrompues de temps en temps pendant une ou deux heures.

M. Merklen. — L'expérimentation a fourni la raison de cette particularité en montrant que l'excitabilité des régions d'où part le réflexe cardiaque diminue sous l'influence de la répétition des excitations, pour redevenir normale après un certain repos.

Kyste hydatique du poumon avec hémoptysies à répétition.

M. Widal communique l'observation d'un homme de quarante-trois ans, qui, ayant été atteint en 1900 d'une congestion du poumon droit, fut pris l'année suivante, en pleine santé, d'une hémoptysie qui dura trois jours. Au mois de février dernier, ce malade fut atteint de nouveau de toux et d'hémoptysies, et depuis cette époque il n'a pas cessé de cracher presque tous les jours du sang, sans présenter ni fièvre, ni point de côté. L'examen de la poitrine ayant démontré l'existence d'une voussure de la moitié inférieure droite du thorax avec matité correspondante et absence de bruits respiratoires au même niveau, on soupçonna l'existence d'un kyste hydatique du poumon droit. Une ponction exploratrice ayant été pratiquée, on retira 2 c.c. environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche, ne contenant pas de crochets, mais dans le dépôt duquel on put constater après centrifugation un grand nombre de polynucléaires. La présence de ces éléments ayant été considérée comme une menace de suppuration, le patient fut opéré; après résection des septième et huitième côtes, on se trouva en présence d'une poche kystique ayant à peu près le volume des deux poings, et qui s'énucléa presque spontanément. La guérison eut lieu sans incident.

Le liquide contenu dans la poche était laiteux et renfermait un grand nombre de vésicules filles. Il était, en outre, très riche en polynucléaires — comme celui qu'avait fourni la ponction exploratrice — et donna en cultures des bacilles exclusivement anaérobies.

En terminant, l'orateur insiste sur la haute valeur séméiologique des hémoptysies à longue portée sans altération de l'état général, comme celles que présentait ce patient, pour le diagnostic des kystes hydatiques des poumons.

De la pancréatite d'origine ourlienne.

M. Simonin (médecin militaire). — Sur 652 malades atteints d'oreillons qu'il m'a été donné d'examiner, il y en a 10 chez lesquels j'ai pu constater la localisation de l'agent infectieux sur le pancréas. Il résulte de l'étude de ces faits que la pancréatite ourlienne succède le plus souvent d'une façon rapide aux fluxions des glandes salivaires. Cette pancréatite débute assez brusquement par une poussée fébrile, et se manifeste par des douleurs épigastriques d'une violence parfois extrême, des nausées, des vomissements répétés et tenaces et de la diarrhée sans glycosurie, ni ictère. Sa durée ne dépasse jamais sept jours. Tous ces phénomènes semblent dus

à une infiltration œdémateuse interstitielle de la glande, avec compression passagère du plexus cœliaque et des ganglions semi-lunaires.

Quant aux fonctions du pancréas, qu'il s'agisse des sécrétions digestives ou de la glycolyse, elles ne paraissent en aucune façon amoindries, ni au cours de la crise, ni ultérieurement.

De la pluralité des chancres syphilitiques.

M. Queyrat présente un malade qui est atteint à la fois d'un chancre syphilitique du fourreau de la verge et d'un chancre ayant également tous les caractères de la spécificité, au niveau de la lèvre inférieure, avec adénite sous-maxillaire. L'orateur fait remarquer que la croyance à l'unicité du chancre syphilitique, encore assez généralement répandue, est formellement démentie par les faits, car sur 500 syphilitiques il en a compté 133, soit 26.6 %, qui avaient été atteints de chancres multiples.

M. Gouget dit avoir observé la transformation en vésico-pustules de papules syphilitiques chez un malade atteint de leucémie à type lymphocytaire. Cette évolution anormale doit être probablement attribuée au terrain spécial sur lequel s'est développée cette infection syphilitique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 juillet 1903.

De la prolongation anormale de la grossesse dans l'anencéphalie.

MM. Bender et **Léri**. — Sur 4 cas d'anencéphalie que nous avons observés, deux fois la grossesse a été prolongée au delà de son terme normal (jusqu'à dix mois et dix mois et demi); cette prolongation était démontrée à la fois par l'époque des dernières règles, par le volume anormal de l'enfant et par le développement exagéré du point épiphysaire inférieur du fémur. Cette prolongation de la gestation, en cas de fœtus anencéphale, est intéressante au point de vue de la physiologie de l'accouchement : on peut supposer que le travail est retardé parce qu'il n'y a pas de tête appuyant sur le segment inférieur de l'utérus.

Sur l'origine toxique de la catalepsie.

M. Mavrojanis. — Lorsqu'on pratique chez un rat une injection sous-cutanée de 0 gr. 001 milligramme à 0 gr. 0015 décimilligr. de chlorhydrate de morphine, l'animal est frappé de stupeur et, en outre, devient apte à conserver sans résistance, pendant plusieurs minutes, les positions les plus étranges imprimées à ses membres. Cet état cataleptique dure près de deux jours.

Cette expérience plaide en faveur de la théorie toxique de la catalepsie. A l'appui de cette théorie, on peut aussi invoquer les cas de catalepsie observés chez les goutteux, les saturnins, les alcooliques, les ictériques et dans beaucoup d'autres états morbides où la dépuration urinaire est défectueuse. La catalepsie rentrerait ainsi dans le cadre des maladies par auto-intoxication; les poisons fabriqués par l'économie se trouvant accumulés dans l'organisme seraient capables de provoquer des phénomènes cataleptiques chez les individus prédisposés.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 15 juillet 1903.

Sur la transmissibilité de la tuberculose humaine aux bovidés.

M. Max Wolff déclare, à propos de la communication faite dans la précédente séance par M. Kossel (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 242), qu'à son avis la tuberculose intestinale primitive est souvent consécutive à l'ingestion de viande tuberculeuse. La transmissibilité de la pommelière à l'homme est aussi démontrée par la fréquence de la tuberculose cutanée d'inoculation chez les sujets qui sont en contact avec des bestiaux. Enfin l'orateur rappelle qu'il est parvenu à conférer la pommelière, à un veau préalablement reconnu sain, par l'inoculation de matières virulentes provenant d'un cas d'entérite tuberculeuse primitive.

M. Westenhöffer défend aussi l'identité de la tuberculose humaine et de celle des bovidés. Il fait observer que bien des résultats négatifs, dans les tentatives d'inoculation de produits tuberculeux humains à des bovidés, peuvent être expliqués par ce fait que les animaux en expérience sont sacrifiés trop tôt : ce n'est parfois qu'au bout de sept mois que l'infection manifeste ses premiers effets. En outre, il importe de ne pas se servir, pour l'inoculation, de cultures pures, mais bien de tissus tuberculeux, ceux-ci déterminant une irritation locale qui paraît nécessaire à la greffe de l'agent pathogène.

M. von Hansemann relate, à l'appui de la manière de voir des deux précédents orateurs, un fait de tuberculose péritonéo-intestinale très étendue, chez une femme qui, en raison d'une affection gastrique, ne se nourrissait depuis un an que de lait.

M. A. Baginsky, s'appuyant sur son expérience de pédiatre, croit, au contraire de M. Wolff, que la tuberculose *ab ingestis* est exceptionnelle. Il se demande cependant si la tuberculose des ganglions bronchiques ne pourrait pas être considérée parfois comme d'origine alimentaire, l'infection se faisant au niveau des amygdales.

En ce qui concerne les expériences de la commission de l'Office sanitaire impérial, les matières virulentes furent fournies, dans plusieurs cas, par de petits foyers ganglionnaires, les sujets ayant succombé à une affection autre que la tuberculose. L'orateur pense que les foyers en question ne sauraient être considérés comme tuberculeux; peut-être s'agissait-il de pommelière.

M. Heubner estime aussi que la tuberculose par ingestion est exceptionnelle. Quant aux petits foyers ganglionnaires dont M. Baginsky conteste la nature tuberculeuse, l'orateur les croit bien tuberculeux, car on voit souvent des foyers de ce genre — quand ils ne sont pas encapsulés — donner naissance à une tuberculose miliaire.

M. Schütz rappelle que, dans les expériences qu'il a faites avec M. Koch, sur 19 races de bacilles tuberculeux de provenance humaine, aucune ne fut trouvée pathogène pour le veau; d'après les recherches de la commission, 2 fois seulement, sur 39, un bacille tuberculeux ayant déterminé chez l'homme une affection mortelle se montra virulent pour les bovidés; ces résultats sont donc concordants. Au reste, M. Koch et l'orateur lui-même n'ont jamais soutenu que la tuberculose des bovidés ne fût pas transmissible à l'homme; ils estiment seulement que les risques de contamination du fait des animaux tuberculeux sont quantité négligeable en regard des dangers de contagion d'homme à homme.

M. Kossel répond à M. Westenhöfer que les expériences de la commission avaient seulement pour objet de rechercher quelle espèce de bacille tuberculeux était le plus virulente pour le veau : dans ce but, une attente de quatre mois était suffisante; en effet, après l'inoculation de pommelière, les animaux sont infectés en un délai bien plus court. Quant à l'objection tirée de l'emploi de cultures pures, elle est sans valeur, car même les animaux qui n'eurent pas de phénomènes généraux présentèrent des signes très nets de réaction locale.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 20 juillet 1903.

La déminéralisation dans la phtisie pulmonaire.

M. Ott (de Wittlich) fait une communication dans laquelle il expose les résultats de recherches qu'il a effectuées sur les échanges des substances minérales dans la tuberculose pulmonaire, afin de vérifier la théorie de la déminéralisation, soutenue en France par divers auteurs, et notamment par M. A. Robin (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 417).

Ses investigations ont porté sur 3 malades, arrivés à des stades divers de la tuberculose pulmonaire, qu'il soumit à un régime constant et rigoureusement dosé ; ce n'est que deux jours après l'institution de ce régime — de façon à laisser à l'organisme le temps de se mettre en équilibre — que l'on commença à faire le dosage des sels minéraux dans les urines et les fèces.

Chez le premier de ces sujets — tuberculeux apyrétique, avec léger catarrhe d'un sommet et rares bacilles dans l'expectoration —, l'orateur constata qu'il y avait rétention des substances minérales, en particulier de la potasse.

Dans le second cas, concernant un homme avec infiltration étendue du lobe supérieur gauche, fièvre hectique, etc., il y avait perte d'azote, de potasse et de phosphore, mais rétention de chlore, de soude, de chaux et de magnésie.

Pour le troisième patient, tuberculeux également avancé, les résultats furent à peu près identiques; toutefois la déminéralisation était plus accentuée.

Au total, M. Ott admet la réalité de la déminéralisation dans la phtisie pulmonaire, mais il ne croit pas que ce processus soit à considérer comme un signe précoce de cette affection, puisqu'il faisait défaut chez celui de ces 3 malades dont la tuberculose était encore au début.

M. C. Lewin déclare avoir fait des recherches sur la déminéralisation dans la cachexie des cancéreux; il a fait porter ses investigations sur des sujets affectés de tumeurs malignes de siège très divers (2 cancers de l'estomac, 1 de l'utérus, 1 du sein). Or, il a constaté que le *coefficient de déminéralisation*, c'est-à-dire le rapport des sels minéraux de l'urine au résidu sec, qui chez l'individu sain n'excède pas 30 % (Robin), atteint et dépasse 50 % chez ces malades. Il y a donc bien déminéralisation dans ces cas, et comme on sait, d'autre part, que la nutrition du cœur est sous la dépendance immédiate de la composition minérale du sang, et notamment de la teneur de ce liquide en potasse et en chaux, il est permis d'en inférer que la déminéralisation, par son influence fâcheuse sur la nutrition du cœur, est un des facteurs de la cachexie cancéreuse.

Sur le diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne organique coexistant avec une lésion valvulaire du cœur gauche.

M. Schwartz (de Moscou) attire l'attention sur les difficultés qu'offre le diagnostic clinique de l'insuffisance organique de la valvule tricuspide, quand le sujet est en même temps porteur d'une lésion orificielle au cœur gauche, notamment d'un rétrécissement mitral. L'orateur est parvenu cependant dans quelques cas à établir ce diagnostic, qui fut ultérieurement vérifié sur la table d'autopsie. Le complexus symptomatique qu'il considère comme pathognomonique en pareille occurrence est constitué par l'existence d'un pouls veineux et hépatique avec hypertrophie (et non dilatation) des cavités droites du cœur.

Dr Villaret.

LETTRES D'AMÉRIQUE

San-Francisco, le 21 juin 1903.

La chirurgie de l'estomac aux Etats-Unis.

Ce n'est que dans ces derniers temps que les chirurgiens des Etats-Unis ont commencé à s'intéresser au traitement des affections de l'estomac, et l'on peut dire que si, en Amérique, le traitement opératoire de l'appendicite a été la question d'hier comme celui de la lithiase biliaire constitue la question d'aujourd'hui, l'intervention opératoire dans les maladies de l'estomac représente vraisemblablement la question de demain. J'ai eu l'occasion de montrer dans mes correspondances antérieures que, en ce qui concerne l'appendicite, la majorité des chirurgiens américains sont actuellement d'accord sur la conduite à tenir dans cette affection et que, pour la lithiase biliaire, on commence à voir en quel sens cet accord s'établira sans doute dans un avenir plus ou moins rapproché; au contraire, pour ce qui est de la chirurgie de

l'estomac, on en est encore ici aux tâtonnements du début. Chose curieuse, et à l'encontre de ce qui se passe d'habitude, c'est cette fois-ci de l'ouest et du nord-ouest, non de la côte de l'Atlantique, que paraît partir le mouvement. Je puis notamment citer à cet égard M. le docteur William J. Mayo, chirurgien du *St. Mary's Hospital* de Rochester, dans l'Etat du Minnesota, et M. le docteur A. J. Ochsner, chirurgien de l'*Augustana Hospital* de Chicago, comme s'occupant plus particulièrement des interventions sur l'estomac. Aussi est ce pour une bonne part de la pratique adoptée actuellement par ces deux chirurgiens que j'aurai à rendre compte dans les lignes qui vont suivre.

Parmi les affections non cancéreuses de l'estomac, l'ulcère de cet organe et les complications qui en relèvent (hémorrhagies, perforations, rétractions cicatricielles du pylore, gastrectasies totales ou partielles) fournissent le plus souvent l'indication opératoire. La tendance est d'intervenir d'une façon aussi précoce que possible. C'est ainsi que M. Ochsner s'est fait une règle d'opérer tous les cas d'ulcère gastrique où le traitement médical ne donne pas une cure complète et permanente, ou bien dans lesquels apparaissent des signes d'obstruction pylorique. Une pareille ligne de conduite, d'après ce chirurgien, mettrait à l'abri des complications futures au prix d'une opération beaucoup moins grave que celle qui s'impose une fois que ces complications sont apparues. C'est donc, pour employer l'expression des chirurgiens américains, le traitement de l'ulcère « dans l'intervalle des attaques » que préconise et met en œuvre notre confrère de Chicago.

Des différentes interventions pratiquées pour des affections non cancéreuses de l'estomac, la gastro-jéjunostomie constitue assurément le procédé le plus communément employé par les chirurgiens américains. C'est ainsi que sur 169 opérations exécutées dans de pareilles conditions par M. Mayo, et relevées par lui dans une statistique que ce chirurgien a communiquée au Congrès de Washington auquel je viens d'assister, la gastro-jéjunostomie figure 87 fois, soit dans environ la moitié des cas. Au point de vue de la technique opératoire, M. Mayo attache une grande importance au choix du point où doit être pratiquée l'anastomose entre l'estomac et l'intestin. Pour lui, en effet, l'essentiel est de placer la bouche gastro-intestinale à l'endroit précis où la cavité stomacale présente sa plus grande déclivité. C'est à cette condition seulement qu'il serait possible d'assurer efficacement le drainage de ce réservoir, but principal de l'intervention, et de prévenir la stagnation d'une partie du contenu stomacal dans la poche qui a tendance à se former au-dessous de l'anastomose viscérale. Or, la production d'une pareille poche serait la source habituelle, sinon unique, des vomissements post-opératoires tenaces survenant à la suite de la gastro-entérostomie. M. Mayo pense que lorsqu'on pratique l'opération de von Hacker — dans laquelle l'anse intestinale, pénétrant à travers un orifice artificiel du mésocôlon transverse dans l'espace séreux rétro-stomacal, dit arrière-cavité des épiploons, est abouchée avec la face postérieure de l'estomac —, cette anastomose est toujours placée correctement en position basse, en raison même des difficultés locales, et c'est à cette circonstance qu'il attribue la supériorité des résultats obtenus par la majorité des chirurgiens avec le procédé de von Hacker. En ce qui le concerne personnellement, M. Mayo, depuis qu'il a soin d'établir l'anastomose jéjuno-stomacale à l'endroit le plus déclive de l'estomac, pratique le procédé antérieur ou le procédé postérieur avec des résultats également bons; ce qui le guide actuellement dans le choix de la voie à suivre, c'est plutôt la longueur du mésocôlon transverse que toute autre considération.

M. Ochsner, qui a accepté les idées émises à cet égard par M. Mayo, insiste également sur l'avantage qu'il y a à faire l'anastomose au point le plus déclive de l'estomac. N'ayant plus vu survenir les vomissements qui apparaissent fréquemment à la suite de l'établissement d'une gastro-entérostomie et que l'on met d'habitude sur le compte d'un cercle vicieux, depuis qu'il place l'anastomose aussi bas que possible, il est disposé à admettre que ces vomissements sont bien dus, dans la généralité des cas, à ce que l'anastomose n'occupe pas une bonne position; il estime qu'il suffit d'assurer un drainage parfait du contenu gastrique dans l'intestin pour supprimer les vomissements post-opératoires dont il s'agit.

Quant à la façon dont est pratiquée l'anastomose gastro-intestinale, la suture à la main avec l'aiguille droite est encore la méthode la plus répandue. Au sujet des procédés mécaniques, je dirai que le bouton métallique de Murphy est d'un usage très courant, et certains chirurgiens, tels que M. Mayo, y ont recours d'une façon systématique et exclusive. J'ajouterai cependant que, d'après ce que j'ai entendu dire, le bouton de Murphy est aujourd'hui bien moins fréquemment utilisé qu'il ne l'a été un temps, et les indications de son emploi semblent devoir devenir tous les jours plus limitées. Ce serait là un point où l'Europe aurait précédé l'Amérique : on sait qu'en France, par exemple, le bouton de Murphy n'est plus appliqué que dans des cas particuliers. Quant à la bobine en os préconisée par M. Mayo Robson (de Leeds), j'en entends beaucoup parler aux Etats-Unis, mais je ne l'y ai jamais vu employer. Je crois donc pouvoir en conclure que son usage n'y est pas très fréquent.

Par contre, la méthode aux ligatures élastiques de M. Th. A. McGraw (de Détroit), me semble actuellement en voie de supplanter le bouton de Murphy; je la vis employer dès mes premières visites aux hôpitaux américains — notamment au *Massachusetts General Hospital* de Boston, où j'assistai à une gastro-entérostomie pratiquée par M. J. Collins Warren —, et je l'ai retrouvée partout dans le cours de mes pérégrinations à travers les Etats-Unis, dans le nord ouest, à la Nouvelle-Orléans et enfin ici, à San Francisco. Ce procédé ayant été décrit par son auteur, il me suffira — sans y insister autrement — de signaler et la vogue dont il jouit auprès des chirurgiens américains et les excellents résultats qu'il paraît avoir donnés entre leurs mains. Il semble que ce procédé se recommande surtout par la facilité et la rapidité de son exécution, la solidité de l'anastomose et la permanence de l'ouverture qui n'aurait pas tendance à se rétrécir consécutivement, comme avec certaines autres méthodes.

Au contraire du procédé de McGraw, celui que préconise M. G. Ryerson Fowler (de Brooklyn) est assez compliqué. Aussi ne me paraît-il pas destiné à devenir d'un usage très répandu malgré les bons résultats qu'en aurait obtenus son auteur. Il consiste essentiellement en une double anastomose de l'intestin, d'une part avec l'estomac, d'autre part avec le jéjunum, la lumière de l'anse intestinale intermédiaire entre ces deux anastomoses étant supprimée à l'aide d'une ligature au fil d'argent, de façon à empêcher les sécrétions biliaire et pancréatique de refluer dans l'estomac.

Le procédé de gastro-duodénostomie décrit au milieu de l'année dernière par M. John M. T. Finney (de Baltimore) sous le nom de *pyloroplastie*, bien qu'il soit encore à l'essai et n'ait pas subi l'épreuve du temps, possède un certain nombre de partisans. M. Mayo, par exemple, l'a pratiqué plus de 25 fois. Il estime que le procédé de Finney est susceptible de rendre des services dans les cas d'obstruction pylorique où la dilatation de l'estomac n'est pas excessive et où les lésions pyloriques ne sont pas très étendues. Le procédé en question permettrait alors de faire un examen détaillé de la région pylorique de l'estomac et pourrait facilement être complété par l'excision d'un ulcère à siège juxta-pylorique. Quand la dilatation de l'estomac est très considérable, M. Mayo considère le procédé de Finney comme contre-indiqué à moins qu'on ne le combine avec l'opération de Beyea (raccourcissement du petit épiploon); d'une façon générale, le chirurgien de Rochester donne alors la préférence à la gastro-jéjunostomie simple. Quant à l'utilité du procédé de Finney dans les cas d'ulcère simple non compliqués de rétrécissement pylorique, c'est une question encore à l'étude et qui, *à priori*, ne me semble pas devoir être résolue par l'affirmative : on conçoit, en effet, que le passage des aliments et du chyme stomacal au niveau de l'ulcère ne constitue pas une condition favorable à la cicatrisation.

Pour ce qui est des tumeurs cancéreuses de l'estomac, notamment du pylore, l'opération habituellement pratiquée aux Etats-Unis est la gastro-entérostomie. La technique suivie dans ces cas diffère trop peu de celle que l'on emploie en France pour que je m'étende sur ce sujet. Je dirai seulement que, ici encore, M. Mayo, et, avec lui, M. Ochsner, insistent sur l'importance qu'il y a à placer l'anastomose au point le plus déclive de l'estomac.

Dans un certain nombre de cas, M. Mayo a tenté de pratiquer une gastrectomie subtotale rappelant à bien des égards, ainsi qu'on va le voir et que je l'ai fait du reste remarquer à ce chirurgien lors de mon passage à Rochester, l'opération décrite en France par M. Cunéo dès 1900. La partie de l'estomac que résèque M. Mayo est située à droite et au-dessous d'une ligne réunissant le niveau où l'artère coronaire aborde la petite courbure au point où l'artère gastro-épiploïque gauche joint la grande courbure. On conserve ainsi une sorte de « dôme » constitué essentiellement par le grand cul-de-sac de l'estomac. Ce procédé ne présenterait aucun inconvénient au point de vue de la récidive, la portion de l'organe laissée en place ne se trouvant qu'exceptionnellement touchée par le cancer stomacal — sauf les cas de néoplasme d'origine cardiaque — en raison du faible développement que présente son système lymphatique. En outre, l'irrigation sanguine du « dôme stomacal » serait assurée dans sa partie droite du fait des branches cardiaques de l'artère coronaire, dans sa partie gauche grâce aux vaisseaux courts qui naissent de l'artère splénique ou de ses ramifications. L'avantage d'une gastrectomie subtotale sur une résection totale de l'estomac ne résiderait pas tant dans la plus grande bénignité de l'opération — celle-ci paraissant présenter à peu près la même gravité dans les deux cas — que dans l'avantage qu'il y aurait à conserver une partie de l'estomac pour faciliter l'abouchement de l'intestin avec l'œsophage.

Voici quelle est la technique exacte adoptée par M. Mayo :

L'artère coronaire étant préalablement liée au niveau où elle atteint la petite courbure de l'estomac, on place, entre ce point et le pylore, et aussi près que possible du foie, un fil liant en masse le petit épiploon. Une section du petit épiploon passant au ras de la ligature permet d'extirper la presque totalité de ce repli séreux et donne une grande mobilité à l'extrémité pylorique de l'estomac; cette mobilité facilite beaucoup les manœuvres ultérieures. On lie alors l'extrémité droite du grand épiploon, on sectionne le duodénum entre deux clamps et l'on procède immédiatement à l'occlusion *définitive* du duodénum par un procédé analogue à celui qu'emploie M. Mayo pour l'occlusion de l'appendice dans l'appendicectomie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 119). Puis on complète la ligature du grand épiploon et on lie l'artère gastro-épiploïque gauche. Ceci fait, on sépare au cautère actuel le « dôme » de l'estomac d'avec la partie de l'organe destinée à être extirpée. Comme au préalable on a eu soin de pratiquer l'angiotripsie des parois stomacales à l'aide d'une forte pince à forcipressure et de placer un catgut dans le sillon tracé par l'angiotribe, la section de l'estomac se fait sans hémorrhagie appréciable et sans ouverture du viscère. Il ne reste plus qu'à renforcer l'occlusion de cette poche cardiaque par un certain nombre de points de suture, et à créer une anastomose entre elle et le jéjunum, pour que la gastrectomie soit terminée.

Parfois, M. Mayo a noté qu'au niveau de l'anastomose l'intestin avait tendance à se couder : le jéjunum est attiré à gauche et en haut sur une longueur de 35 à 40 centimètres, et il se produit dès lors une accumulation des sécrétions biliaire et pancréatique dans le segment du jéjunum situé en amont de l'anastomose; la puissance de la traction exercée dans ces conditions est suffisante dans certains cas pour amener une désunion de l'anastomose; c'est à ce mécanisme que M. Mayo attribue les 2 décès qu'il a observés à la suite de son opération. Aussi complète-t-il actuellement d'une façon systématique la gastrectomie subtotale par une jéjuno-jéjunostomie pratiquée d'emblée et permettant le libre écoulement des liquides qui s'accumulent en amont de la gastro-entérostomie.

On voit que l'opération préconisée et pratiquée par M. Mayo ressemble à celle de Cunéo en ce que, dans les deux cas, la résection porte sur la totalité de la petite courbure. C'est es-

sentiellement au sujet de la grande courbure qu'il y a divergence d'opinion. *A priori*, il est évident qu'en conservant une plus grande étendue de la grande courbure, M. Cunéo facilite de beaucoup l'établissement de la bouche gastro-intestinale dont le fonctionnement s'accomplit également avec plus de facilité, si bien que l'entéro-anastomose complémentaire pratiquée par M. Mayo devient parfaitement inutile. Cependant le chirurgien de Rochester aurait, dans un certain nombre de cas, rencontré des ganglions envahis par le néoplasme le long de la grande courbure, en un point qui demeure en dehors de la zone réséquée par M. Cunéo. Reste à savoir si, dans ces faits, il ne s'agissait pas de cas trop avancés pour qu'une intervention aussi grave qu'une gastrectomie subtotale fût encore justifiée. C'est là un point que seule l'expérience au lit du malade pourra trancher.

Dr FRANCIS MUNCH (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur le transport embolique des projectiles, avec des remarques sur les plaies par armes à feu du cœur et des gros vaisseaux, par M. H. SCHLOFFER.

Qu'un projectile de petit calibre, après avoir pénétré dans le cœur ou dans un gros vaisseau, puisse être projeté en un point plus ou moins éloigné de l'arbre circulatoire, par le sang, et, comme un caillot, former un véritable embolus, le fait est, certes, d'un réel intérêt, et s'il n'a pas, en pratique, par suite de sa rareté et de l'extrême gravité habituelle des « coups de feu des gros vaisseaux », une très grande portée, il vaut la peine, tout au moins, d'être étudié, discuté et démontré. M. H. Schloffer s'y est employé avec succès, en prenant pour base de son travail 2 observations fort curieuses, où la balle embolique a pu être extraite et la guérison s'ensuivre.

Il ne suffit pas, en effet, et l'auteur y insiste justement, que l'on découvre, à l'autopsie, l'orifice d'entrée sur l'un des ventricules, l'aorte, l'artère pulmonaire, et que l'on trouve le projectile plus ou moins loin, dans l'aorte abdominale, l'iliaque primitive, etc., pour être autorisé à admettre un transport embolique *intra vitam* : la balle, libre dans la lumière du gros vaisseau, se déplace aisément, après la mort, par les mouvements imprimés au cadavre; et c'est notamment la conclusion qui s'impose en général, lorsque le déplacement a eu lieu dans le sens contraire au cours du sang : une balle de pistolet, qui avait pénétré dans le ventricule droit, fut retrouvée à l'origine de la veine iliaque primitive; une autre, qui avait traversé la paroi antérieure de l'aorte ascendante, était tombée dans le ventricule gauche; une autre encore occupait le ventricule droit, après être entrée par la branche droite de l'artère pulmonaire.

Pour que l'embolie soit démontrée, deux conditions sont exigibles : le projectile doit être fortement enclavé dans le segment de vaisseau où il est découvert et l'obturer entièrement; ce point « embolisé » doit être assez distant de la plaie originelle pour qu'un transport mécanique *post mortem* soit impossible : ainsi en est-il, d'une façon indéniable, lorsque, pour passer du point d'entrée au point d'arrêt, le cœur a dû être traversé.

Aussi les faits qui répondent à ce type sont-ils exceptionnels, et M. Schloffer, en dehors de ses 2 cas personnels, n'en retient-il que 2, dont l'un de M. G. Benno Schmidt, où la balle, qui avait pénétré dans la veine pulmonaire gauche, fut retrouvée (à l'autopsie) dans l'artère fémorale droite, au-dessus de l'émergence de la fémorale profonde : elle était à plein dans l'artère, dont la paroi antérieure était fissurée à son niveau. Mais les observations de M. Schloffer, suivies d'extraction de la balle et de guérison, ont encore plus de valeur. Voici d'abord la seconde, qui ne prête à aucune discussion : un garçon de dix-sept ans reçoit un coup de pistolet Flobert au tiers supérieur de la cuisse gauche, à la face interne, sur le trajet de l'artère crurale; il n'y a pas d'hémorrhagie extérieure, mais un gonflement assez accusé de la cuisse, qui disparaît vite; dès le début, le pouls est très petit, à peine perceptible, à la tibiale postérieure. Une épreuve radiographique de la cuisse ne montre aucune trace de la balle; on radiographie le genou, et l'on découvre le projectile à la partie inférieure du creux poplité, en un point qui paraît correspondre à la division de l'artère poplitée. Après en avoir bien précisé le siège, on va à sa recherche au moyen d'une incision médiane; sous les jumeaux et le soléaire, on aperçoit le projectile, logé dans l'artère tibiale postérieure, à 1 centimètre de la bifurcation de la poplitée; le vaisseau est distendu par la balle, qui transparaît en gris bleu; on fait l'excision du segment correspondant, thrombosé au-dessus et au-dessous, puis une double ligature. L'examen histologique démontra que le projectile était bien engainé par la paroi artérielle.

L'autre fait de M. Schloffer est plus surprenant : il s'agit d'un coup de revolver de 7 millimètres de calibre, dans la région du cœur, à gauche du sternum, à la hauteur du mamelon, chez un jeune homme de dix-huit ans; on note les accidents initiaux de shock, qui durent plusieurs heures; dès le lendemain matin surviennent des douleurs très vives dans le bras droit; l'avant-bras est cyanosé et plus froid, le pouls radial est aboli, la main insensible, les mouvements difficiles et douloureux; en un mot, tous les signes d'une « paralysie ischémique » se trouvent réunis. On cherche la balle, et tout au fond de l'aisselle droite, on reconnaît un corps dur, mobile, qui paraît situé au point de continuité de la sous-clavière et de l'axillaire : on sent le pouls au-dessus, on ne le perçoit pas au-dessous. La radiographie montra plus tard que c'était effectivement le projectile. Des plaques d'œdème et des rougeurs apparaissent sur l'avant-bras; la parésie et l'anesthésie persistent : cette dernière est si profonde que le blessé se brûle la main à un poêle. Enfin, au bout de deux mois et demi, on procède à l'extraction : la paroi artérielle est incisée sur le projectile; le vaisseau est thrombosé au-dessus et au-dessous; on excise le segment correspondant, on fait une double ligature. Les désordres moteurs et sensitifs ne s'améliorèrent que fort lentement. Ultérieurement on releva les signes d'une double lésion mitrale, rétrécissement et insuffisance. Là encore, l'examen histologique confirma la nature artérielle de la paroi engaînante. M. Schloffer se livre à de longs commentaires, pour établir que l'interprétation de ce cas doit être celle-ci : le projectile ayant pénétré dans le ventricule gauche fut projeté comme un embolus dans l'aorte, le tronc anonyme et la sous-clavière; la lésion mitrale témoignait dans ce sens et, en effet, l'explication se présente comme la plus plausible.

Nous savons bien aujourd'hui que les plaies par armes à feu des ventricules ne sont pas fatalement mortelles, et l'expérience des dernières guerres l'a prouvé. Si les faits de ce genre devenaient plus fréquents, peut-être faudrait-il compter avec les embolies de projectiles, et poser les termes des interventions qui pourraient leur devenir applicables : l'auteur estime que l'extraction vaudrait d'être tentée, par l'incision, sur la balle embolique, de la paroi artérielle, suivie d'une suture de cette paroi, et l'on peut se demander, effectivement, si, dans son observation d'occlusion de la sous-clavière, il n'eût pas mieux valu aller tout de suite à la recherche de la balle, reconnue dès le lendemain de l'accident. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.) — L.

Le sérum antidiphtérique, son mode d'action et les limites de son activité dans les sténoses laryngées exigeant une intervention opératoire, par M. E. WIELAND.

L'auteur du présent mémoire — basé sur les observations de diphtérie recueillies à la clinique pédiatrique de M. le professeur Hagenbach-Burckhardt, à Bâle — se propose de résoudre les quatre questions suivantes : 1° Peut-on démontrer d'une façon objective l'efficacité du sérum antidiphtérique chez l'homme? 2° Dans quelles conditions ce sérum permet-il d'obtenir la guérison? 3° Quel est le mode d'action du sérum antidiphtérique? 4° Comment peut-on interpréter les insuccès qui se produisent malgré l'application précoce de la sérothérapie?

Chacun de ces points fait l'objet d'un chapitre spécial, l'étude des deux premiers étant surtout statistique, tandis que les deux derniers sont envisagés à la lumière des données cliniques et anatomiques.

En ce qui concerne l'efficacité du sérum antidiphtérique, M. Wieland a pu établir que, depuis l'avènement de la sérothérapie, la proportion des guérisons observées à la clinique de Bâle a atteint des chiffres qui n'avaient jamais été enregistrés auparavant. L'auteur insiste, du reste, sur ce fait que le nombre plus élevé des guérisons ne saurait être attribué à une gravité moindre du mal, puisqu'il a eu soin de ne tenir compte que des cas de croup assez graves pour avoir nécessité une intervention opératoire.

Le sérum antidiphtérique se montre, d'ailleurs, d'autant plus efficace que le traitement est plus précoce. Toutefois, le pronostic de chaque cas particulier ne dépend pas seulement de la durée de la maladie, mais encore de l'intensité de l'infection générale, laquelle est déterminée par la virulence de l'agent pathogène, ainsi que par le degré de réceptivité du patient. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les formes à évolution lente, qui, avant l'avènement du traitement antitoxique, aboutissaient généralement au croup descendant et à la mort par asphyxie. Dans les cas de cette espèce on peut compter sur la guérison, alors même qu'on intervient longtemps après le début de la maladie. La sérothérapie offre d'autant moins de chances de succès que l'évolution du processus est plus rapide et que les phénomènes d'intoxication sont plus accentués (gravité de l'épidémie, virulence particulière du bacille ou réceptivité individuelle exagérée). Dans les formes à marche suraiguë, le traitement sérothérapique, pour se montrer efficace, doit être institué d'une manière très précoce; aussitôt après l'apparition des premiers symptômes, ce qui ne peut guère être réalisé qu'en cas d'infection intra-hospitalière. Aussi, dans la pratique courante, les injections de sérum, même précoces, échouent-elles en pareille occurrence.

Ces différences dans les résultats de la sérothérapie antidiphtérique nous amènent à nous demander en quoi consiste, au juste, l'action du sérum. D'après M. Wieland, les effets de cet agent thérapeutique, dans la diphtérie humaine et, en particulier, dans le croup, seraient *de nature essentiellement locale* : le sérum exercerait une influence favorable sur le processus localisé à la muqueuse des voies respiratoires, et cela à la fois en activant sa régression et en empêchant les pseudo-membranes de s'étendre plus loin. En dehors de cette action locale, il n'y a pas de raisons pour admettre que les effets curatifs de la sérothérapie sont réellement dus aux propriétés antitoxiques qui se manifestent *in vitro* et dans l'organisme animal. L'auteur estime qu'à cet égard le rôle du sérum se réduit à une activité en quelque sorte indirecte : la sérothérapie ne ferait qu'empêcher la production de toxines, mais elle ne contribuerait pas beaucoup à rendre inoffensives celles qui sont déjà élaborées et qui sont appelées à être neutralisées surtout par les défenses de l'organisme.

Comme conclusion générale, M. Wieland, tout en attribuant une grande valeur thérapeutique au sérum antidiphtérique, se refuse cependant à voir dans cet agent un moyen absolument sûr de guérison de tous les cas de diphtérie. Par contre, il estime que le sérum antidiphtérique possède un pouvoir prophylactique très réel, tout au moins pour une courte période (trois semaines). Aussi est-il d'avis que, afin d'éviter de nombreux insuccès dans l'emploi de la sérothérapie — insuccès auxquels on doit s'attendre pour peu qu'il s'agisse d'une épidémie grave —, il conviendrait d'utiliser largement l'immunisation préventive des sujets bien portants, mais menacés par l'infection (entourage du malade, etc.). (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 5.) — L. CH.

Contre le drainage, par M. R. OLSHAUSEN.

Le présent travail est un réquisitoire contre l'abus du drainage en gynécologie.

M. Olshausen fait tout d'abord remarquer avec quelle extrême réserve il recourt au drainage, puisque, sur les 1,555 laparotomies qu'il a pratiquées dans ces six dernières années, il ne l'a employé que 9 fois. Il ne lui reconnaît guère qu'une seule indication : la présence d'un foyer

intra-abdominal *continuant* à sécréter du pus, tel, par exemple, qu'un abcès appendiculaire.

Il est assez difficile de fournir la preuve des inconvénients du drainage, étant donné, d'une part, qu'il serait téméraire de se livrer à de véritables expériences cliniques, consistant à drainer ou à ne pas drainer systématiquement dans un certain nombre de cas, et, d'autre part, qu'on ne peut pas non plus comparer la pratique des chirurgiens « draineurs » ou « non draineurs » par préférence, à cause de la dissemblance des séries opératoires. M. Olshausen pense cependant qu'on peut se faire une idée de l'inutilité habituelle du drainage en voyant les résultats que lui ont fournis 113 opérations comptant parmi les plus graves et où, en raison des circonstances, la plupart des opérateurs auraient certainement drainé.

Une indication des plus courantes du drainage est la souillure accidentelle du péritoine par du pus ou tout autre produit infectieux. Or, sur 65 opérations où cet accident s'est produit, l'auteur compte seulement 14 morts; et encore les pyosalpinx à peu près typiques (33 cas) ne lui ayant donné que 4 décès, la plus grande partie de cette mortalité revient aux suppurations pelviennes non encapsulées, lesquelles ont toujours passé pour des opérations très meurtrières.

Une seconde indication classique du drainage, est la présence de vastes surfaces cruentées. M. Olshausen pense que c'est une grave erreur que de drainer en pareil cas, le drainage facilitant la pénétration de l'air et de ses micro-organismes et, par suite, la décomposition putride des sécrétions. De fait, sur 10 opérées de cette catégorie, il n'eut pas une seule mort opératoire.

Les perforations de la vessie ou de l'intestin constituent la troisième indication le plus généralement acceptée du drainage. Or, pour les perforations de la vessie traitées sans drainage (5 cas), il n'y eut pas un seul décès; sur 15 cas de blessure de l'intestin au cours de laparotomies, il se produisit 8 morts. Enfin, sur 18 opérations accompagnées d'une souillure considérable du champ opératoire par le sang ou par le contenu de kystes, la mortalité fut encore nulle.

Les chiffres de décès qui viennent d'être indiqués constituent une mortalité totale, c'est-à-dire englobant beaucoup de cas où l'issue fatale n'est pas imputable à l'infection péritonéale, mais à des causes secondaires (cachexie, collapsus, perforations viscérales demeurées inaperçues, etc., etc.). Au lieu et place du drainage, M. Olshausen conseille donc — à moins qu'il n'existe un foyer à suppuration continue — d'exécuter un assèchement parfait des surfaces péritonéales, manœuvre qui, avec la position de Trendelenburg, est des plus faciles. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 2.) — R. DE B.

La teneur des cellules en iode à l'état physiologique, par M. J. JUSTUS.

Au cours de recherches instituées en vue d'élucider le mécanisme d'action des préparations iodées sur le processus syphilitique, M. Justus a été à même de se convaincre que, chez les sujets soumis au traitement ioduré, on retrouve l'iode non seulement dans les cellules faisant partie des néoplasies syphilitiques, mais aussi dans les éléments cellulaires normaux des tissus avoisinants. En présence de cette constatation, l'auteur s'est demandé si l'iode n'entrerait pas normalement dans la composition des cellules. Afin de résoudre cette question, il a entrepris une série de recherches micro-chimiques sur différents organes animaux et végétaux. Voici quel a été le procédé adopté à cet effet : les coupes fixées dans de l'alcool sont soigneusement lavées à l'eau, puis soumises, pendant une ou deux minutes, à l'action de l'eau chlorée fraîchement préparée; on les traite ensuite, durant deux ou trois heures, par une solution faible de nitrate d'argent, on les laisse séjourner, pendant vingt-quatre heures, dans une solution saturée de chlorure de sodium et, après les avoir traitées par une solution de bichlorure de mercure à 4 ou 5 %, on monte la préparation dans de la glycérine distillée, chimiquement pure. Les noyaux cellulaires contenant de l'iode apparaissent alors, au microscope, avec une belle coloration rouge.

Comme cette constatation a été vérifiée sur nombre de tissus d'origine animale ou végétale, M. Justus n'hésite pas à en conclure que l'iode fait partie constituante de tout noyau cellulaire. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 3.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La valeur et les indications de l'électrothérapie dans le traitement des hémiplégies.

Il est d'un usage assez répandu de confier aux hémiplégiques un appareil faradique et de les laisser s'électriser sans mesure. C'est que, sur la foi des traités classiques, le praticien est trop enclin à admettre l'efficacité de l'électricité, quel que soit le procédé utilisé et quelle que soit la nature de l'hémiplégie. MM. les docteurs A. Laquerrière et L. Delherm (de Paris) viennent d'attirer l'attention sur ce fait que dans les ouvrages d'électrothérapie, même les plus récents, on ne tient nullement compte de la division nettement établie par les neuropathologistes modernes entre l'hémiplégie organique, l'hémiplégie hystérique et l'hémiplégie hystéro-organique. On a une tendance naturelle à classer parmi les hémiplégiques organiques tous les individus âgés atteints d'hémiplégie et chez lesquels on ne constate pas de stigmates d'hystérie. Or, rien n'est plus facile que de méconnaître, à un examen superficiel, la névrose en question, qui peut se présenter simplement sous la forme de paralysie. Pour pouvoir affirmer que les troubles sont réellement dus à une lésion centrale, il faut non seulement faire la recherche minutieuse de l'état des réflexes tendineux, qui restent normaux dans l'hémiplégie hystérique et s'exagèrent dans l'hémiplégie organique, mais encore passer en revue tous les phénomènes dont la valeur diagnostique a récemment été mise en lumière (signe de Babinski, réflexe crémastérien, réflexe abdominal, etc.). D'autre part, la rapidité même de la guérison dans la plupart des succès publiés cadre mal avec ce que l'on sait de l'évolution des affections organiques et suffit pour mettre en doute l'exactitude du diagnostic, les auteurs ayant probablement englobé sous le nom d'hémiplégie organique des hémiplégies hystériques et hystéro-organiques.

En se basant sur leur expérience personnelle, MM. Laquerrière et Delherm estiment que, *dans l'hémiplégie organique*, il faut surtout assurer la mobilité des articulations. A cet effet, il est préférable de recourir aux mouvements passifs, à une gymnastique appropriée, plutôt qu'à l'électricité, qui ne peut être d'une grande utilité pour cette mobilisation. Par contre, comme l'atrophie musculaire est due à ce que le muscle ne fonctionne pas et est mal irrigué, on se trouvera bien d'activer la circulation dans les membres par un courant galvanique (de 20 à 40 milliampères), l'un des pôles étant placé sur la colonne vertébrale, l'autre à l'extrémité du membre. Les troubles vasomoteurs (rougeur des téguments, œdèmes, refroidissement du membre) seraient très heureusement influencés par ces applications. Quant à l'électricité statique, il convient de ne l'employer qu'avec une grande prudence, les variations qu'elle provoque dans la tension artérielle paraissant de nature à influer de façon fâcheuse sur le système circulatoire de l'encéphale.

Dans l'hémiplégie hystérique, l'électrothérapie et, en particulier, la faradisation, utilisée d'une façon systématique, permettra de faire la rééducation de la sensibilité et de la motricité, et pourra souvent assurer une guérison complète.

Enfin, *dans les formes hystéro-organiques*, les indications du traitement électrique varieront naturellement suivant la part respective des deux facteurs contribuant à composer le tableau clinique.

Emploi de l'adrénaline contre les hémorrhoïdes.

On se rappelle que M. le docteur Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, et M. le docteur Mossé, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse, ont récemment, chacun dans un cas, utilisé les propriétés vaso-constrictives de l'adrénaline en vue d'obtenir la décongestion d'hémorrhoïdes turgescentes, douloureuses et irréductibles, avec menace d'étranglement (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 57).

Fort de ces deux exemples, M. le docteur D. Devilliers a expérimenté, à son tour, le médicament en question chez une femme de quarante-six ans, qui se refusait à toute tentative de réduction du paquet hémorrhoïdal et ne voulait pas davantage se laisser opérer. Notre confrère commença par la pulvérisation d'une solution contenant 25 grammes de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰ dans 250 grammes d'eau distillée. Le lendemain, il appliqua un tampon d'ouate imbibée d'une solution d'adrénaline à 0.5 ‰; une heure après, le bourrelet était ischémié et la douleur avait presque complètement disparu. Le jour suivant, on fit une nouvelle application, en se servant cette fois d'une solution d'adrénaline à 1 ‰; au bout d'une trentaine de minutes, la réduction fut possible, et à partir de ce moment la tumeur ne se reproduisit plus.

Se basant sur cette observation — qu'il vient de relater dans sa thèse inaugurale —, ainsi que sur les faits susmentionnés, M. Devilliers est d'avis que dans les cas d'hémorrhoïdes rebelles à la réduction et douloureuses, il convient d'essayer l'adrénaline, ce médicament paraissant susceptible de rendre inutile l'intervention chirurgicale, à laquelle il sera, d'ailleurs, toujours possible de recourir si le traitement médical se montre inefficace.

Traitement du muguet par l'emploi simultané de l'eau oxygénée et du borate de soude.

Un médecin italien, M. le docteur Merletti, traite avec succès le muguet par l'association de deux moyens qui sont assez souvent employés séparément contre cette affection, mais sans donner alors des résultats aussi satisfaisants. Le procédé préconisé par notre confrère consiste à badigeonner rapidement, à l'aide d'un large pinceau, la muqueuse buccale avec de l'eau oxygénée et à pratiquer, aussitôt après, un badigeonnage avec une solution de borate de soude à 5 %. Sous l'influence de cette double intervention, on verrait se produire une abondante écume, due à la décomposition du peroxyde d'hydrogène avec formation d'oxygène à l'état naissant, qui ne tarderait pas à exercer une action destructive sur l'*Oïdium albicans*.

M. Merletti a eu l'occasion d'utiliser le procédé en question dans un assez grand nombre de cas de muguet et il a été à même de se convaincre que les badigeonnages avec l'eau oxygénée et le borax, répétés trois fois dans les vingt-quatre heures, suffisent pour amener la guérison dans l'espace de deux ou trois jours, et cela alors même qu'il s'agit de formes très graves de muguet confluent. Si le traitement est institué dès le début de l'affection, il suffirait de faire deux ou trois applications pour entraver d'une manière complète le développement du champignon.

Le pansement au bicarbonate de soude dans le traitement des ulcères de jambe.

D'après l'expérience d'un médecin militaire russe, M. le docteur A. N. Tetradzé, le pansement au bicarbonate de soude — préconisé, il y a quelques années, contre les lésions phlegmoneuses (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 78) — constituerait un excellent moyen de traitement des ulcères variqueux. Notre confrère commence par nettoyer la région en la lavant avec une solution de bicarbonate de soude à 2 %; puis il applique sur la plaie une compresse imbibée d'eau bicarbonatée sodique à 3 ou 4 % et, après avoir fixé le pansement à l'aide de bandes, il fait maintenir l'extrémité malade en position élevée. Les compresses, renouvelées d'abord plusieurs fois dans l'espace de vingt-quatre heures, sont ensuite changées tous les jours seulement et, plus tard, moins fréquemment encore.

Sous l'influence de ce moyen thérapeutique, que M. Tetradzé a eu l'occasion d'expérimenter dans une dizaine de cas, on verrait la suppuration cesser rapidement; le bicarbonate de soude exercerait en outre sur la surface ulcérée une action siccative et favoriserait la cicatrisation, en respectant l'intégrité des granulations.

CONGRÈS FRANÇAIS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Treizième session tenue à Bruxelles du 1er au 7 août 1903.

Catatonie et stupeur.

M. Claus (d'Anvers), *rapporteur*. — En 1874, Kahlbaum décrivit, sous le nom de *catatonie*, une maladie cérébrale à marche cyclique, caractérisée, au point de vue psychique, par des phases successives de mélancolie, de manie, de stupeur et de démence, et, au point de vue somatique, par des phénomènes musculaires affectant le caractère de la spasticité.

Cette conception, qui dans l'esprit de Kahlbaum ne tendait à rien moins qu'à créer une nouvelle entité psychiatrique destinée à prendre place dans le cadre des maladies mentales à côté de la paralysie générale, fut accueillie avec beaucoup de réserve par les aliénistes. Seuls Hecker, Brosius et Kiernan adoptèrent les idées de Kahlbaum, qui furent, au contraire, combattues par Westphal, Tigges, Mendel, etc. Ces derniers auteurs soutinrent qu'il ne fallait voir dans la catatonie qu'un syndrome banal, les symptômes qui la caractérisent pouvant se rencontrer dans les affections mentales les plus diverses. Pendant longtemps, cette opinion prévalut et elle est encore en faveur, actuellement, auprès d'un certain nombre d'aliénistes. La question de la catatonie, envisagée comme maladie autonome, fut reprise en 1887 par M. Neisser, mais sans beaucoup de succès, et ce n'est que quelques années plus tard, en 1893, que la conception de Kahlbaum fut véritablement remise en honneur par M. Kräpelin (de Heidelberg), qui donna une place dans sa classification à la *catatonie* entre la *démence précoce* — maladie qui correspond à la *folie de la puberté* ou *hébéphrénie* de Hecker — et la *démence paranoïde*, désignation sous laquelle il englobe les délires des dégénérés et toutes les formes hallucinatoires de la paranoïa.

Il faut toutefois remarquer dès maintenant que la catatonie, telle que l'entend M. Kräpelin, diffère notablement de la catatonie-type de Kahlbaum. Voici, en effet, comment le professeur de Heidelberg la définit : la catatonie est caractérisée par des états primitifs d'excitation, accompagnés d'idées délirantes confuses, de quelques troubles sensoriels et des manifestations de la stéréotypie et de la suggestibilité, les mouvements expressifs et les actions évoluant vers la stupeur et plus tard vers la faiblesse d'esprit. Cette conception diffère de celle de Kahlbaum par la suppression des stades de mélancolie, de manie, etc., par l'existence d'un état de faiblesse intellectuelle particulier, et surtout par l'origine psychique assignée aux troubles moteurs, aux phénomènes de *négativisme*, que Kahlbaum considérait comme dus à de simples contractions musculaires antagonistes.

Cette divergence d'opinions entre Kahlbaum et M. Kräpelin a été depuis lors en s'accentuant et actuellement le second de ces auteurs ne considère plus la catatonie que comme une forme de la « démence précoce », affection qui, selon lui, comprendrait trois grandes variétés : l'*hébéphrénie*, la *catatonie* et la *démence paranoïde*.

Basée uniquement sur l'évolution clinique des symptômes, la conception de M. Kräpelin a rencontré en Allemagne une vive opposition, mais elle y a suscité aussi des adhérents nombreux et enthousiastes. Cette adhésion se généralise, ainsi qu'en témoignent un très grand nombre de travaux parus dans ces dernières années et parmi lesquels nous citerons seulement, en nous bornant aux pays de langue française, ceux de MM. Meeus, Masoin, Cuylits, Sano pour la Belgique; Christian, Joffroy, Sérieux, Séglas, Masselon, Deny et Roy pour la France.

Nous allons maintenant passer en revue les principales manifestations de la catatonie, telle que la comprend le professeur de Heidelberg, en insistant surtout, pour nous conformer à l'objet de ce rapport, sur les phénomènes de négativisme qui caractérisent sa phase de stupeur et qui, de l'avis de tous les auteurs, sont les plus importants; nous aurons à présenter ensuite un court aperçu des interprétations physiologiques et psychologiques qui en ont été données.

Le négativisme, dit M. Séglas, peut être plus ou moins accusé : tantôt il se traduit par une opposition, une résistance invincible à tous les actes que l'on veut faire exécuter aux malades, par des raideurs musculaires, l'immobilité de l'attitude, etc.; tantôt il n'atteint pas un degré aussi accentué et ne se manifeste que par la contrainte, la gêne, l'hésitation, la lenteur que l'on remarque dans toutes les manifestations de l'activité psycho-motrice et que Finzi et Vedrani ont désignées sous le nom d' « empêchement psychique » (*intoppo psichico*).

Refus de s'alimenter, de se laver, de marcher, de s'habiller, mutisme, insensibilité à toutes les influences extérieures, tels sont les signes les plus habituels du négativisme.

Un autre élément du syndrome catatonique réside dans la *stéréotypie* ou tendance des malades à répéter les mêmes gestes, les mêmes phrases, les mêmes mots étranges et absurdes, ce qui les distingue des maniaques. La stéréotypie est caractérisée par la durée anormale des impulsions motrices qui sont complètement indépendantes des manifestations délirantes. Les phénomènes de stéréotypie semblent constituer comme un trait d'union entre les symptômes du négativisme et un troisième groupe de manifestations catatoniques, réunies sous le nom de phénomènes de *suggestibilité*, et dont les principales sont la *flexibilité cireuse* des muscles, la *catalepsie*, l'*écholalie*, l'*échopraxie* (imitation des gestes), etc.

La *stupeur catatonique* est constituée par les manifestations du négativisme et de la suggestibilité. La conscience des malades qui en sont atteints est complètement abolie; ils restent indifférents à tout ce qui les entoure, immobiles, comme figés sur leur chaise ou dans leur lit, les yeux ouverts ou baissés, tantôt opposant une résistance invincible à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter, tantôt, au contraire, d'une docilité extrême, gardant les positions les plus baroques sans fatigue apparente.

Il faut se garder de confondre la stupeur catatonique avec l'inhibition psycho-motrice de la folie maniaque dépressive. L'absence de réactions est absolue dans le premier cas, tandis que dans le second il y a seulement du ralentissement, de l'hésitation dans l'exécution des actes.

Si, par exemple, on fait compter un stuporeux maniaque dépressif de 1 à 20, il dira les chiffres, mais lentement, tandis que le stuporeux catatonique ne réagit pas d'abord, mais, à la troisième ou quatrième invitation, cite toute la série avec une rapidité très grande.

M. Kräpelin a désigné ce trouble, dans lequel la première impulsion est plus difficile, tandis que la marche ultérieure est aisée, sous le nom de « barrage de la volonté » (*Sperrung*).

La différenciation, dit M. Weygandt, entre les formes stuporeuses dues à une inhibition et celles qui sont dues au barrage de la volonté est au point de vue du pronostic — qui est favorable dans le premier cas (folie maniaque dépressive) et défavorable dans l'autre (catatonie) — aussi importante que la différenciation d'une ulcération simple de la langue d'avec un ulcère tuberculeux, syphilitique ou carcinomateux.

Les phénomènes de suggestibilité sont loin d'avoir une importance aussi considérable que ceux de négativisme. Ils ne se distinguent pas, dans leur apparence extérieure, des symptômes de nature identique que l'on rencontre dans d'autres affections mentales (hystérie, paralysie générale, etc.). On remarquera toutefois que dans ces dernières maladies ces phénomènes ne s'associent pas avec l'empêchement psychique qui est au contraire presque pathognomonique de la variété catatonique de la démence précoce. Toutefois, l'affinité des phénomènes de suggestibilité et des manifestations de négativisme est bien mise en lumière par leur coexistence ou leur succession chez le même sujet.

Une autre particularité qui distingue les phénomènes catatoniques de la démence précoce, c'est leur caractère de manifestations élémentaires, automatiques, leur indépendance absolue dans la conscience du malade, l'absence de relation avec les idées délirantes, les hallucinations, les troubles émotionnels.

Si l'on interroge les patients, dans leurs intervalles lucides, sur la raison de leurs bizarreries, parfois ils peuvent donner une raison, mais elle est absurde. Le plus souvent, ou bien ils ne répondent pas, ou bien ils disent qu'ils ne savent pas, que c'est la maladie, qu'ils y sont forcés, qu'ils ne peuvent pas faire autrement. Ce caractère est surtout évident dans le négativisme, qui n'est dans ce cas particulier que l'opposition, la négation élémentaire, universelle, sans justification, sans délire, sans hallucination, sans douleur morale, complètement automatique.

Ces phénomènes d'automatisme, dit encore M. Séglas, qui les a bien analysés au point de vue psychologique, ne peuvent être que des corollaires. La condition première qui en constitue le substratum, c'est l'insuffisance permanente ou épisodique, partielle ou généralisée, de cohésion entre les éléments divers qui forment l'agrégat personnalité; c'est le défaut d'unité, de synthèse, c'est l'aboulie.

Il peut sembler étrange au premier abord que l'opposition, la résistance puissent être une manifestation aboulique, mais il faut se rappeler que la volonté peut être aussi bien perdue comme pouvoir d'arrêt que comme pouvoir d'action.

Ce défaut de synthèse, cette aboulie s'imposent en quelque sorte — s'ils échappent à une analyse minutieuse — dans le négativisme accentué, qui se manifeste comme une tendance instinctive de défense individuelle, sans motivation consciente, parfaitement inutile, à laquelle le malade obéit d'une façon automatique, involontaire.

Les cas moins prononcés se prêtent mieux à l'analyse psychologique, et c'est ainsi que, dans l'empêchement psychique, il est souvent possible de saisir — dans la contrainte du malade, dans ses hésitations dès qu'on lui demande de faire une action, où qu'il désire spontanément en accomplir une — les manifestations automatiques de contraste psychique qui ne sont fréquemment qu'une forme atténuée supérieure du négativisme, le défaut de synthèse, l'empêchement de se décider et d'agir.

Les caractères habituels de l'aboulie s'observent aussi chez les catatoniques présentant de la stéréotypie. On sait, en effet, que, pour être aboulique, un sujet n'en est pas réduit à l'inertie absolue. Les actes qu'il est surtout impuissant à accomplir sont les actes nouveaux, conscients; mais il reste capable d'exécuter des actes anciens, habituels, subconscients. Souvent même, cet individu, qui agit si difficilement, ne peut plus s'arrêter, quand il a commencé une action, ni s'empêcher de la répéter, s'il en a une fois pris l'habitude.

On comprend ainsi le contraste qui existe entre la contrainte, l'hésitation du catatonique à exécuter des actes nouveaux ou commandés, et l'aisance relative avec laquelle il accomplit des actes stéréotypés. C'est que ces derniers, en raison même de leur répétition fréquente et sous la même forme, n'exigent pas, comme les actes nouveaux, une adaptation particulière à la circonstance présente et ne s'exécutent que sous le coup d'une sorte d'entraînement automatique.

Ces considérations peuvent également s'appliquer aux manifestations de la suggestibilité (catalepsie, écholalie, échopraxie). Eux aussi, de même que les phénomènes de négativisme, se présentent sans motivation logique dans la conscience du malade, comme des phénomènes élémentaires. Si opposés qu'ils semblent au premier abord, ils ne supposent pas moins également « une dissociation complète des éléments qui déterminent l'impulsion motrice et la perte presque complète de contrôle de la part du sujet sur ses propres actes ».

L'activité motrice de ces malades se trouve, du fait de leur aboulie, toujours diminuée, ainsi qu'en témoignent la paresse, la lenteur de leurs mouvements, leur tendance fréquente à garder une immobilité presque absolue. Il n'est pas jusqu'aux stéréotypies (répétition d'attitudes, de mouvements, de paroles identiques, verbigération) qui ne trouvent leur explication dans le fait de la substitution aux réactions motrices volontaires de réactions purement automatiques, inconscientes et dépourvues de toute signification.

Pour M. Masselon, c'est l'attention spontanée et volontaire qui est la première faculté troublée chez les déments précoces. Les troubles de l'attention volontaire portent sur l'attention

sensorielle et sur l'attention intellectuelle ou réflexion. L'attention sensorielle est quelquefois tellement altérée que ces malades sont incapables de fixer leur esprit sur un objet quelconque.

Les distractions sont causées, soit par des accidents extérieurs que le sujet remarque, soit par des phénomènes d'automatisme qui viennent briser la suite logique de ses associations. Elles ne sont jamais sous la dépendance de processus émotifs envahissant subitement la conscience, comme celles qu'on observe chez certains neurasthéniques et chez quelques dégénérés; elles ne sont ni précédées ni accompagnées d'émotions et ne sont que l'expression de l'état d'engourdissement de l'activité cérébrale et de la désagrégation psychique qui en est la conséquence.

Les troubles de la réflexion et de la systématisation des idées ne sont qu'une autre face de la même modification. L'esprit n'est plus capable de systématiser les données des sens en vue d'une synthèse personnelle. Sous leur forme la plus atténuée, les symptômes consistent surtout en une incoordination et une imprécision des idées qui donnent à la pensée une tournure puérile caractéristique.

La pensée a tendance à se figer; les éléments de l'esprit — soit les simples impressions, soit les représentations — existent isolément et n'éveillent plus les autres éléments qui, à l'état normal, s'associaient avec eux.

L'état de stupeur, dans lequel la conscience semble à peu près vide de représentations, est la forme la plus accentuée de ce phénomène. A un degré moindre, certaines manifestations intellectuelles tendent à se reproduire sans cesse et ainsi se trouve constituée la stéréotypie de la pensée.

Dans le vide de la conscience, et dans l'incapacité de réflexion qui en est la conséquence, lorsque le patient est encore capable d'un certain degré d'attention, il accepte toutes les suggestions venues de l'extérieur : la docilité n'est qu'une des modalités de la suggestibilité. Les différents objets extérieurs n'enfantent dans son esprit qu'un simple réflexe verbal; il prononce leur nom, mais oublie immédiatement qu'il vient d'entrer en contact avec eux.

On retrouve les mêmes phénomènes dans le domaine des éléments moteurs simples et moteurs verbaux. La catatonie, symptôme important de début, est le résultat de la persistance indéfinie d'une représentation motrice. La stéréotypie de la pensée s'accompagne de stéréotypie du langage et du mouvement. Certaines attitudes bizarres se fixent dans l'esprit du malade, qui les adopte et les reproduit sans cesse. La docilité, la suggestibilité motrice sont extrêmes.

Ces sujets présentent de l'écholalie, de l'échopraxie; ils imitent tout ce qu'ils voient faire; nous avons considéré ces phénomènes comme une forme de la suggestibilité, une représentation motrice déterminée s'imposant à l'esprit et évoquant immédiatement le mouvement correspondant.

Des tics moteurs, des tics du langage (brusque émission de mots toujours les mêmes), de la verbigération se développent sur les troubles profonds de la synthèse mentale et augmentent le nombre considérable des distractions.

Contrastant avec la docilité, apparaît le négativisme, opposition irraisonnée à tous les actes qu'on ordonne, résistance même des membres du malade au mouvement que l'on veut leur faire exécuter.

Le nombre des idées et des images que ces patients ont à leur disposition est considérablement diminué; leur pensée se meut dans un cercle excessivement restreint.

Le nombre des éléments du langage diminue parallèlement; parfois même les représentations verbales sont obscurcies et le sujet crée des néologismes qui peuvent être si nombreux et si bizarres que le langage n'est plus qu'une véritable jargonaphasie.

Nous avons constaté chez nos malades un obscurcissement progressif des images-souvenirs touchant les faits antérieurs au début de l'affection. Au début, il s'agit surtout de troubles du rappel des souvenirs, mais on constate bientôt que le nombre des souvenirs diminue peu à peu; ce qui disparaît surtout, c'est le souvenir des connaissances acquises par l'instruction, des faits qui ont précédé immédiatement le début de la maladie, des menus détails de la vie antérieure; divers groupes de sensations ne sont plus reconnus, spécialement les sensations olfactives et gustatives.

L'oubli de certaines habitudes acquises antérieurement est également caractéristique.

Toutefois, ces troubles du souvenir sont tardifs; ils ne sont jamais aussi profonds que ceux des paralytiques généraux ou des déments séniles.

L'indifférence émotionnelle est un symptôme d'une importance considérable chez les déments précoces catatoniques; dès le début de la maladie rien ne les touche, rien ne les émeut plus. Ainsi disparaissent tous les sentiments, mobiles de leurs actions; à ce point de vue, il faut accorder une valeur toute spéciale à la disparition des sentiments affectifs (sentiments de famille). Cette indifférence émotionnelle précoce, lorsque le sujet dispose encore de facultés intellectuelles relativement normales, doit éveiller immédiatement l'attention de l'observateur. On ne la rencontre pas chez les autres groupes de déments, même avec un affaiblissement intellectuel plus profond.

De cette indifférence émotionnelle résultent la disparition des désirs et l'aboulie, l'absence de curiosité et en partie les troubles de l'attention spontanée.

A côté de ces interprétations purement psychologiques des phénomènes catatoniques, il en a été proposé quelques autres qui s'appuient sur les données de la physiologie du cerveau, mais celles-ci sont encore trop hypothétiques pour que nous y insistions longuement.

M. Svetlin explique les phénomènes cataleptiques par une plus grande stabilité des molécules cérébrales. M. Rieger soutient que la flexibilité cireuse des muscles est le résultat de l'innervation simultanée des muscles antagonistes. M. Roller, s'appuyant sur la théorie de Meynert, admet que la plupart des phénomènes sont déterminés par un affaiblissement de la zone corticale avec hyperexcitabilité de la zone sous-corticale.

M. Lehman va plus loin : il localise dans les ganglions de la base la lésion dynamique de la catatonie et va même jusqu'à attribuer un rôle inhibitoire aux couches optiques et un rôle dynamogénique aux noyaux lenticulaires. Il conclut en disant que la formule de Meynert trouve son application anatomo-physiologique dans les relations réciproques de la circulation sanguine des artères corticales et des artères basales. Dans cette supposition, on peut admettre trois circonstances possibles : *a*) l'écorce, par suite de lésions organiques dégénératives, n'exige qu'un apport sanguin moindre, d'où résulte une augmentation relative de la circulation dans les ganglions de la base : c'est ainsi que se produirait la catatonie dans l'idiotie et les démences; *b*) la paralysie des vasoconstricteurs et la diminution de la pression sanguine déterminent une augmentation de l'apport sanguin, plus prononcée dans les artères centrales que dans les corticales (stupeur, états crépusculaires épileptiques, catatonie dans les troubles mentaux d'origine affective); *c*) les arrêts de développement diminuent l'afflux sanguin de l'écorce au profit des ganglions de la base (idiotie, démence précoce, épilepsie).

Ce sont là, jusqu'à présent, des vues purement théoriques, sur la valeur desquelles nous ne pourrons être fixés que par de nouvelles recherches. Le seul point qui semble aujourd'hui acquis, c'est que la démence précoce envisagée au point de vue psychologique est une maladie qui touche primitivement les facultés actives de l'esprit : apathie, aboulie, perte de l'activité intellectuelle, telle est la triade symptomatique caractéristique de cette affection.

Après cet exposé des troubles psycho-moteurs qui constituent les phénomènes fondamentaux de la catatonie, il me resterait à parler des signes exclusivement physiques de cette affection. Mais je ne m'arrêterai pas sur ce point, car jusqu'à présent ces signes sont à peu près dépourvus de toute valeur séméiologique : outre qu'ils sont communs à toutes les formes de démence précoce, ils sont fugaces et variables chez le même sujet.

MM. Dide et Chenais ont fait des recherches urologiques et hématologiques dans la catatonie; ils auraient trouvé une diminution de la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures, un abaissement de l'urée, une augmentation des chlorures. Les globules blancs du sang seraient en proportion normale ou augmentés de nombre; cette augmentation porterait tantôt sur les polynucléaires, tantôt sur les mononucléaires. Le plus souvent les éosinophiles seraient plus nombreux que de coutume.

J'aurais encore bien des points à examiner avant de terminer ce rapport.

Le syndrome catatonique se rencontre certainement dans d'autres affections (folie circulaire, hystérie, paralysie générale, épilepsie, etc., etc.) que la démence précoce. Mais s'y présente-t-il d'une façon aussi complète, aussi durable? Est-il le résultat d'une atteinte directe des cellules de l'écorce cérébrale par un agent toxique ou toxi-infectieux qui porterait surtout son action sur les centres d'association plus vulnérables? Autant de problèmes impossibles à résoudre pour le moment.

D'autre part, le syndrome catatonique étant regardé comme le phénomène essentiel de la démence précoce, ne serait-il pas plus rationnel, comme le voudrait M. Thomsen, de revenir à l'ancienne conception de Kahlbaum, et de considérer non plus la catatonie comme une variété de démence précoce, mais la démence précoce comme une forme de la catatonie?

Quoi qu'il en soit de ces diverses questions, que nous ne pouvons que poser sans les résoudre, un point, nous semble-t-il, demeure acquis : c'est que la démence précoce, dont la catatonie n'est qu'un symptôme — des plus importants à la vérité — mérite une place à part dans le cadre pathologique : entrevue par Morel, cette entité morbide a acquis, grâce aux travaux de l'école de Heidelberg, droit de cité en psychiatrie.

M. Ballet (de Paris). — L'évolution des idées qui s'est poursuivie en Allemagne depuis un certain nombre d'années, et qui a abouti à l'introduction, dans le groupe des maladies mentales, d'une nouvelle entité morbide, la démence précoce, dont la catatonie de Kahlbaum constituerait la variété la plus importante, me semble avoir été acceptée un peu trop facilement, sans qu'on ait apporté dans l'examen de cette doctrine l'esprit critique qui, en matière scientifique, ne doit jamais perdre ses droits. Avant de proclamer, en effet, l'autonomie de la démence précoce, il conviendrait d'en asseoir solidement les bases.

Et tout d'abord, quelle signification faut-il accorder au mot *précoce* accolé à celui de démence? Doit-il s'entendre seulement de l'âge auquel cette démence fait son apparition, ou de la plus ou moins grande rapidité de son évolution? Il semble qu'on doive lui accorder cette double signification, puisque cette appellation, qui était considérée autrefois comme synonyme de celle de *folie de la puberté*, est devenue ensuite, par extension, synonyme de celle de *folie de l'adolescence*, et que maintenant on l'applique à des démences qui ne font leur apparition qu'à l'époque de la maturité de la vie (démences paranoïdes). Pour ces raisons, le terme de *démence vésanique hâtive* serait peut-être plus justifié que celui de démence précoce.

Cette question de terminologie écartée, sommes-nous actuellement en présence d'un véritable type morbide, et sur quelles bases peut-on l'établir? Nous manquons encore à cet égard de données précises. En dehors de la symptomatologie de cette affection, qui a fait l'objet de nombreuses descriptions, nous ne connaissons en effet ni les lésions avec lesquelles elle est en rapport, ni les facteurs étiologiques qui président à son développement. Or, c'est précisément ce dernier point qu'il importait à mon avis d'élucider avant de proclamer l'autonomie de la démence précoce. Cette question a une importance capitale, car s'il était démontré que la démence précoce constitue réellement une affection individuelle, reconnaissant des causes propres, c'est une véritable révolution qui s'accomplirait en psychiatrie, et qui bouleverserait tous les cadres actuels de la médecine mentale en reléguant au dernier plan les facteurs étiologiques, tels que l'hérédité et la dégénérescence, qui jusqu'à ce jour y ont joué un rôle prépondérant. S'il était établi, au contraire, que la démence précoce ressortit à la dégénérescence mentale, qu'elle n'est qu'une des modalités déjà si nombreuses et si variées d'un trouble de l'évolution du système nerveux, la question changerait de face et nous ne serions plus en

présence que d'un état dégénératif qui prendrait naturellement place au milieu du groupe des psychoses de même nom, groupe dont les frontières ont été, je le reconnais, beaucoup trop reculées, surtout en France.

Pour trancher cette question qui, selon moi, est capitale et qui domine la discussion actuelle, il serait nécessaire de faire appel non pas aux statistiques globales, comme celle de M. Kräpelin, dans lesquelles on se borne à énoncer le pourcentage des cas où les malades présentaient des antécédents héréditaires ou des stigmates de dégénérescence et ceux où ces facteurs étiologiques faisaient défaut, ceux où il s'agissait de sujets normaux, bien doués intellectuellement avant l'apparition des troubles mentaux, ou au contraire de sujets originaux, excentriques ou considérés comme faibles d'esprit dès leur enfance. Cette méthode est impuissante à fournir la solution du problème. Ce à quoi il faut s'attacher, c'est à réunir un certain nombre d'observations dans lesquelles les antécédents des sujets seront soigneusement recueillis en même temps que l'évolution de la maladie sera fidèlement enregistrée avec toutes ses particularités, de façon à ce qu'il ne puisse pas y avoir le moindre doute sur le diagnostic.

Jusqu'ici ces observations font défaut; c'est une lacune qui demande à être comblée, et pour commencer, voici un premier fait qu'il m'a été donné d'observer récemment et qui confirme et justifie les considérations précédentes.

Un jeune homme ayant fait des études brillantes, lauréat de plusieurs concours, etc., présenta à l'âge de vingt-six ans tous les signes d'un accès de dépression mélancolique, lequel s'accompagna au bout de quelque temps de symptômes atténués de négativisme et d'affaiblissement des facultés; finalement le malade devint complètement dément. C'était bien là, on en conviendra, le tableau classique de la démence précoce : l'âge du patient, la façon dont les accidents avaient débuté, leurs caractères et leur évolution, tout concourait pour faire admettre ce diagnostic. Or, en recherchant dans les antécédents personnels et héréditaires du sujet quelle pouvait être la cause de cette affection, je ne rencontrai d'abord que le néant.

Cependant une enquête que je fis quelque temps après m'apprit que le frère aîné de ce malade avait eu un jour, sans motif, une altercation singulière avec un des chefs de l'administration dont il dépendait, et qu'il était devenu par la suite un délirant paranoïde. Ce premier résultat acquis, je ne tardai pas à découvrir d'autres tares morbides chez plusieurs membres de la famille. On voit par ce petit fait qui, isolé, n'a peut-être pas une grande valeur, avec quelle réserve il faut accepter les renseignements qui nous sont fournis et de quelles garanties il faut s'entourer avant d'affirmer l'absence de toute hérédité morbide. Mon malade, quoique non dégénéré, était un héréditaire, et cela suffit pour affirmer le caractère de non-contingence de ses troubles mentaux.

Je crois donc qu'avant de se prononcer d'une façon catégorique sur la véritable nature de la démence précoce, il sera nécessaire de réunir, de grouper un certain nombre de cas bien étudiés, suivis pendant longtemps, et d'en tirer les conclusions qu'ils comporteront.

M. Masoin (de Gheel). — Je désire examiner, au seul point de vue de leur pathogénie, certains troubles moteurs qui font partie du syndrome catatonique : je veux parler des *tics*, des *gesticulations*, des *attitudes*, des *actes impulsifs*, etc., qui donnent à la plupart des déments précoces une physionomie si curieuse.

Tous ces phénomènes d'extériorisation motrice doivent être rapprochés, à mon avis, des tics et gesticulations des idiots, et considérés, par conséquent, comme le produit de l'automatisme cérébral. Chez ces deux catégories de sujets, en effet, ces troubles moteurs revêtent les mêmes caractères : ils sont exécutés sans but, ne sont jamais le reflet d'idées délirantes et sont dépourvus de toute signification.

La seule différence qu'on puisse noter — et elle est légère —, c'est que, chez l'idiot, les tics et les stéréotypies ont généralement une étendue moindre que chez l'hébéphréno-catatonique : ils sont localisés à un membre ou à un segment de membre, tandis que chez le dément précoce ils intéressent habituellement plusieurs régions du corps, constituant ainsi une sorte d'association de stéréotypies.

Ce qui plaide encore en faveur de l'origine automatique de ces stéréotypies démentielles, c'est qu'on les observe dans tous les états passagers ou définitifs où le pouvoir inhibiteur cortical est atteint, en d'autres termes dans la plupart des états de stupeur cérébrale (traumatismes crâniens, hystérie, épilepsie, etc.). Du reste, n'observe-t-on pas aussi chez l'homme normal absorbé par un travail intellectuel, ou chez certaines personnes distraites, des mouvements de peu d'étendue, qui s'exécutent à l'insu du sujet, qui n'ont aucune signification et durent parfois des heures entières sans provoquer de sensation de fatigue? L'origine et la permanence de tics, chez des sujets pour le reste normaux, s'explique, comme l'a montré M. Meige, par l'absence d'inhibition des centres corticaux supérieurs sur les centres des étages inférieurs du cerveau et de la moelle; or il n'y a aucune raison de ne pas rattacher au même processus les stéréotypies des catatoniques.

Il est un autre ordre de phénomènes également moteurs qui, pour inconstants qu'ils soient dans la démence précoce, ne méritent pas moins d'être connus. Je veux parler des crises épileptiformes survenant dans la forme catatonique de cette affection, et dont nous avons, M. Meeus et moi, observé 5 cas sur un total de 65 déments précoces. Ces crises apparaissent tantôt à d'assez longs intervalles, tantôt, au contraire, à intervalles rapprochés (une seule journée). Mais éloignées ou rapprochées, ces crises, outre qu'elles sont rarement identiques aux accès d'épilepsie vraie, ne constituent jamais que des manifestations rares, ne se reproduisant que trois ou quatre fois dans la vie des malades.

Il va de soi qu'il ne s'agit pas, en l'occurrence, d'épilepsie méconnue, ultérieurement suivie de démence, le diagnostic de démence hébéphrénocatatonique ayant été soigneusement vérifié dans ces cas.

M. Meige (de Paris). — Les anomalies de la fonction motrice signalées dans les états catatoniques revêtent deux modalités principales. La première se traduit cliniquement par une intensité et surtout une persistance anormales de la contraction musculaire, dont les stéréotypies d'attitude, la flexibilité cireuse, les attitudes cataleptoïdes représentent des degrés divers. La seconde se manifeste par la répétition anormale d'une même contraction, spontanée ou provoquée : telles sont les stéréotypies du mouvement, certains tics, les différentes formes d'échokinésie ou d'échopraxie.

Ces deux troubles de la fonction motrice existent aussi, à des degrés variables, dans diverses formes de psychoses et de névroses, et même au cours de certains états pathologiques aigus (infections, intoxications). Dès lors, il nous semble qu'il y aurait intérêt à rechercher l'existence de ces phénomènes chez tous les sujets, de même qu'on explore aujourd'hui l'état de la réflectivité ou de la sensibilité. On peut, d'ailleurs, commodément faire cette recherche en étudiant le « phénomène de la chute des bras ». Voici en quoi il consiste :

On dit au sujet de se tenir debout, les deux bras élevés horizontalement, en croix. On se place devant lui en mettant une main sous chacun de ses coudes; on lui demande d'abandonner complètement ses bras sur les supports ainsi constitués, et, si l'on retire ceux-ci, de laisser retomber ses membres complètement inertes, par leur propre poids.

Normalement, le relâchement musculaire s'obtient aussitôt : on peut déjà s'en rendre compte au poids des membres soutenus; mais surtout, si l'on retire brusquement les mains, on voit les bras du sujet tomber, suivant la loi de la chute des corps, avec une vitesse croissante au fur et à mesure qu'il se rapprochent de la verticale : c'est un mouvement uniformément accéléré. Rencontrant alors les cuisses, ils rebondissent et font trois ou quatre oscillations d'amplitude décroissante.

Chez certains sujets, les choses ne se passent pas ainsi. D'abord, les bras étant dans la position horizontale, lorsqu'on vient à retirer les mains qui les soutiennent, la chute ne se fait pas immédiatement; un temps plus ou moins long s'écoule avant que se produise le relâchement musculaire; puis les bras s'abaissent, tantôt avec une lenteur qui témoigne de la persistance d'une contraction frénatrice des muscles élévateurs, tantôt avec une brusquerie qui indique la participation active des muscles abaisseurs.

Dans les deux cas, le relâchement musculaire n'est pas complet, les membres ne tombent pas selon la loi de la chute des corps, et lorsqu'ils arrivent au contact de la cuisse, ou bien ils l'effleurent à peine, ou bien ils y restent appliqués : on ne voit pas se produire alors les oscillations qui caractérisent la chute des membres abandonnés à la seule pesanteur.

En répétant cette expérience clinique plusieurs fois de suite, si l'on constate toujours ce même phénomène, on peut y voir la preuve de l'existence d'un trouble de la fonction motrice. Et cette inaptitude au relâchement musculaire semble bien la conséquence d'interventions corticales insuffisantes ou inopportunes.

Une seconde expérience clinique, qui peut se faire dans les mêmes conditions, donne en outre des indications sur l'aptitude du sujet à répéter inopportunément la même contraction musculaire : au moment où les mains servent de support aux bras du patient (auquel on a recommandé d'abandonner passivement ses membres), on commence par imprimer à ceux-ci une ou deux légères oscillations de haut en bas. Normalement, les bras suivent l'impulsion qu'on leur donne et conservent leur inertie lorsqu'on cesse de les mouvoir. Chez certains sujets au contraire (en général les mêmes que précédemment), les oscillations continuent à se produire activement pendant un temps plus ou moins long, après qu'on a cessé de les imprimer.

M. Archambault (de Tours). — J'ai observé un fait qui montre bien à quel point la sensibilité peut être diminuée chez les déments précoces.

Un homme de vingt-sept ans, atteint de démence hébéphrénique et interné depuis trois ans, occupait ses nuits à s'introduire sous la peau des bras, des jambes et du tronc, et cela symétriquement, des morceaux de fil de fer provenant de son sommier.

En lui faisant prendre un bain de propreté, l'infirmier lui vit le corps couvert de petites plaies : chacune était la porte d'entrée d'un morceau de fil métallique — il y en avait 37 en tout — d'une longueur variant de 3 à 11 centimètres et de 1 millim. 1/2 à 2 millimètres de diamètre.

Ces corps étrangers furent extraits en quatre séances; les incisions au bistouri, parfois longues et profondes, n'ont jamais amené chez le malade la moindre plainte ni la moindre réaction de défense : on aurait cru tailler un cadavre. A deux ou trois reprises toutefois on a pu remarquer une légère contraction de la face. Le malade, à ce moment-là dans une période de dépression et de mutisme, a cependant deux fois indiqué où se trouvaient encore des morceaux de fer.

Histologie de la paralysie générale.

M. Klippel (de Paris), *rapporteur*. — La paralysie générale n'est pas l'aboutissant de toute maladie mentale, suivant la doctrine d'Esquirol, et par suite ne saurait être considérée comme une sorte d'équivalent de la démence qui termine si souvent la folie.

Elle n'est pas non plus une entité morbide, définie par des lésions toujours semblables de tout point, comme le voulait Bayle.

Elle est un syndrome clinique commun à des toxines diverses, entraînant des lésions, tantôt inflammatoires, tantôt dégénératives, mais toujours caractérisées par leur diffusion, par leur tendance progressive et par leur action sous un certain mode, en deçà et au delà duquel ces mêmes toxines produisent d'autres syndromes.

En ne retenant que des cas cliniques rigoureusement similaires, j'ai pu reconnaître trois groupes de paralysies générales :

Le premier se caractérise par des lésions inflammatoires pouvant aller jusqu'à la diapédèse la plus marquée (paralysies générales inflammatoires).

Dans le second, la même encéphalite inflammatoire vient se greffer sur des lésions préalables et apparaît comme une infection secondaire (paralysies générales associées).

Le troisième comprend des lésions purement dégénératives de causes diverses, à l'exclusion de toute inflammation marquée par la diapédèse vasculaire (pseudo-paralysies générales ou paralysies générales dégénératives).

Distinctes au point de vue de leurs lésions histologiques, ces différentes formes sont en-

core généralement confondues en clinique. Il importe de les étudier séparément.

Dans les *paralysies générales inflammatoires*, on rencontre toujours des lésions des vaisseaux, des éléments nerveux et de la névroglie. L'hyperhémie et la diapédèse, la dégénérescence et l'atrophie des neurones, la multiplication plus ou moins marquée des cellules de la névroglie suivant les phases de la maladie sont les plus importantes de ces altérations.

La diapédèse vasculaire, sous l'aspect de lymphocytes et de polynucléaires envahissant la gaine lymphatique des artérioles, est la lésion la plus évidente et la plus facile à reconnaître. On peut l'observer dans des formes très rapides, mais elle est surtout nette dans les cas classiques à évolution chronique. La diapédèse peut exister par exception sans qu'il y ait d'érosions par arrachement des méninges.

Les lésions des éléments nerveux sont, dans les formes inflammatoires, d'autant plus marquées que la maladie a traversé toutes ses phases. Au moment des autopsies, pour peu qu'elles soient précoces, la lésion consiste dans la tuméfaction des cellules avec granulations sous forme de fine émulsion, ce qui n'est pas le cas des autres groupes, où l'atrophie et la dégénérescence pigmentaire et graisseuse sont accusées par de grosses granulations occupant un protoplasma hyalin à noyau lui-même atrophié.

La prolifération névroglique, au contraire, surtout quand elle est marquée par un épais feutrage de fibrilles, est d'autant plus nette que la maladie est plus ancienne et que l'atrophie cérébrale est plus complète.

Ces lésions des vaisseaux, des éléments nerveux et de la névroglie n'offrent aucun caractère de spécificité. On n'y saurait déceler aucun de ceux qui ont été assignés aux lésions syphilitiques certaines, ni comme topographie nodulaire, ni comme évolution rapidement caséeuse.

Mais on peut encore appuyer davantage cette manière de voir, si l'on considère comment se présente la syphilis encéphalique avérée, suivant la date à laquelle elle se produit à partir de l'infection par le chancre. Plus les lésions sont précoces et plus elles sont diffuses : ainsi les cas de méningite occupant une large étendue, les artériopathies très multiples, tant dans l'encéphale que dans la moelle, sont relativement précoces, par opposition avec les gommes tout à fait circonscrites et isolées, dont l'apparition est beaucoup plus tardive. De sorte que, plus la virulence décroît, plus les lésions sont circonscrites et localisées.

Aussi, si l'on voulait admettre la nature syphilitique de l'encéphalite paralytique, il faudrait concevoir qu'une infection qui frappe le cerveau en toutes ses parties, qui atteint les méninges, les ventricules, qui envahit le mésocéphale, désorganise la moelle par la diffusion la plus complète et qui aboutit en deux ou trois ans à une issue fatale, possède pareille évolution au moment où sa virulence est du moindre degré!

Il est vrai qu'en accordant une grande part à la syphilis, beaucoup d'aliénistes en sont venus à définir la paralysie générale une maladie *parasyphilitique*.

Alors, je demanderai à ces auteurs quelle est la nature de cette maladie parasyphilitique. S'ils admettent qu'elle est une infection *banale* favorisée par une syphilis antérieure, je suis d'accord avec eux pour un bon nombre de cas.

Cette nature infectieuse banale de l'encéphalite, il me faut maintenant l'envisager en raison des lésions précédentes.

En raison de ses caractères histologiques, l'encéphalite paralytique inflammatoire apparaît comme un processus infectieux très banal, et c'est une des multiples raisons qui m'ont servi à lui assigner une origine correspondante.

Malgré de nombreuses tentatives, on n'est jamais arrivé à trouver un critérium histologique permettant de distinguer de telles lésions d'avec celles des autres inflammations de même pathogénie. Il n'est pas jusqu'aux cellules dites *Mastzellen* qu'on n'y puisse rencontrer comme dans les inflammations d'autres tissus. S'il existe des différences par rapport à l'inflammation des autres organes, celles-ci ne peuvent tenir qu'à des différences de tissus, non à des différences de causes ou de nature.

Il n'est pas douteux, d'ailleurs, que les encéphalites aiguës, dont la nature infectieuse est admise, ne donnent lieu à des lésions très analogues — parfois identiques — à celles des paralytiques généraux.

Ces analogies vont plus loin que l'hyperhémie et que la diapédèse. Les mêmes dégénérescences hyalines des vaisseaux qu'on trouve ici, M. Manasse les décrit dans les maladies générales fébriles, M. Klebs dans la chorée. M. Pierret signale que, dans l'encéphalite grippale, les leucocytes pénètrent les espaces lymphatiques et viennent se mettre en contact avec les cellules nerveuses elles-mêmes. Les hémorrhagies miliaires formées de globules rouges et coïncidant avec la dégénérescence hyaline, que M. Bischoff constate dans le délire aigu et que tant d'autres décrivent dans les infections cérébrales, viennent encore compléter les analogies.

Enfin, on peut trouver toutes les transitions entre le délire aigu et les formes les plus lentes de la paralysie générale.

A ce sujet, je rappellerai l'observation d'une jeune femme dont le tableau clinique fut celui du délire aigu et qui, au point de vue anatomique, présentait une méningo-encéphalite marquée par des érosions typiques et par la diapédèse diffuse. Or, chez cette malade, l'origine infectieuse était établie avec certitude par la présence d'une endocardite végétante aiguë greffée sur une ancienne lésion rhumatismale des valvules aortiques.

L'absence de microbes, invoquée par les adversaires de la théorie infectieuse, est un argument spécieux, car qui parle d'infection microbienne incrimine les toxines de ces microbes et, dans beaucoup d'infections cérébrales — même dans des abcès — dont l'origine infectieuse ne fait de doute pour personne, les cultures peuvent demeurer stériles, surtout quand il s'agit du pneumocoque, dont l'évolution est plus rapide et qui paraît être un des agents pathogènes de la paralysie générale.

Comme dernier argument, j'ajouterai que, souvent, le paralytique général se montre nettement infecté quant à l'ensemble de son organisme, c'est-à-dire en dehors de son système nerveux, et cela pendant tout le cours de sa maladie, ce que peut démontrer soit l'examen bactériologique des urines, soit la toxicité du sang, soit les troubles de l'équilibre leucocytaire combinés à la présence de globules rouges à noyau.

Ainsi, les formes inflammatoires de la paralysie générale sont marquées par des lésions histologiques dépourvues de tout caractère spécifique et ses causes ne diffèrent pas au fond de celles qui sont à l'origine des inflammations, de mêmes caractères histologiques, observées dans les autres tissus.

Dans les *paralysies générales associées*, l'encéphalite, infection secondaire, est venue se greffer sur des altérations préalables causées par l'alcoolisme, l'artériosclérose, la syphilis, etc., etc.

Dans ces conditions, au jour de l'autopsie, l'histologie permet de reconnaître des lésions distinctes, les unes anciennes et dégénératives, marquant une involution anticipée, les autres de nature inflammatoire, dont le syndrome paralytique a été la conséquence.

Ainsi tous les délires des alcooliques, en dehors de l'ivresse, sont le résultat d'infections et d'auto-intoxications, ce qui explique pour quelles raisons de tels désordres mentaux peuvent survenir chez eux dans l'état d'abstinence et sous l'influence de tous les troubles qui provoquent l'auto-intoxication à laquelle la déchéance de leurs cellules hépatiques prédispose particulièrement ces sujets.

Telle est aussi la paralysie générale des arthritiques artérioscléreux, des tuberculeux, la paralysie générale associée aux tumeurs de l'encéphale. Les néoplasmes, syphilitiques ou autres, sont en ce cas les lésions préalables, les points d'appui de l'infection secondaire.

J'ai relaté l'histoire d'un homme atteint tout d'abord d'une paralysie du moteur oculaire commun, puis de paralysie générale. A l'autopsie, l'encéphale présentait deux ordres de lésions : une tumeur gommeuse à caractères spécifiques dans la protubérance, pouvant expliquer la paralysie oculaire, et, d'autre part, des lésions d'encéphalite diffuse et banale rendant compte du syndrome paralytique (infection secondaire).

Telle est encore la paralysie générale associée des tabétiques : M. Jendrassik a démontré qu'on rencontrait souvent dans le tabes des dégénérescences des tubes nerveux de l'écorce cérébrale.

Déjà avant cet auteur, M. Pierret, étudiant les cordons postérieurs de la moelle des tabétiques, y avait signalé des foyers d'inflammation disséminés de loin en loin et caractérisés par des amas de cellules rondes. Que de tels foyers très multiples et de même pathogénie soient disséminés dans l'encéphale déjà lésé par le tabes, et la paralysie générale inflammatoire sera constituée.

Que voyons-nous en récapitulant tous les cas précédents? Des lésions encéphaliques qui ont précédé l'évolution de l'encéphalite paralytique et qui lui sont associées sans se confondre avec elle. En d'autres termes, l'alcoolique, l'artérioscléreux, le tuberculeux, etc., présentent des lésions encéphaliques, distinctes par leur origine, primitives, et sur lesquelles peut venir se greffer une encéphalite paralytique secondaire.

Dans les *paralysies générales dégénératives*, enfin, l'histologie ne révèle que des lésions dégénératives à l'exclusion de toute inflammation marquée par la diapédèse.

Il y a par là des différences très tranchées avec les paralysies des deux groupes précédents; la plus importante, c'est l'absence de diapédèse inflammatoire. S'il existe des érosions, celles-ci ne sont pas de même pathogénie que dans les paralysies du premier et du deuxième groupe : elles sont le résultat d'une désintégration corticale par dégénérescence et non par inflammation. Si les méninges sont épaissies, on n'y rencontre pas davantage l'inflammation diapédétique.

Les causes de ces paralysies dégénératives — dont quelques-unes ont été décrites sous le nom de pseudo-paralysies générales — sont les mêmes que celles des paralysies associées (deuxième groupe), c'est-à-dire l'alcoolisme, l'arthritisme, la tuberculose, la syphilis, etc. Si l'auto-infection y intervient aussi, du moins ne produit-elle pas les lésions inflammatoires indiquées dans le groupe précédent.

Il est plus difficile, dans ces formes, de s'expliquer les symptômes et l'évolution en restant sur le terrain de l'histologie. En effet, chez des sujets artérioscléreux, alcooliques, etc., on rencontre ces mêmes lésions, bien que moins prononcées, en dehors du syndrome paralytique, et j'y ai déjà insisté pour montrer qu'elles sont le fond commun sur lequel évoluent tous les délires, ainsi que les démences, qui s'observent communément chez ces sujets.

D'autre part, dans des paralysies générales associées à ces mêmes lésions (deuxième groupe), l'histologie révèle en plus une inflammation qui n'existe pas ici et qui est susceptible de rendre un compte plus complet des symptômes observés.

Aussi ai-je cru qu'il était nécessaire d'invoquer, à côté des lésions de tissus, des lésions de fonctions dues également à l'auto-infection et à l'auto-intoxication hépatique et rénale.

Le syndrome paralytique fugace qui, en comportant l'ensemble des signes de la paralysie générale, aboutit rapidement à la guérison, démontre que ces signes peuvent être en grande partie le résultat des réactions cellulaires en dehors de la destruction profonde et progressive des cellules.

Par les analogies anatomiques et pathogéniques des lésions sus-énoncées, il n'y a pas, en réalité, de séparation tranchée entre les trois groupes de paralysies générales qui viennent d'être décrits. Les nombreuses formes intermédiaires ou de transition qui les unissent, jointes à l'identité des symptômes et de l'évolution, sont une raison péremptoire pour affirmer l'existence d'un syndrome paralytique qui n'a pu être constitué que par la distinction préalable de ces groupes et qui, par conséquent, explique cette distinction.

Je viens d'étudier les lésions de la paralysie générale. Il me reste à les envisager maintenant au point de vue de leurs conséquences et de leur évolution. On constate chez les paralytiques généraux deux groupes de lésions histologiques : 1° des lésions *irritatives* d'origine infectieuse : tuméfaction des cellules nerveuses, figures de caryocinèse, formation d'exsudats et de cellules embryonnaires, proliférations endothéliales et névrogliques, diapédèse; 2° des lésions *destructives*, qui sont l'aboutissant des précédentes et qui sont marquées par l'atrophie du neurone dans toutes ses parties (corps de la

cellule, prolongements neuraux et surtout dendrites).

De ces lésions, les premières pervertissent le mode d'activité et sont à l'origine des *délires*, des *troubles sensoriels*, de la *confusion mentale*, des *accès convulsifs fébriles*; les secondes restreignent les connexions fonctionnelles entre les différents éléments de l'écorce et de l'axe cérébro-spinal et ont pour conséquence la *démence*, la *faiblesse musculaire*, *certains tremblements*, la *dyslalie*, les *contractures*, les *paralysies*.

La démence suit une évolution parallèle à celle de la destruction des dendrites dont l'abondance et la multiplicité de connexions avaient marqué le développement progressif des facultés supérieures; d'où cette conclusion que l'arrêt précoce du développement de ces dendrites doit très vraisemblablement se trouver à l'origine de l'idiotie. Un arrêt de développement plus tardif et combiné à la destruction pourra aussi nous rendre compte de cette variété de démence dont la nature infectieuse est plus que probable et qui survient à une époque de la vie où l'intelligence est encore imparfaite; je veux parler de la démence précoce.

Ainsi se trouve établi, de par l'histologie, un lien de parenté très étroite entre la démence paralytique, la démence précoce et l'idiotie.

Une dernière question me reste à examiner, celle de savoir par quel tissu — névroglie, vaisseaux ou éléments nerveux — débute le processus morbide. On voit de suite l'importance de cette question dont la solution nous fixerait d'une façon plus précise sur la nature de la maladie. Dès l'origine, deux doctrines se sont partagées la faveur des neurologistes : l'une qui affirme que l'encéphalite est d'abord *interstitielle*, l'autre, qu'elle est d'emblée *parenchymateuse*.

La discussion sur ce point est encore ouverte. Sans prétendre marquer le point de départ très précis des lésions, je crois, pour ma part, qu'il est impossible, en raison des acquisitions les plus certaines de l'histologie, de continuer à définir la paralysie générale « une sclérose diffuse, une encéphalite scléreuse ou névroglique ». D'une part, en effet, la lésion des vaisseaux est la diapédèse et non la sclérose. D'autre part, le terme de sclérose névroglique n'est pas exact, car l'on observe souvent des altérations très prononcées des vaisseaux et des éléments nerveux que la légère prolifération de la névroglie ne saurait expliquer.

On est ainsi conduit à admettre, et c'est du reste aujourd'hui l'opinion qui compte le plus de partisans, que le processus morbide de la paralysie générale se fixe primitivement à la fois sur les vaisseaux et sur les éléments nerveux. On pourrait encore se demander si le stade initial varie suivant les cas et, en particulier, si les formes inflammatoires ne sont pas tout d'abord des *vascularites* et les formes dégénératives des *dégénérescences nerveuses primitives*. Mais, dans ces dernières formes, j'ai toujours trouvé des dégénérescences des vaisseaux analogues à celles des éléments nerveux; il est donc aussi difficile de conclure ici que là.

L'histologie ne pouvant à l'heure actuelle trancher la question, il nous faut interroger la clinique. Celle-ci nous montre que les paralytiques sont souvent des sujets depuis longtemps surmenés par suite d'excès, de chagrins, de fatigues cérébrales, etc.

Elle nous apprend également que tout un groupe de malades (paralysies générales associées) sont des intoxiqués très longtemps avant d'être des paralytiques généraux, et qu'à ce moment déjà (en particulier chez les alcooliques) il existe un certain affaiblissement des facultés intellectuelles, si compatible qu'il soit avec les occupations journalières du patient.

Sans doute, ces sujets surmenés et intoxiqués présentent, par ce seul fait, des altérations des éléments nerveux, telles que la chromatolyse ou l'involution granulo-pigmentaire anticipée. Et l'histologie m'a fait voir que c'est sur ces lésions que vient se greffer l'encéphalite des alcooliques, des arthritiques, etc.

Il y a de la sorte une longue phase clinique, durant laquelle on peut déceler une défaillance de l'intelligence, parfois même d'autres troubles mentaux, auxquels fait insensiblement suite le syndrome paralytique.

Dans ces circonstances, il est souvent difficile de préciser le début réel de l'encéphalite surajoutée. On serait donc autorisé à admettre que l'altération de la cellule nerveuse est le fait préalable, par rapport à l'encéphalite, plutôt que la première détermination de l'inflammation.

D'autre part, la cellule nerveuse, qui est l'élément le plus fragile, serait aussi le premier à pâtir, alors même que les toxines de l'infection lui parviendraient après avoir traversé les méninges et les vaisseaux de l'écorce.

Les réactions vasculaires, en particulier la diapédèse, la prolifération relative de la névroglie, seraient ainsi plus tardives. Et, comme conclusion, ce serait dans les troubles de la fonction la plus délicate qu'il conviendrait de rechercher les premières atteintes de l'encéphalite.

Une fois que la maladie est constituée, en lésant les centres nerveux dans l'ensemble des tissus qui les composent, le processus morbide va se poursuivre. Quelles seront alors les modifications successives de ces différents tissus? Voyons tout d'abord ce qui concerne les éléments nerveux eux-mêmes.

On admet généralement que la maladie, pour être diffuse, frappe plus spécialement les neurones de certaines zones, qui sont les régions les plus antérieures du cerveau, et que c'est en ces points que l'atrophie des tubes nerveux est au maximum.

Suivant la conception actuelle des fonctions des divers territoires de l'écorce, le lobe frontal représente en très grande partie un centre d'association.

On sait d'autre part que la myélinisation des tubes nerveux de l'écorce est plus tardive dans le développement histogénique au niveau des divers centres d'association qu'au niveau des centres à fibres de projection.

Il semble de plus que les zones corticales, où la disparition des tubes nerveux est le plus évidente, sont aussi celles qui, dans l'état normal, contiennent une quantité moins grande de fibres nerveuses.

Si l'on accepte les propositions précédentes, on doit être conduit à se demander si les fibres nerveuses les plus tardives dans l'évolution de l'histogénèse, c'est-à-dire celles qui répondent aux centres et aux fonctions de l'association corticale, ne sont pas celles qui sont surtout frappées tout d'abord.

De la sorte, on peut conclure que, dans un processus morbide qui est d'emblée en action sur l'encéphale tout entier, ce sont les zones à éléments le plus hautement différenciés et le plus fragiles qui s'altèrent les premières.

Du côté des vaisseaux, il est légitime d'admettre que les premières atteintes sont caractérisées par des troubles vasomoteurs, entraînant rapidement l'hyperhémie et la congestion, puis par l'exsudation, laquelle persiste longtemps à l'état isolé dans les formes les moins virulentes, enfin, par la diapédèse, qui, contrairement à ce qui a été soutenu par quelques auteurs, peut exister dès les premières phases de la maladie.

Ajoutons que, en démontrant la multiplicité des variétés de leucocytes, M. Ranvier et surtout M. Ehrlich et ses élèves ont mis à l'ordre du jour l'étude des variétés correspondantes de la diapédèse. On sait que, dans la paralysie, on rencontre dans les artérioles encéphaliques des cellules d'aspect multiple, dont les plus abondantes sont les mononucléaires (lymphocytes surtout) et les polynucléaires, et que la proportion en est variable.

On peut admettre théoriquement que dans les formes et dans les phases où l'infection est le plus aiguë, il existe un bon nombre de polynucléaires; que dans les formes et les phases les plus lentes, ce sont les lymphocytes qui abondent, ce qui est la règle habituelle d'après mes recherches.

L'examen du sang des paralytiques, aux différentes périodes de la maladie, semble confirmer ces vues théoriques. Au début, l'équilibre leucocytaire du sang est troublé par une plus grande proportion de polynucléaires neutrophiles; à la fin, par une prédominance de lymphocytes, au moment où, établie définitivement, l'encéphalite suscite des réactions organiques moins vives.

Mais ce qu'il faudrait déterminer par de nouvelles recherches, c'est la fréquence exacte de ces lésions; c'est aussi la façon dont se comporte le sang dans d'autres maladies mentales, qui peuvent jusqu'à un certain point simuler l'encéphalite paralytique. Peut-être serait-il possible de reconnaître que la marque de l'infection, fréquente dans le sang du paralytique, l'est moins dans le sang du mélancolique, du maniaque, du négateur, du mégalomane vésanique. De la sorte on pourrait peut-être établir que tel malade est infecté, que tel autre ne l'est pas. Nos études sur ce point sont encore trop peu avancées pour qu'il soit possible actuellement de conclure.

M. Anglade (de Toulouse). — Les lésions de la paralysie générale ne me semblent pas pouvoir être ramenées à une formule aussi simple que paraît le croire M. Klippel. Il est incontestable en effet que si le microscope nous montre, chez les paralytiques généraux du premier groupe de M. Klippel, de l'hyperhémie, de la diapédèse et de la chromatolyse, il nous fait voir quelque chose de plus — et cela de très bonne heure —, à savoir la réaction névroglique. Les cellules endothéliales et les cellules névrogliques adjacentes prolifèrent activement, en même temps, et peut-être même avant, que la diapédèse s'opère. Diapédèse et réaction névroglique par division directe des noyaux sont deux faits contemporains. Par contre coup — ou directement — la cellule nerveuse s'altère, se désorganise.

Mais le parenchyme cérébral est-il bien le premier atteint, comme le croit M. Klippel? Tel n'est pas mon avis. La lésion des méninges précède celle de la substance nerveuse. La pachyméningite, l'arachnoïdo-pie-mérite sont la règle. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, que différents auteurs ont signalée, prouve bien la précocité des altérations méningées. D'autre part, le microscope démontre que l'épaississement de la pie-mère est dû à la prolifération conjonctive, que les adhérences contractées avec l'écorce sont réalisées par des brides névrogliques de néoformation. La couche névroglique qui recouvre la zone moléculaire entre en activité nucléaire. Les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses reçoivent des excitations anormales qui expliquent les symptômes de la paralysie générale : suractivité désordonnée, convulsions, etc.

Au surplus, la clinique ne s'oppose pas à ce que la paralysie générale soit considérée comme une méningo-encéphalite. Et, dans la moelle, ce qui est aussi la règle, c'est la méningo-myélite. Cela est incontestable et, je crois même, incontesté : la lepto-myélite est bien l'origine de la plus grande partie de ces scléroses, cordonales plus que fasciculaires, qui ne peuvent, toutes, être imputées à des dégénérations systématisées descendantes. Il reste donc à discuter la nature de cette méningo-encéphalite ou myélite de la paralysie générale.

Sans doute, elle n'a aucun caractère de spécificité absolue; et sur ce point, je suis complètement d'accord avec M. Klippel. L'endartérite oblitérante de la syphilis ne s'observe pas chez les paralytiques généraux. Je n'en dirai pas autant de la phlébite avec infiltration nucléaire des parois veineuses : elle est la règle dans la moelle des paralytiques. Toutefois, je suis plus exigeant à ce sujet que les auteurs classiques et je ne veux pas considérer cette lésion comme absolument spécifique; mais, dans ces conditions, il faut se garder d'exclure de l'étiologie des lésions de la paralysie générale des infections dont nous connaissons encore imparfaitement tous les processus. Qui peut se flatter de distinguer, à l'heure présente, les diverses modalités des méningites syphilitiques ou tuberculeuses dont tout le monde admet la fréquence? Récemment encore, M. Armand-Delille a réalisé expérimentalement des méningites tuberculeuses sans bacilles. Il doit y avoir aussi des méningites syphilitiques d'aspect très variable.

A mon avis, la syphilis et la tuberculose, la seconde au moins autant que la première, dominent cliniquement l'étiologie de la paralysie générale. Il est, en effet, très fréquent de constater chez les paralytiques généraux des lésions tuberculeuses ou syphilitiques. Le microscope nous démontrera peut-être bientôt qu'elles sont aussi des effets de poisons tuberculeux ou syphilitiques.

M. Pierret (de Lyon). — La divergence d'opinions qui sépare M. Anglade et M. Klippel est plus apparente que réelle. S'il est vrai qu'il n'y a guère de paralysie générale sans méningite, comme le soutient M. Anglade, il est non moins

certain que cette méningite ne saurait exister sans encéphalite concomitante. La simultanéité de cette double lésion est pour ainsi dire fatale, étant donnés les rapports des espaces lymphatiques avec ceux d'Obersteiner et l'origine toxi-infectieuse de la paralysie générale. Quant à cette encéphalite, il est incontestable qu'elle intéresse la névroglie, mais ce serait une erreur de croire qu'elle peut exister cliniquement en respectant les éléments nobles. Ceux-ci, au contraire, sont très vraisemblablement atteints les premiers, car il est impossible de concevoir un trouble sensitif, moteur ou psychique, survenant en dehors de toute altération dynamique ou somatique des neurones.

Par conséquent, sans nier la participation de la névroglie au processus anatomo-pathologique de la paralysie générale, je crois que les altérations de cette substance sont secondaires et accessoires, et que le premier rôle revient aux lésions des fibres et des cellules nerveuses, engendrées par des substances toxiques dont la nature peut d'ailleurs varier.

M. Toulouse (de Villejuif). — Contrairement à l'opinion que vient d'exprimer M. Anglade, je crois que la tuberculose est excessivement rare chez les paralytiques généraux; par contre, j'estime que les lésions athéromateuses des vaisseaux encéphaliques sont presque constantes — à des degrés très variables, il est vrai — chez ces malades; aussi ne me paraît-il pas légitime de se baser, comme l'a fait M. Klippel, sur l'existence ou l'absence de l'athéromasie pour créer, sous le nom de paralysies générales associées, un groupe spécial de paralysies générales, si ce n'est peut-être dans les cas où ces lésions athéromasiques sont prépondérantes et occupent la première place par rapport aux autres altérations encéphaliques.

Cette réserve faite, je crois que la classification de M. Klippel, qui est fondée sur l'anatomie pathologique, répond à tous les besoins de la clinique.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — J'ai examiné, avec M. Vigouroux, les centres nerveux de 42 paralytiques généraux. Les résultats de ces examens histologiques nous ont conduits à adopter dans ses grandes lignes la division des paralysies générales proposée par M. Klippel. Nous distinguons comme lui trois grands groupes de paralysies générales, entre lesquels il existe, d'ailleurs, de nombreuses formes intermédiaires.

Un premier groupe est constitué par des paralysies générales inflammatoires, caractérisées par l'infiltration des méninges et de l'écorce, par la périvascularite, la prolifération névroglique, l'atrophie des fibres tangentielles et les altérations de degré divers des cellules nerveuses. Ici on ne trouve jamais de dégénérescence des parois artérielles, ni de pigment ocre, ni de corpuscules hyalins.

Dans un deuxième groupe, nous avons réuni les cas où les lésions inflammatoires, parfois moins intenses, sont associées à des altérations dégénératives des artères. Les deux lésions capitales sont la dégénérescence hyaline des artères et l'infiltration pigmentaire. Suivant que l'une ou l'autre prédomine ou existe seule, il paraît possible d'établir deux sous-groupes, l'un correspondant à l'association de l'alcoolisme, et l'autre à l'association de l'artériosclérose.

Dans un dernier groupe, nous proposons de ranger les cas qui paraissent se rapporter au type décrit par M. Klippel sous le nom de paralysie dégénérative; nous y avons constaté d'une façon constante des corpuscules hyalins.

J'ai constaté, d'autre part, au niveau du plexus solaire d'un certain nombre de paralytiques généraux, des altérations très variées, parmi lesquelles je me borne à signaler la présence de petites cellules rondes et de nodules infectieux témoignant d'une réaction interstitielle aiguë ou subaiguë des ganglions.

Ce qui paraît ressortir de ces observations, c'est que l'atrophie de l'élément noble est secondaire à la sclérose qui succède à l'inflammation du tissu conjonctivo-vasculaire, et que l'atrophie des fibres nerveuses à myéline est due, quand on l'observe, à un processus tabétique surajouté.

M. Jeanty (de Lyon). — Nous avons fait, M. Taty et moi, l'étude histologique du cervelet de 8 paralytiques généraux. Les lésions que nous avons constatées portaient sur tous les éléments du *cortex*, mais elles étaient prépondérantes, ou tout au moins plus apparentes, dans la couche des cellules de Purkinje, qui étaient modifiées qualitativement et quantitativement : nous avons trouvé tous les degrés d'altération depuis la simple chromatolyse jusqu'à la disparition quasi totale de l'élément. Dans cette couche ainsi altérée apparaissent des noyaux plus ou moins nombreux (éléments normaux du *cortex* altérés et leucocytes). Dans un cas nous avons noté la présence, dans les méninges, du colibacille, vraisemblablement par suite d'une infection secondaire (eschare).

M. R. Verhoogen (de Bruxelles). — Dans 8 cas de tabes avancé — affection que M. Klippel assimile à la paralysie générale au point de vue de la formule hématologique —, je n'ai rencontré ni poikylocytes, ni hématoblastes; dans 2 de ces cas il y avait une mononucléose accentuée (50.5 et 50.7 %), dans un de l'éosinophilie (6 %). Chez tous les autres malades, la formule était normale. Le chiffre total des leucocytes n'a jamais dépassé 11,700.

Ces diverses modifications se rencontrent dans de nombreux états physiologiques et pathologiques; elles ne paraissent pas caractéristiques de l'état infectieux. Il n'existe donc pas, en réalité, de formule hématologique pour le tabes, ni probablement non plus pour la paralysie générale.

Dr G. DENY,
Médecin de la Salpêtrière.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juillet 1903.

Ectopie de la rate avec torsion du pédicule.

M. Pozzi. — Chez une femme qui avait souffert antérieurement de fièvre paludéenne et avait présenté de la mégalosplénie, je trouvai au toucher une tumeur assez douloureuse, qui me parut dépendre de l'utérus, sans toutefois que je pusse être très affirmatif au sujet du diagnostic. Une laparotomie que je pratiquai ne me donna pas plus d'éclaircissements, car j'enlevai simplement une tumeur adhérente aux annexes et à l'épiploon, sans en soupçonner la nature. L'examen histologique nous fit penser qu'il s'agissait d'une rate ectopiée, avec torsion du pédicule, mais nous ne pûmes constater la présence de corpuscules de Malpighi, la plus grande partie de l'organe étant détruite par un énorme infarctus. Ultérieurement la malade, qui s'était empoisonnée, vint succomber dans mon service avec une perforation de l'estomac; et l'autopsie, en montrant l'absence de la rate, confirma notre hypothèse.

J'ai relevé dans la littérature médicale 18 autres cas d'ectopie de la rate, sur lesquels il y a eu 4 morts, ce qui donne une mortalité d'environ 20 %.

M. Walther. — J'ai eu tout récemment l'occasion d'enlever une rate adhérente à l'utérus, chez une malade qui avait eu également des accès de fièvre intermittente et chez laquelle on avait constaté autrefois une augmentation de volume de la rate.

M. Lejars. — Les ectopies de la rate peuvent donner lieu à toutes sortes d'erreurs de diagnostic. Dans un cas que j'ai observé avec M. Florand, nous avions, en présence d'une tumeur occupant la partie médiane de l'abdomen, pensé à une tumeur maligne ganglionnaire ou épiploïque; je fus très surpris de trouver une rate ectopiée à pédicule tordu.

Branchiomes malins.

M. Faure. — J'ai observé deux cas de branchiomes malins. Dans le premier, que j'ai opéré en 1898, j'avais cru avoir affaire à un épithélioma du pharynx; la tumeur était tellement adhérente aux gros vaisseaux du cou et à la trachée que je dus renoncer à en pratiquer l'ablation; le malade succomba quelques mois plus tard. Dans ma deuxième observation, l'examen histologique a montré qu'il s'agissait également d'un épithélioma branchial; le malade, opéré il y a cinq ans, n'a pas encore eu de récidive.

Je dois ajouter que j'ai vu trois autres faits, qui se rapportaient probablement aussi à des tumeurs d'origine branchiale, mais pour lesquels l'examen histologique n'a pas été fait.

M. Tuffier. — Chez une femme à laquelle on avait enlevé un néoplasme branchial, apparut au bout de trois mois une volumineuse tumeur de la partie latérale du pharynx, gênant la déglutition. La pharyngotomie me permit de reconnaître qu'il s'agissait d'une masse ganglionnaire qu'il me fut aisé d'extirper.

M. Reclus. — Je crois qu'il faut distinguer parmi les branchiomes ceux qui sont des épithéliomas et ceux qui sont des tumeurs mixtes; aux premiers seulement il convient de donner le nom de branchiomes malins.

Appendicite par présence d'anneaux de tænia dans l'appendice.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. A. Martin (de Rouen), de l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans, ayant souffert à deux reprises de coliques appendiculaires, et qui fut opérée à l'occasion d'une troisième crise. Après ouverture du ventre, l'appendice, libre de toute adhérence, fut trouvé épaissi, et l'on sentit à son intérieur deux petits calculs; au moment où on le réséquait, il s'en échappa deux anneaux de *Tænia saginata* présentant des mouvements actifs qui en attestaient la vitalité; l'appendice contenait, en outre, trois oxyures, ainsi que les deux coprolithes perçus à la palpation. L'intervention fut complétée par l'ablation des annexes gauches, l'ovaire de ce côté étant scléro-kystique, et la guérison eut lieu sans incident. Quelques jours plus tard le ver solitaire fut expulsé sous l'influence d'un tænifuge.

Ce serait la première fois que l'on signalerait la présence, dans l'appendice, de vers intestinaux autres que des nématodes.

M. Le Fort (de Lille) communique un fait de splénectomie pour endothéliome de la rate, et un cas d'anévrysme traumatique de l'artère poplitée, traité avec succès par l'extirpation de la poche.

M. Potherat relate trois observations de kyste hydatique du poumon, dont une avec guérison spontanée consécutive à l'évacuation du kyste par les bronches.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 juillet 1903.

La psychologie des cholémiques; mélancolie et neurasthénie d'origine biliaire.

M. Lereboullet. — Nous avons constaté, M. Gilbert et moi, que si la cholémie exerce souvent une action excitante et plutôt favorable sur le fonctionnement cérébral, dans nombre de cas les cholémiques ont au contraire, malgré leur apparence de santé, une tendance à la tristesse qui les empêche d'être satisfaits du présent, les laisse inquiets pour l'avenir. Cette tendance peut s'exagérer, et, après une période plus ou moins longue d'excitation cérébrale, les malades présentent fréquemment des symptômes de dépression nerveuse.

Tantôt alors domine une tendance à la tristesse et aux idées noires, s'exagérant sous l'influence de causes variables et pouvant créer un véritable dégoût de la vie : les malades en arrivent parfois à souhaiter la mort et parfois même à la provoquer. Tantôt les cholémiques sont surtout hypocondriaques, se croyant malades ou s'exagérant volontiers les maux dont ils souffrent. A cette tendance mélancolique se joignent souvent des modifications de la volonté qui reste incertaine et hésitante, et des troubles du caractère qui devient mou, apathique, sans énergie.

Lorsque cet état de dépression cérébrale s'accentue, il peut devenir prédominant et réaliser une neurasthénie ou mélancolie d'origine biliaire.

Nous avons pu nous convaincre en effet, avec M. Cololian, que fréquemment la mélancolie est d'origine biliaire. Les enquêtes étiologiques que nous avons faites nous ont montré, tant chez le malade que chez ses ascendants, l'existence à la fois d'antécédents biliaires et d'antécédents nerveux. Cette enquête permet souvent d'établir un lien entre la neurasthénie à forme mélanco-

lique et la mélancolie confirmée. L'examen clinique montre, en même temps que les symptômes de la mélancolie, des manifestations nombreuses dues à la cholémie familiale et dont quelques-unes avaient, d'ailleurs, frappé les observateurs : facies souvent pâle, mat ou jaune; pigmentations fréquentes; phénomènes dyspeptiques et constipation, hémorrhoïdes, bradycardie, urobilinurie et cholurie, etc. Vient-on à examiner les organes abdominaux, on constate souvent des modifications objectives du foie et de la rate, et si l'on recherche l'état du sérum, on le trouve d'ordinaire assez riche en pigments biliaires. Dans un cas de mélancolie anxieuse, terminé par la mort dans le coma hypothermique, il existait des lésions histologiques très prononcées des voies biliaires et du parenchyme hépatique.

La mélancolie doit donc être combattue par un traitement causal dirigé contre l'affection biliaire et secondairement contre l'état mental.

Nous avons également pu mettre en relief l'origine biliaire d'un grand nombre de cas de neurasthénie, lesquels affectent une allure un peu spéciale du fait de la tendance à la tristesse, souvent marquée ,qui en fait une neurasthénie à forme mélancolique. Les patients ont également des troubles dyspeptiques, sont sujets à la constipation, à l'entérite membraneuse, aux douleurs articulaires, aux hémorrhagies, etc. Ils ont souvent le teint cholémique, avec ou sans pigmentations surajoutées, présentent parfois des troubles objectifs du côté du foie et de la rate ; ils ont en général de l'urobilinurie ; enfin, l'examen du sang montre chez eux une cholémie plus ou moins marquée.

Il est par suite vraisemblable que, jointe à la prédisposition nerveuse des sujets, cette cholémie joue un rôle capital dans la production de la neurasthénie. Le traitement justifie d'ailleurs cette hypothèse, et c'est en agissant d'abord sur la maladie des voies biliaires, puis sur l'état névropathique, et non sur celui-ci seulement, que l'on peut, dans bien des cas, obtenir, sinon la guérison de la maladie causale, du moins la disparition, temporaire ou définitive, des symptômes neurasthéniques.

Rétention des chlorures et pathogénie de l'œdème.

M. Achard. — Il est fréquent, à l'état pathologique, d'observer la rétention des chlorures dans l'organisme. Cette rétention a lieu dans les tissus et elle se produit par le jeu des actes physiologiques qui tendent à maintenir fixe la composition des humeurs. Ce sont là deux points que je me suis attaché à démontrer avec M. Lœper. En outre, j'ai invoqué cette rétention comme un des facteurs de l'œdème brightique, l'eau étant attirée dans les tissus pour diluer les substances retenues.

On avait essayé d'expliquer l'œdème brightique par des différences de pression osmotique entre le sang et la lymphe des tissus. Mais la pression osmotique est très variable dans le sang des brightiques, qu'il y ait ou non un œdème. Dans la sérosité œdémateuse elle l'est également, et quant au rapport de l'un à l'autre, il varie de sens suivant les cas. Ce rapport dépend de trop de facteurs échappant à notre appréciation (qualités des humeurs et des membranes osmotiques), pour que la cryoscopie puisse expliquer l'œdème.

Il n'en est pas de même des notions de rétention et de régulation. Il est facile de comprendre que, si la rétention vient à augmenter, un supplément d'eau pénètre dans les tissus pour maintenir les substances en excès au taux de dilution exigé par les conditions physico-chimiques inhérentes aux humeurs et aux membranes. L'œdème augmente donc, sans que le point cryoscopique varie nécessairement. Pour apprécier le degré de la rétention, la cryoscopie est donc un moyen médiocre. Ce qu'il faut faire, c'est l'épreuve de l'ingestion de chlorure, que j'ai pratiquée avec M. Lœper, et par laquelle on met en balance ce qui entre et ce qui sort en fait de chlorure. Or, dans les néphrites, nous avons montré que la rétention est fréquente dans les cas aigus et dans les poussées aiguës des formes chroniques (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 165).

Récemment Strauss et surtout M. Widal ont confirmé la théorie que j'ai proposée en 1901 pour l'œdème brightique et qui s'applique aussi, d'ailleurs, à d'autres œdèmes (affections cardiaques et hépatiques). Seulement la rétention n'est qu'un des facteurs de l'œdème : les troubles circulatoires, les modifications matérielles des membranes osmotiques, les vices de nutrition des cellules interviennent pour localiser l'hydropisie et forcer la résistance naturelle des tissus à la distension. La rétention a surtout pour effet de rappeler un œdème disparu, d'augmenter une hydropisie existante, et sans doute aussi de hâter la venue d'un œdème prêt à se former.

Au point de vue de la rétention du chlorure dans l'organisme, il faut, à mon avis, tenir compte à la fois du rôle des reins, de celui des tissus et de celui de la circulation défectueuse, ces trois causes de rétention s'associant en proportion variable suivant les cas.

Bien que nous connaissions surtout les méfaits de la rétention, on peut, dans une certaine mesure, la considérer comme une réaction de défense. En effet, les chlorures diminuent la toxicité des poisons, d'après les expériences de MM. Lesné et Ch. Richet fils (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 97). De plus, la rétention dans les tissus a peut-être pour effet de protéger le sang et d'immobiliser pour un temps, en dehors de la circulation, des substances nuisibles. Mais, comme la leucocytose, la fièvre et d'autres réactions défensives, l'arme protectrice peut se retourner contre l'organisme.

Un intérêt pratique s'attache à la question de la rétention. Chez les malades qui présentent ce phénomène pathologique, les injections salines, ainsi que je l'ai montré avec M. Laubry, ne font guère qu'exagérer cette rétention et exposent, par suite, à certains inconvénients (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 150). Une autre application pratique fort importante de notre théorie est le traitement de l'œdème brightique par la restriction des chlorures alimentaires, institué par Strauss et surtout par M. Widal. Il importe donc que le praticien recherche la rétention des chlorures, qui est l'indication essentielle de cette nouvelle thérapeutique. Pour cela, il lui suffit de doser ces éléments dans l'urine, ce qu'il peut faire aussi simplement qu'un dosage d'albumine avec le tube d'Esbach, en employant le procédé que j'ai indiqué avec M. Thomas (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 214).

M. Widal. — Depuis tantôt dix ans, les divers auteurs qui se sont occupés de la pathogénie de l'œdème ont émis l'hypothèse que ce symptôme résultait d'un trouble dans l'équilibre osmotique des humeurs, et d'aucuns ont admis que c'était en raison de l'augmentation de concentration du plasma lymphatique, chez certains sujets, que l'eau de l'œdème était attirée dans les tissus. Puis sont venues les observations de MM. Hallion et Carrion, de M. Reichel et de M. Chauffard. M. Achard, sans spécifier particulièrement le rôle du chlorure de sodium, a soutenu nettement l'hypothèse que, dans la pathogénie de l'œdème brightique, il fallait faire une place à l'accumulation dans les tissus des substances en excès dans le sang.

Dès 1900, avec M. Lesné, j'ai constaté que chez un sujet atteint de néphrite parenchymateuse le point de congélation du sérum sanguin était abaissé dans une proportion énorme, et inconnue au cours des néphrites interstitielles, ce qui témoignait d'une rétention considérable. Dans le même travail, nous signalions que, ayant réalisé chez le lapin une néphrite interstitielle après injection d'acide chromique, nous avions noté un abaissement très sensible du point cryoscopique du sérum; nous avions observé de plus une diminution des chlorures dans les urines : c'était donc bien le chlorure de sodium qui était retenu. Les faits de rétention constatés plus tard par MM. Achard et Lœper, au cours des néphrites aiguës, sont donc confirmatifs de nos observations.

C'est en raison des résultats obtenus avec M. Lesné que, pour étudier, avec MM. Lemierre et Javal, l'action du chlorure de sodium retenu, nous nous sommes adressés spécialement à des sujets atteints de néphrite parenchymateuse. Il va sans dire que, chez les brightiques, la cause de la rétention est avant tout aux reins; les autres facteurs ne sont qu'hypothétiques et en tout cas accessoires.

J'ai apporté, dès 1902, avec M. Lemierre, la première démonstration indiscutable du rôle du chlorure de sodium ingéré dans la production des œdèmes brightiques; et nous avons montré les premiers qu'en établissant le bilan des chlorures ingérés et éliminés on pouvait prévoir presque à coup sûr les cas où apparaîtraient les œdèmes. Nous sommes ainsi sortis de l'hypothèse pour entrer dans le domaine des faits qui seuls pouvaient permettre d'édifier une théorie de l'œdème brightique. De ces faits, l'application pratique découlait tout naturellement et, avec M. Javal, nous avons pour la première fois prouvé avec une rigueur expérimentale les dangers du chlorure de sodium pour certains brightiques et les effets salutaires de ce que nous avons appelé la cure de déchloruration, dont nous avons fixé les règles. Les publications suscitées par ces travaux montrent déjà l'importance qu'a prise depuis lors la question.

Pleurésie purulente interlobaire à streptocoques avec ostéomyélite.

M. Froin présente, au nom de M. Widal et au sien, un homme de trente-huit ans, ancien syphilitique, opéré deux fois pour une ostéomyélite du maxillaire inférieur, qui a été pris, dix jours après la seconde intervention, de fièvre, de frissons et d'hémoptysie. L'auscultation de la poitrine révéla l'existence de foyers de congestion pulmonaire localisés surtout dans le poumon gauche. Au bout de quelques jours les signes de congestion pulmonaire disparurent, mais on constata la persistance, à la partie moyenne du poumon droit, d'une zone de matité avec abolition des vibrations thoraciques et souffle expiratoire. Une ponction exploratrice pratiquée au niveau de la zone de matité donna issue à du pus contenant des streptocoques à l'état de pureté. Une vomique avec des phénomènes d'hecticité étant survenue, une intervention chirurgicale fut décidée. Après résection de deux côtes, on pénétra dans une vaste cavité remplie de pus à streptocoques; il s'agissait d'une pleurésie interlobaire enkystée qui guérit après évacuation du pus et lavage de la poche.

Au cours de sa convalescence, le patient présenta une tuméfaction de l'avant-bras droit qui suppura. Le pus retiré de ce petit abcès — dû à une ostéomyélite du radius — contenait également des streptocoques. La virulence de tous ces microbes était très atténuée : inoculés à la souris, ils ne déterminèrent la mort qu'au bout de soixante-dix heures.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 25 juillet 1903.

Influence de la température et de l'aération sur l'évolution des œufs et des larves de l'ankylostome duodénal.

M. Kuborn. — Je dois vous présenter un rapport sur les recherches de M. J. Lambinet (de Liège), concernant les conditions d'évolution du germe de l'ankylostomiase sous l'influence de la ventilation, de la température et de l'humidité.

Pour M. Lambinet, deux facteurs favoriseraient particulièrement la transformation des œufs en larves infectantes : l'oxygène de l'air d'une part, et la température d'autre part.

La segmentation des œufs n'a lieu que dans les couches superficielles des déjections, quand celles-ci sont étalées en couche mince; dans la profondeur il n'y a aucun développement, à cause de l'absence d'air. La nécessité de la présence de l'oxygène de l'air résulte aussi de ce fait que les œufs ne produisent pas de larves dans le canal intestinal où l'oxygène est très peu abondant : les prétendues larves d'ankylostome que certains observateurs affirment avoir trouvées en analysant des déjections récentes ne sont que des larves d'anguillules stercorales. Une série d'expériences a démontré en outre à M. Lambinet que les œufs d'ankylostome n'évoluent pas en larves dans les ma-

tières fécales récentes, lorsqu'on soustrait celles-ci à l'influence de l'air en les recouvrant de chaux ou même d'un corps inerte comme le charbon en couche épaisse.

S'il faut attribuer à l'aération une influence manifeste sur le rendement des cultures, le rôle de la température n'est pas moins important à considérer.

La température le plus favorable à l'évolution des œufs est comprise entre 20° et 30°; l'*optimum* paraît se trouver aux environs de 25°. A des températures supérieures à 30° ou inférieures à 20°, l'évolution des œufs est encore possible; elle se fait plus rapidement au-dessus de 30° et plus lentement au fur et à mesure que la température s'abaisse au-dessous de 20°.

A la température de 17° ou 18°, l'état d'enkystement peut être atteint encore, mais les larves qui arrivent à ce stade ultime de leur évolution sont en nombre moins considérable qu'à la température de 20°.

Quant aux œufs, ils sont tués quand on les expose à une température de 5°, de même qu'à de grands écarts de température.

Enfin, la consistance du milieu de culture intervient aussi pour une grande part : le milieu doit constituer une pâte molle, ni trop solide ni trop liquide.

Il résulte de ces recherches que les galeries de mine doivent constituer d'excellents milieux pour le développement de l'ankylostome. En établissant le grand rôle de l'oxygène dans l'évolution de l'œuf, elles expliquent la constatation faite récemment, en Allemagne, de la présence de larves sur les « boisages » imprégnés d'humidité de certaines galeries : les poteaux de mines ayant traîné sur le sol, et souillés par une fine couche de déjections, deviennent en ces endroits le point de départ d'une culture de larves, mieux que le sol lui-même où la masse fécale est difficilement aérée.

En outre, le travail de M. Lambinet montre qu'on ne doit plus considérer un charbonnage dont les galeries humides présentent une température moyenne de 17° à 18° comme devant être indemne : il offre seulement moins de chances à la complète évolution des larves qu'un charbonnage plus chaud.

Le traitement chirurgical de la névralgie trifaciale.

M. Van Gehuchten. — On a supposé que la névralgie trifaciale provenait d'une lésion d'une des trois branches du trijumeau, et, pour guérir cette affection, on a pratiqué des sections et des résections de ces branches; mais les névralgies récidivaient après les opérations de ce genre.

On a localisé alors la cause de ces névralgies dans le ganglion de Gasser, et l'extirpation de ce ganglion a donné à M. Krause, à M. Rose, à M. Doyen des résultats complets et durables. Toutefois cette opération est très difficile, offre une certaine gravité et expose à des accidents post-opératoires, tels que paralysies musculaires de l'œil, troubles cérébraux, paralysie des muscles de la mastication.

Le but à atteindre est l'interruption permanente de toute connexion avec le centre cérébrospinal; or il n'est pas nécessaire pour cela d'arracher le ganglion : la section en deçà du ganglion, sur le tronc du trijumeau, suffit. En effet, cette section est suivie de la dégénérescence complète de toutes les fibres de la racine bulbospinale.

Ainsi réduite, l'opération de Krause est déjà moins dangereuse. Mais je crois qu'on peut arriver au même résultat, plus simplement encore, par l'*arrachement brusque* des nerfs périphériques, qui a été exécuté par M. Blum en 1882, et que M. Doyen a pratiqué 7 fois avec succès depuis 1893; toutefois ce chirurgien semble, avoir abandonné cette méthode pour l'extirpation du ganglion de Gasser.

Or, un grand nombre d'expériences sur les animaux (lapins et chiens) m'ont prouvé que cet arrachement brusque — et non la section qui, elle, n'amène presque pas de dégénérescence — entraîne en quarante ou quarante-cinq jours la dégénérescence complète, la disparition même, des fibres dans la racine bulbo-spinale. Des résultats identiques, sur les nerfs périphériques moteurs, sont obtenus en vingt-cinq à trente-cinq jours après l'opération. Toutes les cellules du noyau ont disparu et les fibres du bout central sont envahies par la dégénérescence.

Cela étant, je propose aux chirurgiens de tenter avant l'opération de Krause — grave même quand elle se réduit à une simple section — l'arrachement brusque des nerfs périphériques sensitifs ou moteurs pour guérir la névralgie trifaciale rebelle.

Contribution à l'étude de l'œdème aigu paroxystique héréditaire.

M. Rommelaere présente un rapport sur un travail de M. Vervaeck (de Bruxelles), concernant plusieurs observations d'œdème paroxystique. L'auteur insiste sur les caractères essentiels de cet œdème, qui sont sa nature héréditaire (les 4 faits relatés par M. Vervaeck concernent les membres d'une même famille, à savoir la grand'mère, le père et deux enfants), son caractère de périodicité, son caractère d'extrême gravité même au début, enfin son origine toxique.

L'auteur pense en effet que l'œdème paroxystique résulte d'une intoxication d'origine digestive et il rattache à un processus analogue nombre de manifestations pathologiques peu connues, dont l'évolution est identique : les vomissements périodiques de von Leyden, l'hémoglobinurie paroxystique, la tachycardie paroxystique, certaines formes de migraine et de catarrhe gastro-intestinal revenant périodiquement.

Dr Keiffer.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Injections sous-conjonctivales d'une solution sucro-salée dans le traitement des affections aiguës de la portion antérieure du globe de l'œil.

Un confrère américain, M. le docteur H. M. Morton (de Minneapolis) a eu l'occasion de se convaincre que, dans les cas de phlegmasie bilatérale des yeux, l'injection sous-conjonctivale d'une quantité assez considérable (2 à 6 grammes) d'eau stérilisée amène la disparition des phénomènes inflammatoires beaucoup plus rapidement et avec moins de douleur que ne le fait l'injection de bichlorure ou de cyanure de mercure, pratiquée concurremment sur l'autre œil. Cette constatation clinique se trouve, d'ailleurs, confirmée par les recherches expérimentales de M. le docteur Vogel, qui estime, lui aussi, que les propriétés chimiques du liquide utilisé n'ont que peu ou point d'importance, puisque la proportion de mercure contenue dans l'humeur aqueuse après une injection sous-conjonctivale d'une solution de sel hydrargyrique à 1 % ne dépasse guère 1 pour 100,000.

Partant de ces faits, M. Morton s'est demandé si l'introduction sous la conjonctive de grandes quantités d'un liquide rapidement diffusible ne se montrerait pas plus efficace que les injections de solutions mercurielles, voire même que celles d'eau stérilisée.

Les essais que notre confrère a institués à cet égard, en utilisant une solution de sucre à 3 %, associée à la solution physiologique de chlorure de sodium, sont venus pleinement justifier l'hypothèse en question. Aussi emploie-t-il, depuis trois ans, ces injections d'une façon courante contre les ulcérations pneumococciques de la cornée, contre l'iritis plastique de nature rhumatismale (surtout lorsque le processus inflammatoire s'étend à toute la portion antérieure du tractus uvéal), ainsi que dans les cas d'ulcère cornéen infecté d'origine traumatique.

Les injections sont précédées d'une instillation dans le cul-de-sac conjonctival d'une solution de cocaïne à 4 % et répétées tous les trois jours, quelquefois même tous les deux jours. Il importe de s'abstenir de toute nouvelle injection tant qu'il subsiste encore de la tuméfaction autour du limbe cornéen, cette tuméfaction témoignant que le liquide injecté précédemment n'est pas tout à fait résorbé. On injecte chaque fois de 2 à 4 grammes, voire même 6 grammes, de solution sucro-salée, en enfonçant l'aiguille en plusieurs points, de manière à remplir entièrement l'espace sous-conjonctival, qui entoure la périphérie de la cornée. Chez les sujets affaiblis, les injections dont il s'agit provoqueraient une sensation de tension oculaire, que l'on arriverait facilement à faire disparaître au moyen de fomentations chaudes, maintenues pendant cinq minutes et renouvelées à une demi-heure d'intervalle. M. Morton n'a, d'ailleurs, jamais eu à enregistrer le moindre accident à la suite de ces injections.

Nous croyons devoir rappeler qu'un médecin de la marine russe, M. le docteur A. J. Matoussovsky, a trouvé avantageux de remplacer les solutions mercurielles en injection sous-conjonctivale par de l'eau salée à 3 % (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 56).

Les inconvénients de l'emploi des cachets de magnésie chez les hypochlorhydriques.

On sait qu'à la suite de l'emploi plus ou moins prolongé de substances minérales, telles que la craie, la magnésie, le fer, etc., il peut se former dans le gros intestin, à la faveur d'une constipation opiniâtre, de véritables calculs. Toutefois, la pathogénie de cette lithiase intestinale médicamenteuse est encore loin d'être complètement élucidée, car s'il est vrai que, dans la plupart des cas, la formation du calcul est due à un usage immodéré du médicament, il est cependant des faits où des poudres insolubles, prises à faible dose, se pétrifient en quelque sorte d'emblée, avant qu'il y ait la moindre accumulation dans l'intestin. C'est ainsi que M. le docteur L. Solon a récemment relaté dans sa thèse inaugurale une observation recueillie par M. Nau, interne des hôpitaux de Paris, et concernant une femme de vingt-huit ans, dyspeptique hypochlorhydrique, qui, après avoir absorbé, pendant trois jours, des cachets contenant 0 gr. 50 centigr. de magnésie calcinée et autant de bicarbonate de soude, répétés quatre fois dans les vingt-quatre heures, trouva dans ses selles une série de pierres blanches dont plusieurs avaient la forme de pastilles.

Il semble donc que si la paresse intestinale peut suffire pour expliquer la formation de concrétions volumineuses, on doive, lorsqu'il s'agit de petites pierres chez des sujets n'ayant absorbé que de faibles doses de poudre médicamenteuse, incriminer, non plus l'intestin, mais l'estomac. En pareille occurrence, il faut, en effet, admettre que la poudre s'est transformée dans l'estomac en un bloc assez résistant pour ne pas être déformé par le pylore. On sait que la solubilité de la magnésie calcinée est très faible et que cette substance se dissout dans l'estomac seulement au fur et à mesure de la production d'acide; elle reste, au contraire, complètement insoluble en milieu alcalin. Cela étant, on comprend que dans un cas de dyspepsie hypochlorhydrique, comme chez la malade de M. Nau, l'imbibition du cachet par le suc gastrique ne fasse qu'agglomérer son contenu, sans l'attaquer chimiquement.

Aussi M. Solon estime-t-il qu'on ne doit prescrire la magnésie calcinée, aux hypochlorhydriques, qu'à doses modérées, en s'abstenant, d'ailleurs, de la leur faire absorber en cachets.

Quelques indications des collyres à l'iodure de potassium.

On se rappelle que M. le docteur Badal, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, a proposé de traiter les cataractes commençantes par des solutions d'iodure de potassium ou de sodium, en collyres ou en bains oculaires (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 248); mais d'après M. le docteur Etiévant (de Lyon), l'efficacité des instillations de solutions iodurées ne porterait que sur les cataractes séniles proprement dites (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 56). Cette dernière opinion ne serait peut-être pas absolument fondée, car M. le docteur A. Leprince (de Bourges) a eu l'occasion d'employer avec succès le moyen en question chez un enfant de vingt-deux mois atteint d'une cataracte non congénitale, due vraisemblablement à un traumatisme passé inaperçu.

D'autre part, le même confrère a été à même de se convaincre que les instillations de solutions d'iodure de potassium, dont le titre varie de 1 à 2.5 %, produisent de bons effets dans les affections oculaires (épisclérite, sclérite, iridocyclite) d'origine arthritique ou rhumatismale.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

La sténose du pylore chez les nourrissons.

I

Si la plupart des traités de pédiatrie ne mentionnent guère la sténose pylorique ou y consacrent à peine quelques lignes, il s'en faut cependant que cette affection constitue une simple curiosité pathologique. Elle paraît être, au contraire, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement, puisque, dans une revue d'ensemble publiée il y a quatre ans environ, M. Neurath (1) a pu en réunir 41 cas, dont 35 avec autopsie et 6 où le diagnostic n'a été établi que cliniquement. Mais, malgré le nombre relativement élevé des observations qu'on trouve dans la littérature médicale, notamment dans les publications allemandes et anglaises, il est peu d'affections dont l'histoire soit encore aussi obscure à l'heure actuelle que celle de la sténose pylorique infantile.

La notion de *sténose congénitale du pylore* paraissait avoir définitivement conquis le droit de cité dans la pathologie, lorsque les travaux de M. Pfaundler (2) — sur lesquels nous aurons à revenir au cours de cet article — vinrent la faire tomber en discrédit. Deux ans plus tard, MM. Weill et Péhu, discutant le diagnostic différentiel entre le pylorospasme essentiel et l'hypertrophie congénitale du pylore, pouvaient dire au sujet de celle-ci : « Cette maladie est d'ailleurs le plus souvent fatale. Cependant, son existence même a été révoquée en doute par Pfaundler, et il y a lieu, en attendant que les vues nouvelles du médecin allemand soient confirmées, de n'admettre qu'avec une certaine réserve cette variété particulière de sténose pylorique » (3). Nous retrouvons la même opinion dans la thèse de M. Pariset (4).

Or, la sténose congénitale du pylore a récemment fait l'objet d'un certain nombre de travaux qui, loin de confirmer les vues de M. Pfaundler, tendent au contraire à réhabiliter cette entité morbide « dédaignée des auteurs français » (Pariset) et qui mérite, cependant, d'autant plus d'être connue que les publications auxquelles nous venons de faire allusion ont eu pour conséquence d'en modifier le pronostic, en montrant qu'une intervention chirurgicale, entreprise à temps, est susceptible de sauver le petit malade. C'est assez dire que, même l'intérêt d'actualité mis à part, il y a utilité, pour le praticien, à être fixé sur les principales notions relatives à la sténose pylorique des nourrissons.

Sans vouloir faire ici l'historique détaillé de ce chapitre, encore inachevé, de pathologie infantile, ni passer en revue tous les travaux qui s'y rapportent, nous nous proposons de réunir les faits épars qui jettent un jour nouveau sur la question et d'en tirer les enseignements pratiques qu'ils comportent.

II

Il est curieux de voir que le point le plus controversé de l'histoire de la sténose congénitale du pylore concerne la nature du substratum anatomique de cette sténose, alors que ce sont précisément les constatations anatomiques qui ont été le point de départ de la conception pathologique dont il s'agit. Comme le fait remarquer M. Gillot, dans les conclusions de sa thèse, « la sténose congénitale du pylore... n'était connue, il y a peu de temps encore, que par les autopsies » (1). C'est en se basant sur des examens nécroscopiques que Landerer (2) avait, dès 1879, entrevu la possibilité de l'origine congénitale de la sténose pylorique; plus tard, Rudolf Maier (3) invoqua, en faveur de cette opinion, les mêmes raisons anatomiques, à savoir l'absence de toute ulcération, de toute trace de tissu cicatriciel ou d'adhérences.

Mais ce qui diminuait considérablement la valeur de cette argumentation, c'est que les constatations anatomo-pathologiques sur lesquelles s'appuyaient Landerer et Maier avaient trait, pour la plupart, à des sujets adultes; un seul fait se rapportait à une fillette *de douze ans* (Maier). Il manquait, pour corroborer les idées de ces auteurs, des observations anatomo-cliniques sur des enfants en bas âge. Cette lacune fut comblée en 1887 par M. Hirschsprung (4) qui communiqua à la Société de pédiatrie de Wiesbaden deux cas de sténose du pylore chez des nourrissons. Sur les pièces anatomiques présentées à l'appui de ces deux observations, on voyait un épaississement de la paroi stomacale, limité à la région pylorique et constitué surtout par l'hypertrophie des fibres circulaires de la couche musculaire.

MM. Peden (5), Henschel (6), Pitt (7), Gran (8) et d'autres auteurs publièrent ensuite de nouveaux faits qui servirent à fournir l'ébauche du tableau clinique de la sténose congénitale du pylore. Mais c'est surtout dans le travail de M. Finkelstein (9), paru en même temps que celui de M. Gran, que l'on voit cette symptomatologie se préciser. Comme le déclare M. Pfaundler, « un état clinique proprement caractéristique pour la sténose congénitale du pylore chez le nourrisson fut relevé exactement, pour la première fois, par Finkelstein et manquait dans la plupart des cas observés antérieurement. Personne n'ira baser le diagnostic d'une sténose congénitale du pylore sur des signes tels que des vomissements prolongés et plus ou moins rebelles, la constipation, l'amaigrissement, surtout lorsque ces phénomènes se montrent chez un enfant âgé déjà de plusieurs semaines » (10). A ces notions vagues, M. Finkelstein substitua un ensemble symptomatologique nettement caractérisé par des vomissements survenant *même après ingestion d'une petite quantité d'aliments*, par des mouvements péristaltiques visibles de l'estomac, par la perception d'une tumeur résistante au niveau de la région pylorique et, enfin, par une dilatation secondaire de l'estomac, celle-ci étant, toutefois, assez inconstante.

Les vomissements commencent à se produire tantôt peu après la naissance, tantôt au bout d'un laps de temps plus ou moins long, pendant lequel l'enfant ne présente rien d'anormal. Le plus souvent, le lait ingéré par le nourrisson est aussitôt rendu. Un autre signe encore plus caractéristique, c'est l'*absence constante de bile dans les matières vomies*. En même temps on constate que la diurèse et les selles deviennent moins abondantes, et bientôt on note une constipation opiniâtre. Les intestins étant tassés, l'abdomen n'est pas distendu et fait contraste avec la région épigastrique, qui bombe à cause de la dilatation de l'estomac. Lorsque à ces différentes manifestations s'ajoutent la présence d'une tumeur dans la région pylorique et le péristaltisme visible de l'estomac, le diagnostic s'impose, et, parmi les observations publiées, nous en trouvons, en effet, quelques-unes où le diagnostic, établi pendant la vie, fut confirmé par l'autopsie.

III

Jusque dans ces dernières années, le pronostic de l'affection dont il s'agit avait été considéré comme fatal. M. Finkelstein, tout en reconnaissant que, sous l'influence d'une alimentation rationnelle, on peut, dans les cas favorables, maintenir pendant quelque temps une sorte de compensation des troubles gastriques, déclare cependant que les suites graves de la sténose pylorique ne sont évitables que d'une manière exceptionnelle. Cela étant, M. Schwyzer (1) jugea opportun de proposer le traitement opératoire, en préconisant particulièrement l'opération de Loreta (laparotomie, incision de l'estomac et divulsion digitale du pylore) ou la gastro-entérostomie (2). Cette idée fut réalisée pour la première fois sur un nourrisson âgé de quarante-quatre jours, observé par M. Meltzer (3) : on fit une gastro-entérostomie, mais l'enfant succomba au bout de trente heures. Un autre essai, également infructueux, fut pratiqué par M. Stern (4) sur un nourrisson de six semaines, qui mourut dans la nuit après l'opération (gastro-entérostomie). Ce fut précisément cette intervention malheureuse de M. Stern qui engagea M. Pfaundler non seulement à s'élever contre toute tentative opératoire en pareille occurrence, mais encore à soumettre à une critique assez vive la conception même de la sténose congénitale du pylore considérée en tant qu'entité morbide.

Toutefois, avant d'aborder l'exposé des vues de M. Pfaundler, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que l'existence de la sténose par obstacle matériel avait également été contestée par M. Thomson (5). Tout en reconnaissant l'hypertrophie de la musculature du pylore, cet auteur estime cependant que cette hypertrophie ne se produit que d'une manière secondaire, par suite d'un surcroît de l'activité fonctionnelle, mise en jeu dès la vie intra-utérine par la déglutition de liquide amniotique. Quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse, ce qu'il importe, pour le moment, de retenir, c'est que, suivant M. Thomson, les cas désignés sous le nom de sténose congénitale du pylore sont dus, non pas à un obstacle anatomique, mais à une

(1) Neurath. Die angeborene (hypertrophische) Pylorusstenose; zusammenfassendes Referat der bisher erschienenen Arbeiten. (*Centr.-Bl. für die Grenzgebiete der Med. u. Chir.*, 15 sept. et 1er oct. 1899.)

(2) M. Pfaundler. Ueber Magencapacität und Gastrectasie im Kindesalter. (*Bibliotheca medica*, Abteilung D1, Heft 5; Stuttgart, 1898.) — Zur Frage der sogenannten congenitalen Pylorusstenose und ihrer Behandlung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 nov. 1898.)

(3) E. Weill et M. Péhu. Un syndrome gastrique particulier chez le nourrisson. (*Lyon méd.*, 9 déc. 1900 et *Semaine Médicale*, 1901, p. 31.)

(4) A. Pariset. Du pylorospasme essentiel de l'enfance de MM. Weill et Péhu. (*Thèse de Lyon*, 1901, p. 30.)

(1) E. Gillot. De la sténose congénitale du pylore chez les nourrissons. (*Thèse de Paris*, 1900, p. 71.)

(2) H. Landerer. Ueber angeborene Stenose des Pylorus. (*Thèse de Tubingue*, 1879.)

(3) R. Maier. Beiträge zur angeborenen Pylorusstenose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1885, CII, 3.)

(4) Hirschsprung. Fälle von angeborener Pylorusstenose, beobachtet bei Säuglingen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1888, XXVIII, p. 61.)

(5) Peden. A case of congenital stenosis of the pylorus in an infant. (*Glasgow Med. Journ.*, 1889, p. 416.) — Cité par F. Schwyzer (*New York Med. Journ.*, 21 nov. 1896).

(6) H. Henschel. Ueber Magenerweiterung im Säuglingsalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, 1891, XIII, 1-2.)

(7) G. N. Pitt. Hypertrophy of the pylorus in an infant seven weeks old. (*Pathol. Soc. of London*, séance du 20 octobre 1891; *in Brit. Med. Journ.*, 24 oct. 1891, p. 896.)

(8) Ch. Gran. Bemerkungen über die Magenfunctionen und die anatomischen Veränderungen bei angeborener Pylorusstenose. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896, XLIII, p. 118.)

(9) H. Finkelstein. Ueber angeborene Pylorusstenose im Säuglingsalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896, XLIII, p. 105.)

(10) M. Pfaundler. Zur Frage der sogenannten congenitalen Pylorusstenose und ihrer Behandlung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 nov. 1898, p. 1027.)

(1) F. Schwyzer. A case of congenital hypertrophy and stenosis of the pylorus. (*New York Med. Journ.*, 21 nov. 1896.)

(2) C'est à tort que quelques auteurs allemands, et notamment M. Freund (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1903, XI, 2, p. 310), attribuent l'idée première de l'intervention chirurgicale à M. Stern, dont le travail a été publié *deux ans* après le premier mémoire de M. Schwyzer.

(3) S. J. Meltzer. On congenital hypertrophic stenosis of the pylorus in infants. (*Med. Record*, 20 août 1898.)

(4) C. Stern. Ueber Pylorusstenose beim Säugling nebst Bemerkungen über deren chirurgische Behandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 sept. 1898.)

(5) Thomson. On congenital gastric spasm. (*Scottish Med. and Surg. Journ.*, juin 1897.) — Cité par S. J. Meltzer (*loc. cit.*).

occlusion par simple spasme fonctionnel. Quelques observations où l'on vit les symptômes d'occlusion pylorique disparaître spontanément ou sous l'influence d'un traitement purement médical, semblaient militer en faveur de cette interprétation.

Mais, à côté de ces phénomènes cliniques, M. Pfaundler invoqua des faits d'ordre anatomique, et cette partie de son argumentation, ayant eu un assez grand retentissement, mérite d'être examinée de plus près.

IV

Au cours de recherches qu'il avait instituées, à la clinique de M. le professeur Escherich, sur la capacité de l'estomac chez les nourrissons, M. Pfaundler avait constaté que le viscère en question peut se présenter, à l'autopsie, sous l'un des deux aspects suivants : tantôt on a affaire à un estomac de forme normale, que l'auteur désigne, par analogie avec l'état du cœur, sous le nom d'*estomac diastolique;* tantôt l'estomac est relativement petit et offre un épaississement de ses parois, qui sont résistantes et dures : on est en présence d'un *estomac systolique.* Entre ces deux types extrêmes, il existe toute une série de formes intermédiaires, où la rigidité de toute la paroi stomacale est relativement peu prononcée (estomacs *faiblement systoliques*) ou bien la région pylorique est seule contractée, le reste de la paroi gastrique étant relâché (estomacs *hémi-systoliques*).

A l'examen microscopique, on reconnaît que l'estomac diastolique a une structure normale, tandis que les fibres musculaires d'un estomac systolique paraissent hypertrophiées. On pourrait, par conséquent, être porté à voir dans l'estomac systolique un type pathologique. Or, M. Pfaundler a été à même de se convaincre qu'il suffit d'injecter de l'eau, sous faible pression, dans un estomac systolique pour que celui-ci prenne immédiatement la forme de l'estomac relâché et pour que l'orifice pylorique, auparavant rétréci, récupère ses dimensions normales. Le tableau microscopique se trouverait, lui-même, modifié sous l'influence de cette simple expérience, les fibres musculaires hypertrophiées revêtant l'aspect des fibres normales.

Poussant plus loin ses recherches, M. Pfaundler s'est efforcé de préciser les conditions qui déterminent la production de l'état contracté de l'estomac. Il a pu établir que cet état ne dépend ni de la rigidité cadavérique (les caractères de l'estomac systolique persistant pendant plus de quarante-huit heures après la mort), ni de l'époque à laquelle est faite l'autopsie, ni de la nature de la maladie à laquelle l'enfant a succombé. Le seul facteur qui intervient, c'est l'état de réplétion de l'estomac au moment du décès : la mort est-elle survenue longtemps après le dernier repas, lorsque l'estomac était à l'état de vacuité, on trouve à l'autopsie un estomac diastolique; par contre, en cas de mort peu après un repas, on a affaire à un estomac systolique. En somme, celui-ci n'est autre chose qu'un estomac fixé dans une des phases de son fonctionnement normal au moment de la mort.

Or, M. Pfaundler estime que les prétendues lésions qu'on a trouvées à l'autopsie des enfants ayant succombé à la sténose congénitale du pylore n'étaient dues, en réalité, qu'à l'état contracté de l'*estomac systolique*.

D'autre part, le même auteur fait remarquer que les phénomènes cliniques auxquels donne lieu la sténose dite congénitale du pylore débutent assez souvent, non pas immédiatement après la naissance, mais au bout de plusieurs semaines, voire même de quelques mois.

En se basant sur toutes ces considérations, ainsi que sur l'issue favorable des cas qu'il a observés, M. Pfaundler arrive aux conclusions suivantes, qui méritent d'être citées textuellement :

« 1° Sur les cadavres des nourrissons, on peut rencontrer, dans des cas d'intégrité absolue de l'estomac, un pylore contracturé, ayant l'aspect et la disposition d'une tumeur circulaire par hyperplasie des parois et amenant la disparition de la lumière du tube digestif;

» 2° Les lésions anatomiques et histologiques décrites par Hirschsprung, Henschel, Gran, Stern et par d'autres auteurs dans les cas de prétendue sténose du pylore répondent tout à fait aux estomacs systoliques;

» 3° D'après les observations de plusieurs cliniciens, ainsi que d'après nos recherches personnelles, il existe, en effet, chez les nourrissons en bas âge un syndrome qui semble relever d'une sténose persistante du pylore. Toutefois, on ne connaît pas de substratum anatomo-pathologique pour cette forme morbide, et il paraît infiniment probable qu'il s'agit ici d'une affection purement fonctionnelle, d'un spasme des muscles du pylore » (1).

Cela étant, M. Pfaundler rejette naturellement toute intervention opératoire : « Je veux bien croire, déclare-t-il, que M. Stern a été le premier à recourir au bistouri en pareille occurrence, mais il serait à souhaiter qu'il fût aussi le dernier », car il faut, d'après M. Pfaundler, être fortement optimiste pour admettre l'effet curatif d'une opération aussi grave, pratiquée sur un nourrisson de six semaines, très affaibli par la maladie. M. Stern attribue, il est vrai, son échec précisément à ce fait que l'intervention a eu lieu *in extremis*, mais M. Pfaundler estime qu'il en sera toujours ainsi, le diagnostic ne pouvant pas être établi en moins de six à huit jours et ce laps de temps suffisant largement pour amener un dépérissement très marqué de l'enfant, par dénutrition.

Fort heureusement, le vœu de M. Pfaundler n'a pas été exaucé : MM. Stern et Meltzer ont trouvé des imitateurs, et toute une série d'interventions heureuses est venue montrer combien le raisonnement pessimiste de l'adversaire du traitement chirurgical était peu fondé.

V

Il y a plus : la conception même suivant laquelle les cas publiés sous le nom de sténose congénitale du pylore se rapporteraient tout simplement à des estomacs systoliques est aujourd'hui quelque peu ébranlée. Sans doute, les faits, comme celui de M. Batten (2), où l'on voit les symptômes morbides se dissiper complètement sous l'influence d'un traitement médical, semblent aller à l'encontre de l'hypothèse d'un rétrécissement congénital de l'anneau pylorique ou d'une hyperplasie primitive du pylore. Mais il importe de faire remarquer que le petit patient de M. Batten ayant succombé, à l'âge de onze mois, à une bronchopneumonie, son autopsie mit en évidence une hypertrophie très nette du pylore. Dès lors, ne peut-on pas, à l'exemple de M. Hirschsprung (3), invoquer, pour expliquer la guérison clinique que l'on observe en pareille occurrence, une sorte de compensation qui finirait par s'établir entre le pouvoir moteur de l'estomac et l'obstacle pylorique?

Dans une revue critique sur les affections spasmodiques du tube digestif, publiée l'année dernière, M. Langemak (4), après avoir rappelé que, suivant M. Pfaundler, les lésions décrites dans les cas de sténose congénitale du pylore répondent aux estomacs systoliques et sont dues à un simple spasme, a soin d'ajouter que, même en admettant cette analogie comme parfaitement exacte, on ne saurait en déduire qu'il n'existe pas de vraies sténoses congénitales par hypertrophie pylorique *sans spasme*.

M. Freund, qui vient de faire paraître un travail sur la sténose du pylore chez les nourrissons (1), sans vouloir trancher la question en litige et tout en contestant l'existence de tumeurs pyloriques telles que les admet M. Hirschsprung, reconnaît cependant que dans ses observations personnelles il n'a pas pu réussir à dilater le pylore sténosé en le soumettant à l'épreuve indiquée par M. Pfaundler et qu'au lieu de la pression d'une colonne d'eau de 30 centimètres, pour obtenir le relâchement d'un estomac systolique, il lui a fallu employer une pression équivalente à 1 mètre d'eau.

D'autre part, il convient de faire remarquer que dans l'observation de M. Meltzer, qui n'est, d'ailleurs, pas mentionnée par M. Pfaundler, la musculeuse n'est pas seule augmentée d'épaisseur : « L'examen microscopique montre que l'épaississement est dû en grande partie à la présence d'un tissu fibreux dense dans la sous-muqueuse et à une hyperplasie de la couche musculaire interne » (2). Or, comme l'a indiqué M. Brissaud (3), cette hypertrophie simultanée de la musculeuse et de la celluleuse *rapproche la sténose pylorique infantile de la linite plastique de l'adulte :* « Les sténoses pyloriques ne résultent pas d'une hypertrophie en bloc de toutes les tuniques de l'estomac. Elles ne sont pas dues non plus à l'hypertrophie d'une seule tunique. La lésion englobe généralement la celluleuse et la musculeuse, et c'est l'augmentation d'épaisseur de ces deux couches qui produit le rétrécissement... Qu'il s'agisse de la sténose pylorique des nouveau-nés ou de la linite plastique de l'adulte limitée au pylore, cette hypertrophie singulière affecte, à un moment donné, tous les caractères anatomiques et cliniques d'une tumeur ».

On voit combien cette conception est éloignée de l'identification de la sténose pylorique des nourrissons avec l'*estomac systolique* et combien elle cadre mieux avec la réalité clinique.

VI

Mais quelques auteurs, soit qu'ils n'aient pas eu connaissance des faits que nous venons d'exposer, soit qu'ils les aient jugés insuffisamment démonstratifs, restent encore indécis à l'égard de la nature du syndrome clinique en question. C'est ainsi que, tout récemment, M. Cnopf (4) a déclaré qu'en présence de ce syndrome, il est difficile de dire s'il correspond à une sténose organique congénitale ou acquise du pylore ou bien à un simple spasme fonctionnel sans substratum anatomique. Il en est à peu près de même de M. Freund.

Toutefois, si la locution *adhuc sub judice lis est* peut actuellement s'appliquer à cette question anatomo-pathologique, elle ne saurait plus se justifier en ce qui concerne la thérapeutique. Alors même qu'on contesterait l'existence de la sténose congénitale du pylore et qu'on attribuerait le syndrome clinique désigné sous ce nom à un trouble purement fonctionnel, il est impossible de rejeter d'une façon absolue, comme le fait M. Pfaundler, le traitement chirurgical. Cet auteur prétend, il est vrai, que des lavages systématiques de l'estomac, associés à des applications de narcotiques et de compresses

(1) M. Pfaundler. Zur Frage der sogenannten congenitalen Pylorusstenose und ihrer Behandlung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 nov. 1898, p. 1027-1028.)

(2) F. E. Batten. A case of congenital hypertrophy of the pylorus in an infant. (*Lancet*, 2 déc. 1899, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 69.)

(3) Hirschsprung. Stenosis pylori congenita. (*Hospitalstidende*, 1901, p. 1689; analysé *in Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1902, LV, 5, p. 596.)

(4) O. Langemak. Spastische Erkrankungen des Magendarmtractus. (*Centr.-Bl. für die Grenzgebiete der Med. u. Chir.*, 27 mai, 9 et 25 juin 1902.)

(1) W. Freund. Ueber Pylorusstenose im Säuglingsalter. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1903, XI, 2.)

(2) Meltzer. (*Loc. cit.*, p. 255.)

(3) Brissaud. Linite plastique; pylorectomie; guérison. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 418.)

(4) J. Cnopf. Ueber angeborene Funktionsstörungen des Verdauungsapparates. (*Aerztlicher Verein in Nürnberg*, séance du 5 février 1903, *in Deutsche med. Wochensch.*, 14 mai 1903, Vereins-Beilage, p. 158.)

humides tièdes, etc., suffisent pour faire relâcher la paroi stomacale et que, pour sa part, il n'a jamais eu à enregistrer de décès, en s'en tenant à ces moyens thérapeutiques. Mais M. Pfaundler ne dit pas combien de cas il a traités de la sorte. De plus, il ne tient aucun compte des nombreuses observations de sténose pylorique avec issue fatale.

Les craintes formulées par le même auteur sur le pronostic des interventions opératoires pour sténose pylorique infantile n'ont plus de raison d'être, depuis que MM. Kehr (1), Nicoll (2), etc. ont montré que la gastro-entérostomie, voire même la simple incision du pylore suivie d'une divulsion analogue à celle de l'opération de Loreta, sont parfaitement susceptibles de remédier à la situation désespérée du petit patient et d'assurer la guérison complète.

Est-ce à dire que tous les cas soient également justiciables du traitement chirurgical? Nous ne le pensons pas : avant de se décider à une intervention sanglante, il y a lieu d'essayer le traitement médical. Mais on ne doit guère compter sur les médicaments, encore qu'on ait préconisé, à cet effet, le calomel (Gran), la belladone (Hutinel) (3), etc. Comme, d'après M. Pritchard (4), l'alimentation défectueuse joue un rôle important dans la pathogénie des troubles en question, on fera bien de régler soigneusement le régime alimentaire de l'enfant, en se rappelant que quelques auteurs ont obtenu de bons résultats par la limitation méthodique de la quantité des aliments. Quant à la nature de l'alimentation, elle n'a que peu d'influence sur les symptômes morbides. Toutefois, M. Knöpfelmacher (5) aurait réussi à faire disparaître rapidement les troubles gastriques, chez un nourrisson atteint d'hyperchlorhydrie avec sténose du pylore, par l'emploi du lait de vache pur. Mais l'hyperchlorhydrie est loin de faire partie intégrante du tableau clinique de la sténose pylorique, puisque M. Gran a signalé, dans la même affection, l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique.

M. Batten a obtenu d'excellents effets en faisant ingérer à son petit malade, *au moyen d'un tube mou introduit par le nez*, 60 grammes de lait de vache coupé de 30 grammes d'eau de chaux. Cet auteur croit, lui aussi, que la nature des aliments ne joue aucun rôle dans la marche de l'affection. Mais il attribue la plus grande importance à l'alimentation *à l'aide de la sonde*, qui exclut les mouvements de succion et doit être continuée jusqu'à ce que l'expérience montre que le nourrisson est en mesure de téter sans vomir. Il recommande également de tenir l'enfant au chaud pour combattre l'hypothermie.

Les lavages méthodiques de l'estomac, préconisés par un certain nombre d'auteurs, seraient, d'après M. Heubner (6), à peu près complètement inutiles en raison de l'absence de stase gastrique. M. Heubner a, par contre, volontiers recours à des cataplasmes tièdes, qu'il fait appliquer plusieurs fois par jour sur la région épigastrique, et parfois il prescrit de très petites doses d'opium. M. Marx (7) insiste également sur l'importance de l'emploi de la chaleur locale et recommande de continuer l'allaitement maternel toutes les fois qu'on ne se trouve pas en présence de phénomènes pouvant faire soupçonner une sténose absolue du pylore. M. Reizenstein (1) attribue une grande importance aux injections sous-cutanées de solutions salées.

Pour apprécier à leur juste valeur ces moyens thérapeutiques, on ne doit pas oublier d'ailleurs que nombre d'entre eux ont réussi dans des cas où l'on avait peut-être affaire à un simple spasme du pylore plutôt qu'à une véritable sténose. C'est qu'en effet M. Pariset nous paraît être dans le vrai, lorsqu'il dit : « Il nous semble que certains cas de sténose congénitale hypertrophique à terminaison heureuse ont pu n'être tout simplement que des cas se rapprochant de ceux que nous publions [*pylorospasme essentiel*], mais mal observés ou vus sous un jour et avec des idées préconçues qui en ont faussé l'interprétation » (2).

Quoi qu'il en soit, lorsque le traitement médical se montre impuissant à influencer les symptômes morbides, il ne faut pas hésiter à intervenir chirurgicalement, et cela le plus tôt possible, l'opération ayant d'autant plus de chances de réussir qu'elle est plus précoce et que l'état général du petit malade est moins précaire.

En ce qui concerne le choix du procédé opératoire, la gastro-entérostomie paraît préférable à la divulsion du pylore et à la pyloroplastie qui ne mettent pas à l'abri d'une récidive, comme on peut en juger d'après l'histoire, relatée par M. Rosenheim (3), d'un petit garçon de six ans ayant d'abord subi la pyloroplastie pour sténose pylorique, et auquel on fut obligé de faire, quelques mois plus tard, une gastro-entérostomie, les troubles morbides ayant réapparu.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

(1) L'observation a été publiée par W. Abel : Erster Fall von erfolgreicher Gastroenterostomie wegen angeborener stenosirender Pylorushypertrophie bei einem achtwöchigen Säugling. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 nov. 1899.)

(2) J. H. Nicoll. Congenital hypertrophic stenosis of pylorus, with an account of a case successfully treated by operation. (*Brit. Med. Journ.*, 1er sept. 1900.)

(3) Communication orale rapportée par R. Romme. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mars 1899, p. 122).

(4) E. Pritchard. Hypertrophic pyloric stenosis in infancy. (*Arch. of Pediatrics*, avril 1900.)

(5) Cité par Freund (*loc. cit.*, p. 311-312).

(6) Heubner. (*Verein f. inn. Med. in Berlin*, séance du 21 janvier 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 38.)

(7) Marx. (*Aerztlicher Verein in Nürnberg*, séance du 5 février 1903, *in Deutsche med. Wochensch.*, 14 mai 1903. Vereins-Beilage, p. 158.)

(1) Reizenstein. (*Aerztlicher Verein in Nürnberg*, séance du 5 février 1903, *in Deutsche med. Wochensch.*, 14 mai 1903, Vereins-Beilage, p. 158.)

(2) Pariset. (*Loc. cit.*, p. 10-11.)

(3) Rosenheim. Ueber stenosirende Pylorushypertrophie bei einem Kinde. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 août 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 231.)

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Treizième session tenue à Bruxelles du 1er au 8 août 1903.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Traitement de l'agitation et de l'insomnie.

M. Trenel (de Rouen), *rapporteur*. — Le traitement de l'agitation et de l'insomnie représente, en réalité, presque toute la thérapeutique active de l'aliénation mentale. Agitation et insomnie, en effet, sont les seuls grands symptômes physiques de la folie sur lesquels nous soyons parfois à même d'agir d'une façon efficace. On ne peut guère séparer ces symptômes l'un de l'autre; cliniquement ils coexistent presque constamment et leur thérapeutique se confond. Cette thérapeutique est multiple et comporte à la fois des agents médicamenteux et des agents physiques.

Parmi les agents médicamenteux, c'est au *chloral* que revient la première place. D'après Liebreich, cet hypnotique agirait par sa décomposition lente en chloroforme et en formiate de soude. Ce dédoublement se produirait à la faveur des sels de soude du sang; le formiate de soude ainsi formé agirait surtout sur la circulation, tandis que, par son action sur les centres nerveux, le chloroforme déterminerait le sommeil. De nombreuses expériences viennent à l'encontre de cette théorie, et l'on tend aujourd'hui à admettre que le chloral produit le sommeil grâce à son action propre sur le système nerveux.

Il n'y a pas d'indication spécifique du chloral; ce médicament est indiqué dans toutes les formes de l'agitation, quelle qu'en soit la cause. Maniaques, anxieux, hallucinés sont justiciables du chloral et, en dehors de cas particuliers, on obtient la plupart du temps le sommeil. Mais il semble que ce soit dans le *delirium tremens* que le chloral agisse de la façon la plus heureuse, et il a été longtemps le seul remède employé dans cette affection.

Par contre, les accès d'agitation post-épileptiques seraient moins bien influencés par le chloral, qui conserve cependant toute sa valeur dans les états de mal.

Dans l'insomnie des neurasthéniques, de faibles doses sont souvent suffisantes, mais il faut se méfier plus particulièrement, chez de tels malades, de l'action hyposténisante du médicament sur le cœur, et aussi de la chloralomanie possible.

C'est qu'en effet, s'il est vrai qu'une des principales qualités habituelles du chloral est l'absence d'accoutumance — les mêmes doses peuvent être employées pendant un temps très prolongé et continuer à produire effet —, il faut savoir que chez certains sujets l'action du chloral s'épuise au contraire rapidement, en ce sens que même une dose relativement élevée, 4 grammes par exemple, ne procure qu'un sommeil assez court quand elle est absorbée en une seule prise, tandis que donnée en deux fois elle fournit un sommeil prolongé.

Il est inutile de rappeler le mode d'emploi du chloral, la nécessité de le diluer suffisamment pour éviter l'irritation stomacale, la tolérance que présente l'intestin aux lavements chloralés, la rapidité d'absorption de ceux-ci, l'impossibilité d'avoir recours aux injections sous-cutanées, etc. Quant à la question de dose, on peut admettre que, dans la majorité des cas, 2 grammes chez la femme, 3 grammes chez l'homme, sont suffisants pour produire un nombre normal d'heures de sommeil, et que cette dose peut, à moins de contre-indication, être continuée pendant un temps fort long sans symptômes d'intoxication, ni même d'intolérance.

L'*opium* est utilisé surtout pour combattre les états de dépression et d'anxiété qui s'accompagnent d'un abaissement de la tension artérielle. Il en est de même à ce point de vue de son alcaloïde principal, la morphine. La tolérance des mélancoliques pour l'opium est un fait bien connu et signalé par tous les auteurs. On doit éviter, au contraire, d'avoir recours aux opiacés dans les états maniaques et chez les alcooliques (*delirium tremens*); on s'abstiendra également des doses élevées, qui sont susceptibles de produire un empoisonnement médicamenteux surajouté à l'intoxication préexistante des centres nerveux.

La forme sous laquelle l'opium est administré varie suivant les pays. En France, on ne se sert guère que de l'extrait ou de la teinture d'opium, ou parfois du laudanum à l'intérieur. En Allemagne, on a fréquemment recommandé l'extrait aqueux en injections sous-cutanées. Les doses du médicament doivent être élevées progressivement et continuées pendant longtemps.

Inefficace comme l'opium dans la manie et la folie périodique, la *morphine* a une action favorable dans la mélancolie anxieuse s'accompagnant d'agitation et d'insomnie, dans certaines psychoses hallucinatoires et dans les états d'excitation des déments et des paralytiques généraux.

Les autres alcaloïdes de l'opium, la codéine, la narcéine, la papavérine, etc., sont beaucoup moins souvent employés que la morphine. La *codéine* seule présente quelques avantages, car, d'après M. von Mering, elle serait quinze fois moins toxique que la morphine; on peut attribuer cette moindre toxicité à la rapide et abondante élimination de ce médicament par les urines. Le sel de codéine qui est le plus souvent prescrit est le phosphate, à cause de sa solubilité : les doses en sont de 0 gr. 10 centigr. au maximum en injection sous-cutanée et de 0 gr. 30 centigr. en pilules (Dheur). M. Clausse considère le phosphate de codéine comme l'hypnotique par excellence dans la mélancolie, et plus généralement dans toutes les affections mentales s'accompagnant de troubles de la sensibilité générale, d'angoisse et de douleur morale.

Contre l'agitation plutôt que contre l'insomnie, deux produits alcaloïdiques encore mal définis, provenant de solanées vireuses, ont été

surtout préconisés; ce sont le *chlorhydrate d'hyoscine* et le *sulfate de duboïsine*. Ces médicaments étant éminemment toxiques, il convient de n'y avoir recours que dans les cas d'agitation rebelle aux autres médications et de ne les prescrire qu'à des doses variant de 0 gr. 0005 décimilligr. à 0 gr. 001 ou 0 gr. 002 milligrammes, par la voie sous-cutanée. Les mêmes doses peuvent être également administrées par la voie stomacale, mais l'action sédative est alors moins marquée. Dans l'un et l'autre cas, on doit ne faire prendre le médicament qu'un certain temps après les repas, sous peine de provoquer des vomissements. Il est en outre prudent d'en suspendre l'emploi au bout de quelques jours, afin de prévenir l'accoutumance et les phénomènes de dénutrition auxquels l'usage prolongé de l'hyoscine et de la duboïsine donne lieu. Les effets sédatifs de ces alcaloïdes sont transitoires; ils ne durent pas, en général, plus de cinq à six heures, au bout desquelles le malade sort de sa torpeur et redevient agité comme auparavant. Quoi qu'il en soit, ces deux médicaments rendent de précieux services dans les cas d'agitation motrice ou de surexcitation excessives, en raison de l'action élective qu'ils paraissent avoir sur les centres psycho-moteurs.

Un autre sédatif, beaucoup plus couramment employé, est le *bromure de potassium*. L'indication générale du bromure de potassium est cet état de surexcitation qu'on est convenu de désigner sous le nom de nervosisme, et qui s'accompagne si souvent d'insomnie, et aussi les états d'excitation des hystériques. On le prescrit soit à doses fractionnées, soit à doses massives suivant les cas, sans qu'on puisse donner à ce sujet de règles générales. Il est encore d'usage très habituel dans toutes les formes de neurasthénie, et, quand il suffit pour obtenir quelque sédation, il représente certainement le médicament le moins dangereux chez ces malades qui tombent si facilement dans l'abus des hypnotiques de tout genre. Chez les aliénés, dans tous les états d'excitation le bromure est d'un emploi tout à fait général, la plupart du temps combiné au chloral. Il faut noter que chez les épileptiques les crises d'agitation consécutives aux accès seraient complètement supprimées par l'association de l'hypochloruration à la médication bromurée. On sait, d'autre part, qu'il existe une méthode spéciale de traitement de l'épilepsie, imaginée par Flechsig, et fondée sur l'emploi alternatif de l'opium et du bromure de potassium. Enfin, d'après von Krafft-Ebing, le bromure de potassium administré préventivement, à doses interrompues, est très efficace dans les psychoses menstruelles.

Si nous passons maintenant aux *moyens physiques* de traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales, nous voyons qu'ils se réduisent à trois, qui sont l'alitement, la balnéation et les enveloppements humides.

L'*alitement* ou *clinothérapie* consiste à maintenir les malades au lit d'une façon permanente pendant un temps plus ou moins prolongé (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 337). Il s'adresse au syndrome agitation, qu'il s'agisse de l'agitation du maniaque, de l'anxieux ou de l'halluciné. Il est efficace surtout chez le maniaque qui se soumet facilement à ce régime, particulièrement chez le maniaque simple, c'est-à-dire chez celui qui ne présente que de l'excitation psychique et motrice sans délire ni hallucinations. Les difficultés que l'on peut rencontrer dans les manies symptomatiques ne sont en général pas insurmontables, quoique les paralytiques généraux puissent présenter une agitation incoercible et opposer une résistance invincible à l'alitement. C'est dans ces cas que divers adjuvants physiques ou chimiques (drap mouillé, hyoscine) sont de circonstance.

Pour les déments précoces, la clinothérapie est assez discutée, comme traitement continu tout au moins; certains même la considèrent comme néfaste. Au contraire, chez les malades atteints de confusion mentale, l'alitement est de rigueur; il en est de même dans toutes les autres psychoses infectieuses. Cet agent thérapeutique est encore utile chez les périodiques agités, quelle que soit la forme de l'accès (excitation maniaque ou agitation anxieuse). Les indications physio-pathologiques de la clinothérapie ont été formulées par MM. Sérieux et Farnarier dans les termes suivants : « Que le cerveau, disent ces auteurs, soit surmené par le fonctionnement exagéré des zones motrice (états maniaques), sensitive (mélancolie), sensorielle (états hallucinatoires), ou que son activité soit suspendue sous l'influence d'un toxique (confusion), dans tous ces cas il est urgent de laisser reposer l'organe intoxiqué ou surmené, afin de permettre le retour à l'état normal des mutations nutritives du neurone. » Ce sont aussi les indications sur lesquelles se base M. Neisser pour préconiser la généralisation de la méthode à tous les états d'agitation.

Une question encore discutée est celle de savoir si l'alitement doit être pratiqué en commun dans des dortoirs, ou isolément dans des chambres séparées.

On tend aujourd'hui, en Allemagne surtout, à conserver le plus possible les malades dans les salles communes sans avoir recours à leur isolement en cellules. M. Rieger n'admet que l'isolement « optique » (au moyen de paravents) des malades agités. Tout en se déclarant adversaire de l'isolement cellulaire, M. Jolly (de Berlin) croit qu'il est impossible de l'éviter d'une façon absolue. Par contre, M. Magnan déclare que depuis 1897, époque à laquelle il a commencé à employer l'alitement, il n'a jamais eu recours à la chambre d'isolement, et sa statistique porte sur un total de 18,000 malades comprenant au moins 10,000 agités. M. Heilbronner considère la chambre particulière comme utile, surtout pour les convalescents et les malades aigus, lorsque les phénomènes d'agitation du début ont disparu. Chez certains patients, dit-il, l'attention est dans un état tel qu'elle est surexcitée par la moindre excitation extérieure; ces malades sont invinciblement entraînés à imiter tout ce qui se fait autour d'eux; ils rient, pleurent, chantent ou crient, s'agitent à l'incitation de chacun de leurs voisins de salle. C'est ce que Neumann appelle l'hypermétamorphose et Ziehen l'hyperprosexie. Le maintien de tels patients dans une salle d'agités est des plus défavorables. Une autre considération amène encore M. Heilbronner à donner dans certains cas la préférence au séjour dans une chambre séparée : il ne croit pas qu'il faille à toute force vouloir faire respecter par les malades la consigne de rester au lit, et il conseille de leur accorder une liberté relative, plus conciliable avec le séjour dans une chambre d'isolement que dans la salle commune, où la tendance à se lever à tout propos se dissiperait, en outre, moins rapidement que dans la chambre d'isolement.

Née en France, la pratique des *bains prolongés* pendant six, huit, dix et douze heures, voire même permanents, a été remise en honneur, surtout en Allemagne, depuis quelques années. M. Beyer recommande ce mode de traitement chez les agités en général. Il considère le bain permanent presque comme un spécifique de la manie; par contre, son action serait beaucoup moins sûre dans les états d'excitation hébéphrénique et catatonique. Les mélancoliques anxieux sont les malades qui acceptent le plus difficilement le séjour dans le bain. La température de l'eau doit être de 33°, mais on peut la porter à 36° et 37° chez les grands agités. M. Neisser dit avoir obtenu de bons résultats chez les paralytiques généraux par les bains refroidis de 18° à 24°.

On peut se faire une idée de l'action du bain prolongé par l'examen de la pression sanguine avant et après l'immersion du malade. Chez les agités la pression sanguine est en général abaissée; au cours du bain elle descend de 15 millimètres au bout d'un quart d'heure, puis s'élève après trente minutes de 20 millimètres et reste à ce niveau pendant près de deux heures. On peut donc admettre que le bain produit chez les malades en état d'agitation motrice une élévation de la pression sanguine. M. Schüller a constaté, d'autre part, que le bain chaud possède une action vasodilatatrice, puis vasoconstrictive, sur l'encéphale. Ces résultats permettent d'expliquer l'action plutôt excitante des bains très chauds, à la suite desquels, d'après M. Schüller, les vaisseaux du cerveau resteraient dilatés jusqu'à ce que la température de l'eau fût revenue à 30°.

L'hydrothérapie froide sous forme de douches n'a plus aucune application dans le traitement de l'aliénation mentale, surtout dans les états d'excitation quels qu'ils soient, ceux-ci ne pouvant être qu'exagérés par cette pratique.

Sous forme de bains, on recommence à la préconiser dans les cas où les troubles mentaux sont manifestement d'origine toxique, en particulier dans le *delirium tremens*. C'est Féréol qui, le premier, utilisa le bain froid dans le traitement de cette affection. La température de ces bains doit être, d'après M. Letulle, de 18°, et le malade doit y rester jusqu'à ce que l'action sédatrice se manifeste. Le patient se débat d'abord et il faut parfois plusieurs hommes pour le maintenir pendant les six ou douze premières minutes; au bout de ce temps le délire cesse brusquement. L'inconvénient de ces bains, c'est qu'ils peuvent déterminer un abaissement considérable de température. Chez un malade de M. Letulle, qui dut être maintenu pendant trente minutes dans l'eau à 18° pour obtenir l'effet désiré, la température descendit de 40° à 33°7. En général, le temps nécessaire pour faire disparaître les accidents est beaucoup moins prolongé. Au sortir du bain, on réchauffe le malade par les moyens habituels (massage, linges chauds) et certains auteurs prescrivent même, à l'encontre de la majeure partie des aliénistes, une potion alcoolique. On renouvelle ces bains chaque fois que le délire ou l'agitation réapparaissent. En général, le sommeil se régularise assez rapidement par cette méthode.

On associe souvent à la pratique des bains froids celle de l'enveloppement des malades dans un drap trempé dans de l'eau à la température de la chambre, puis tordu (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 349).

A la suite de cet enveloppement, le sujet éprouve un vif saisissement et il se produit une vasoconstriction cutanée intense avec accélération des mouvements respiratoires et du cœur. La période de refroidissement est courte et s'accompagne ou non de frisson. Au bout d'un quart d'heure en moyenne, le patient commence déjà à éprouver une sensation de chaleur, et la dilatation des vaisseaux cutanés s'établit rapidement; aussi la température s'élève-t-elle vite dans cette sorte de vase clos et se met-elle en équilibre avec celle du corps.

D'après Winternitz, il n'y a pas en général de sueurs profuses si l'enveloppement ne dépasse pas trois quarts d'heure; mais dans la pratique des maladies mentales ces enveloppements sont bien plus prolongés (deux et trois heures) et l'on observe alors une sudation abondante. En même temps le pouls se ralentit, quelquefois jusqu'à 30 ou 40 pulsations par minute. Le ralentissement de la respiration est plus tardif et moins accentué.

L'enveloppement a été préconisé comme traitement général, surtout dans la manie et dans les états de fureur. M. Kräpelin soutient en outre que ce mode de traitement constitue le seul moyen de sédation qui agisse rapidement et d'une façon persistante sur les grands états d'excitation des catatoniques et aussi chez les malades atteints de délire aigu avec agitation choréiforme incoercible. On a conseillé dans ces cas de répéter les enveloppements toutes les deux heures. On s'accorde généralement pour considérer le « drap mouillé » comme contre-indiqué toutes les fois qu'il y a lieu de redouter des accidents congestifs, notamment chez les vieillards et les paralytiques généraux.

Signalons en terminant l'action dépressive intense, sur le cœur, des enveloppements humides; on a signalé des accidents de collapsus chez des malades ne présentant cependant aucune lésion organique du cœur. M. Finkelnburg recommande de s'abstenir des enveloppements froids quand la température des sujets est audessous de 37°; il y aurait à craindre des phénomènes d'inhibition réflexe encore mal expliqués. La vasodilatation intense par paralysie, qui se produit à la suite de ce traitement, peut donner lieu aussi à des congestions viscérales, en particulier à des congestions pulmonaires mortelles. C'est en vue d'éviter ces phénomènes qu'il est utile de pratiquer, quand on sort les malades du drap mouillé, de rapides lotions froides ou tièdes, ou encore alcooliques.

M. Cullerre (de La Roche-sur-Yon) fait remarquer que ce n'est pas seulement dans les états mélancoliques, mais aussi contre les états maniaques, que la médication opiacée est indiquée. Marcé a beaucoup vanté autrefois cette médication; il prétendait avoir obtenu très rapidement la guérison d'un certain nombre de maniaques par ce traitement. A vrai dire, l'opium n'est plus guère employé actuellement

que contre les états de dépression avec anxiété plus ou moins grande, mais, d'après l'orateur, cet ostracisme ne serait pas justifié. M. Cullerre prescrit, d'une façon presque systématique, la médication opiacée chez tous les agités, et il en a toujours retiré de bons résultats.

Un autre moyen de traitement de l'agitation, que l'orateur s'étonne de ne pas voir figurer dans le rapport de M. Trenel, ce sont les injections de sérum artificiel. Pour lui, c'est là le moyen de choix chez les grands agités; une injection sous-cutanée de 500 à 1,000 grammes de sérum artificiel aurait pour effet de ramener le calme et de procurer secondairement quelques heures de sommeil.

Enfin, M. Cullerre signale l'emploi de l'alcool à titre d'hypnotique chez les vieillards, les athéromateux et les déments. Chez tous ces sujets, une petite dose d'alcool ou une potion de Todd, prise le soir au moment du coucher, procurerait une nuit calme et exempte de toute agitation.

M. Deschamps (de Rennes) estime qu'il y a lieu de proscrire, d'une façon générale, tous les agents de la médication hypnotique chez les aliénés, la toxicité plus ou moins grande de ces substances étant de nature à aggraver les troubles mentaux et, en particulier, l'agitation, plutôt qu'à y porter remède. Les seuls moyens à recommander, d'après l'orateur, sont les pratiques hydrothérapiques, les purgatifs répétés, l'abstinence et un régime très sévère.

M. Lallemant (de Quatre-Mares) dit avoir employé le bromhydrate de scopolamine en injections sous-cutanées chez de nombreux malades agités. L'action thérapeutique de cet alcaloïde lui paraît identique à celle du sulfate de duboïsine qu'il a expérimenté autrefois avec M. Mabille. La dose de 0 gr. 003 milligr. en vingt-quatre heures, aussi bien pour ce dernier médicament que pour la scopolamine, n'a jamais été dépassée. Dans un certain nombre de cas, les malades soumis à ce mode de traitement ont présenté de la diarrhée et des vomissements, mais il a toujours suffi de supprimer le médicament pour faire disparaître ces accidents.

L'orateur ajoute que c'est seulement dans les états d'excitation qu'il a recours à la scopolamine, car il a eu l'occasion de constater que, chez les sujets déprimés, cet alcaloïde était plus nuisible qu'utile.

M. Devos (de Selzaete) insiste sur les bons résultats qu'il a obtenus avec la codéine et le bromure de camphre; ces deux médicaments seraient, d'après l'orateur, les hypnotiques de choix. Contre l'excitation et l'agitation, M. Devos a volontiers recours à la digitale ou à la digitaline, à l'aconitine et à la cicutine.

M. Dubois (de Berne) combat, comme M. Deschamps, l'emploi des hypnotiques et des médicaments stupéfiants dans les psycho-névroses. A son avis, le traitement rationnel de ces affections doit être exclusivement psychique.

M. Peeters (de Bruxelles) tient à signaler, parmi les moyens physiques de combattre l'insomnie et l'excitation de certains névropathes, l'électrisation faradique ou galvanique, le massage vibratoire et quelques autres procédés mécaniques utilisés actuellement en thérapeutique.

M. Doutrebente (de Blois) déclare que les enveloppements humides lui ont paru donner des résultats bien supérieurs à ceux de l'alitement dans le traitement de l'agitation. Il fait remarquer que ces enveloppements ne sauraient être assimilés à un moyen de contrainte, à une sorte de *restraint* particulier, comme l'ont prétendu quelques auteurs qui se sont appuyés sur cet argument pour combattre l'emploi du drap mouillé. L'orateur ajoute que, pour obtenir des enveloppements le maximum d'effet, on doit s'abstenir de réchauffer l'eau dans laquelle on trempe le drap — sous peine de ne pas obtenir la réaction que l'on recherche —, mais se servir d'eau à la température ambiante.

La période terminale de la paralysie générale et la mort des paralytiques généraux.

M. Arnaud (de Vanves). — Sur 73 paralytiques généraux que j'ai pu observer jusqu'à leur mort, 49, soit 67 %, ont succombé sans avoir jamais présenté d'impotence motrice; 24 seulement (33 %) ont traversé, avant de mourir, une période d'impotence, conformément à la description classique.

Mais dans 17 des cas où il n'y avait pas d'impotence, la mort est survenue par suite d'une maladie intercurrente (broncho-pulmonaire, gastro-intestinale, cardiaque, etc.), et, sans cette affection accidentelle qui a emporté les malades, l'impotence eût pu apparaître plus tard. En retranchant ces 17 faits, il ne reste pas moins 32 cas où la mort fut uniquement et directement causée par la paralysie générale, et où cette affection n'a donné lieu à aucune impotence motrice, contre 24 cas seulement où l'issue fatale a été précédée d'une impotence plus ou moins longue, plus ou moins complète.

Cette impotence fort inconstante des paralytiques généraux résulte de phénomènes spasmodiques, de raideurs musculaires, appréciables souvent dès la période d'état, et qui dépendent probablement de lésions médullaires. On pourrait donc décrire deux variétés terminales à la paralysie générale : une variété *ataxique* ou *cérébrale* (malades non impotents), et une variété *ataxo-spasmodique* ou *cérébro-spinale* (malades impotents).

En ce qui concerne la cause immédiate de la mort, l'opinion traditionnelle est également contredite par mes observations : 17 malades sur 73 ayant été emportés par une affection intercurrente, il en reste 56 ayant succombé à leur paralysie générale. Ces 56 décès se décomposent en 3 morts par marasme et 53 par ictus : or, d'après les auteurs, c'est la terminaison par marasme qui serait la règle. Sur les 53 patients ayant succombé à un ictus, 20 appartenaient à la catégorie des impotents, 33 à celle des non-impotents; c'est de ces derniers malades, conservant jusqu'à l'ictus final le libre usage de leurs membres, que l'on peut dire qu'ils meurent debout.

Quant aux troubles trophiques graves (eschares profondes, gangrènes, etc.), ils sont beaucoup moins fréquents que ne pourraient le faire croire les descriptions classiques. Des soins de propreté attentifs, le pansement antiseptique des écorchures et des petites plaies qui se produisent souvent chez ces sujets, empêcheront d'ordinaire le développement de ces complications redoutables.

Association du tabes et de la paralysie générale.

M. Joffroy (de Paris) relate, en son nom et au nom de M. Rabaud, l'observation d'une malade présentant tous les signes du tabes, qui fut atteinte, au bout de quelques mois, d'une paralysie générale bien caractérisée. L'examen histologique confirma ce double diagnostic : outre les lésions méningo-encéphaliques habituelles de la paralysie générale, on trouva les racines postérieures dégénérées sur toute l'étendue de la moelle lombaire; à partir de la région dorsale, ces altérations allaient en diminuant, pour devenir à peine appréciables à la région cervicale. En correspondance avec ces lésions radiculaires, il existait une dégénérescence des cordons postérieurs, localisée au cordon de Goll. L'origine exogène de l'altération des fibres radiculaires était manifeste, contrairement à ce qui a été observé dans plusieurs cas analogues où, à côté d'une intégrité relative des racines, il existait des lésions extrêmement accusées des cordons; en outre, ces lésions cordonales étaient segmentaires et paraissaient indépendantes les unes des autres.

L'orateur croit néanmoins pouvoir admettre l'existence de deux variétés de tabes : l'une, plus spécialement radiculaire, évoluerait d'ordinaire isolément; l'autre, intéressant surtout les fibres commissurales, serait sous la dépendance de la paralysie générale. Le cas actuel constituerait une exception à cette règle.

M. Pierret est aussi d'avis qu'on peut observer la lésion isolée des fibres commissurales du faisceau longitudinal postérieur avec intégrité des fibres radiculaires; il en a publié un cas en 1872, et depuis cette époque divers auteurs ont relaté des observations analogues. Mais cette lésion reste rarement isolée; le plus souvent elle sert de point d'appel à d'autres altérations, et, de systématique qu'elle était au début, la sclérose, sous des influences variées (excès, surmenage, intoxications, etc.), tend à diffuser : les méninges elles-mêmes participent bientôt au processus, et c'est ce qui permet de comprendre et d'expliquer l'apparition du syndrome de la paralysie générale dans les faits de ce genre.

Prolongation de la réaction pupillaire aux toxiques comme signe précoce de la paralysie générale.

M. Toulouse. — Je désire attirer l'attention sur un signe, que je crois nouveau, de la paralysie générale au début. Il s'agit de la prolongation de la réaction des pupilles aux toxiques, que j'ai observée un certain nombre de fois avec M. Vurpas. Voici comment on peut la mettre en évidence :

On instille dans l'œil du sujet une goutte d'une solution d'atropine ou d'ésérine à $^1/_{10.000}$ et on note les modifications successives qui se produisent, à savoir : d'abord, la période latente pendant laquelle il n'y a pas de réaction; ensuite le temps de la réaction (laps de temps que la dilatation à l'atropine ou la contraction à l'ésérine mettent pour atteindre leur maximum); et enfin la durée totale de la réaction, c'est-à-dire le temps que dure la modification pupillaire.

D'une façon générale, le temps de la réaction nous a semblé plus long dans la paralysie générale. Quant à la durée totale de la réaction, elle est toujours plus considérable chez les paralytiques généraux, et cela dans un rapport qui est environ de 1 à 3, c'est-à-dire que la modification pupillaire dure à peu près 3 fois plus chez eux que chez les individus normaux.

Cette durée exagérée de la réaction peut être expliquée par les troubles du fonctionnement des centres nerveux supérieurs, principalement de ceux de l'écorce cérébrale. Il en résulte une plus grande indépendance des diverses fonctions, notamment de celles du système musculaire. L'inhibition corticale étant affaiblie, les réactions sont exagérées et se prolongent bien au delà de la durée normale. Ce phénomène trahit le déséquilibre fonctionnel, dont cette réaction pupillaire excessive aux toxiques est une des modalités, au même titre que l'exagération des réflexes tendineux, l'apparition des réflexes infantiles (réflexe buccal), la contraction idio-musculaire, la réaction vasomotrice excessive.

Des rémissions spontanées au cours de la paralysie générale tabétique.

M. Pierret. — Il existe entre la paralysie générale des tabétiques et la paralysie générale vulgaire d'assez grandes différences au point de vue clinique. Baillarger avait déjà remarqué que, en pareille occurrence, tous les signes de démence paralytique pouvaient disparaître pour faire place à un état voisin de l'état normal. Rien n'est plus vrai : comme la paralysie générale alcoolique, la paralysie générale des tabétiques a des tendances régressives. Son évolution est coupée d'arrêts brusques, de rémissions telles que les malades sortent guéris des asiles après y être entrés comme atteints de méningo-encéphalite diffuse, de paralysie générale, de démence paralytique.

Ils peuvent être internés à nouveau et présenter une seconde fois la même série d'accidents, sans que le pronostic en soit notablement assombri. Ils peuvent guérir une ou plusieurs fois pour retomber ensuite, sous l'influence de causes qui ne sont pas toujours spécifiques. Ils peuvent même guérir définitivement, non de leur tabes, mais de ces troubles intellectuels que j'appellerais volontiers des « démences paralytiques transitoires », si le mot démence n'était pas réservé pour désigner une affection irrémédiable.

C'est là un fait de la plus grande importance, car il caractérise la paralysie générale tabétique et la rapproche des paralysies générales toxiques, notamment de celle qui est d'origine alcoolique.

Caractères cliniques distinctifs du spasme facial.

M. Meige. — En dehors de toute notion étiologique et anatomo-pathologique, des caractères cliniques purement objectifs permettent de reconnaître le spasme facial.

A un premier degré, la face est d'abord calme, mais soudain, sur le bord libre de la paupière inférieure d'un côté, apparaît un minuscule frémissement, qui gagne fibrille à fibrille tout l'orbiculaire inférieur; puis le supérieur s'anime des mêmes palpitations, la fente palpébrale diminue. Le phénomène dure quelques instants,

après quoi la détente survient, les frémissements s'effacent et disparaissent, les arcs palpébraux s'arrondissent; la crise est terminée.

A un degré plus avancé, les crises augmentent de fréquence et d'intensité; elles débutent de la même façon par un frémissement des paupières aboutissant si rapidement à la demi-occlusion, que les palpitations initiales peuvent passer inaperçues, d'autant plus aisément que l'attention est attirée par les autres muscles du visage qui entrent en jeu. Les contractions se succèdent en nombre de plus en plus grand jusqu'à occuper la totalité de plusieurs muscles, avec une fréquence croissante jusqu'à produire une sorte de tétanisation de toute la musculature d'une moitié de la face. A ce moment, un côté du visage apparaît contracturé, mais cette contracture n'est pas uniforme; ici ou là, des parcelles de muscles semblent animées de légères trémulations. C'est une « contracture frémissante ».

Enfin, un troisième aspect clinique se trouve réalisé lorsque les crises précédentes sont très rapprochées, subintrantes. Toute une moitié du visage présente sans rémission l'état de contracture frémissante.

Il est impossible de confondre ces mouvements convulsifs avec ceux qui frappent d'emblée un ou plusieurs muscles, sans hésitation, sans frémissements parcellaires, comme on l'observe dans les tics.

Une forme spéciale de spasme facial a été décrite par MM. Bernhardt (de Berlin), Newmark (de San Francisco) et H. Frenkel (de Toulouse), qui signalent comme une particularité anormale la présence de mouvements fibrillaires très faibles, limités à la région spasmodique. Mais, dans le spasme facial, la contraction musculaire est très variable dans sa vitesse et dans son intensité. Aussi peut-on supposer que les mouvements dits fibrillaires font partie intégrante de la symptomatologie du spasme; seulement, dans les cas de MM. Bernhardt, Newmark et H. Frenkel, les trémulations avaient acquis une importance toute spéciale.

Epilepsie thyroïdienne.

M. Bastin (de Marchienne-au-Pont). — J'ai soigné, depuis environ trois ans, plusieurs malades porteurs de goitres plus ou moins développés, qui ont présenté des attaques de grande épilepsie souvent répétées, malgré l'absorption quotidienne de fortes doses de bromure de potassium. Ces sujets n'étaient pas des basedowiens.

Est-ce à la compression exercée par le goitre sur les vaisseaux et les nerfs du cou, ou bien au résultat du mauvais fonctionnement de la glande, qu'il faut attribuer le mal comitial en pareil cas?

Je crois plutôt, comme on l'admet pour le myxœdème, que le corps thyroïde sécrète des nucléines diverses indispensables au maintien de l'action normale du système nerveux, ou qu'il détruit, par un mécanisme encore inconnu, certaines leucomaïnes de désassimilation circulant dans le sang et empoisonnant ainsi nos cellules nerveuses.

En tout cas il semble résulter de ces faits que l'absence ou la mauvaise qualité de la sécrétion thyroïdienne est capable d'éveiller une épilepsie latente. L'épilepsie se retrouve d'ailleurs assez souvent chez les ascendants ou les collatéraux des myxœdémateux.

Quoi qu'il en soit, le traitement thyroïdien a déterminé chez mes malades tantôt une diminution du nombre des accès, tantôt leur disparition.

De la fatigue chez l'homme sain, le neurasthénique, le myopathique et dans l'atrophie musculaire névritique.

M. Ballet. — Des études que je poursuis, avec M. J. Philippe, sur la fatigue, au moyen de l'ergographe de Mosso et des ergogrammes, il résulte que, chez l'individu sain, quand on fait travailler l'index jusqu'à la fatigue complète, la hauteur du tracé exprimant l'énergie de la contraction va en s'abaissant progressivement. Quand cette hauteur approche de 0, si l'on espace la contraction de l'index de dix secondes en dix secondes, on voit que le muscle fléchisseur, non seulement récupère sa puissance d'action, mais cesse de se fatiguer.

Chez les neurasthéniques myélasthéniques, au contraire, après le tracé d'épuisement, analogue à celui du sujet sain, l'ergogramme de Maggiora (contractions espacées de dix en dix secondes) permet de constater que le muscle ou bien ne récupère que très lentement sa puissance d'action, ou bien, loin de la récupérer, continue à se fatiguer.

Chez les myopathiques et chez les malades affectés d'atrophie névritique, les tracés, au contraire, se rapprochent de ce qu'ils sont à l'état normal.

Ces résultats constituent un nouvel argument en faveur de l'opinion d'après laquelle la fatigue, chez les neurasthéniques, a son origine dans le système nerveux central, non dans le muscle.

Acrocyanose et crampe des écrivains.

M. Brissaud (de Paris). — J'ai observé, avec MM. Hallion et Meige, un sujet atteint de crampe des écrivains en même temps que de cyanose permanente des extrémités supérieures.

On peut interpréter de trois façons une telle coïncidence: 1° le trouble vasculaire est la cause immédiate des désordres moteurs; 2° les désordres moteurs ont déterminé le trouble vasculaire; 3° les deux symptômes relèvent d'une cause unique.

Cette dernière interprétation est acceptable si l'on suppose que l'acrocyanose est d'origine corticale au même titre que les troubles moteurs. La physiologie enseigne, en effet, que l'excitation corticale produit des réactions vasomotrices; on conçoit donc la possibilité d'un spasme vasculaire d'origine corticale. En outre, la pathologie a fait connaître depuis longtemps les troubles vasomoteurs des sujets porteurs d'une lésion exclusivement corticale (hémiplégiques); d'autre part, l'hystérie réalise des troubles vasomoteurs dont la disparition rapide sous l'influence de la seule « persuasion » est la preuve de leur origine corticale. Enfin, en dehors de l'hystérie, d'autres perturbations corticales sont parfaitement capables de produire des désordres vasomoteurs (névroses vasomotrices).

Rachitisme et idiotie.

M. Bourneville (de Paris). — Le rachitisme et l'idiotie coexistent assez fréquemment. Y a-t-il alors un rapport entre les troubles de la nutrition que présente le rachitique et son arriération mentale, et quelle est la nature de ce rapport?

J'ai rencontré, avec M. Lemaire, des lésions nettes et non discutables de rachitisme chez 34 enfants de mon service, sur les 435 actuellement en séjour, soit une proportion de 8 % environ.

Dans la plupart des cas, ces malades n'étaient pas des idiots profonds, mais plutôt des imbéciles ou des arriérés.

En outre, leur arriération intellectuelle n'était généralement pas congénitale, mais acquise: les enfants avaient montré un esprit éveillé dans les premiers mois de leur vie et ce n'est que vers l'âge d'un an et demi à deux ans qu'étaient apparus chez eux les premiers signes de l'idiotie.

Le plus souvent aussi, les antécédents héréditaires de ces petits malades n'étaient pas chargés de tares nerveuses, et la plupart d'entre eux ne présentaient pas de multiples stigmates de dégénérescence. Enfin, l'idiotie s'était développée après une infection broncho-pulmonaire ou plus fréquemment après une infection gastro-intestinale et leur rachitisme était apparu simultanément; par conséquent il était également consécutif à ces mêmes infections.

Sur la localisation corticale du réflexe à l'accommodation.

M. Debray (de Charleroi). — J'ai observé un syphilitique chez lequel existait une exagération de tous les réflexes tendineux, avec clonus du pied, signe de Babinski des deux côtés, disparition des réflexes cutanés plantaires, et diminution des réflexes crémastériens. Ce malade était également atteint de paralysie du moteur oculaire externe droit et chez lui *le réflexe à l'accommodation avait totalement disparu*, bien que la vision fût intacte et que le réflexe lumineux fût conservé.

Les symptômes présentés par cet homme, et surtout la simultanéité de la paralysie du nerf moteur oculaire externe droit avec la disparition du réflexe à l'accommodation, autorisent à localiser le centre de ce réflexe dans l'écorce, en un point voisin du centre des mouvements des yeux.

Si la lésion d'un seul hémisphère peut faire disparaître le réflexe à l'accommodation des deux côtés, c'est par suite des associations intimes existant entre les centres réflexes pupillaires supérieurs. Il en est d'ailleurs de même pour le réflexe consensuel et pour les mouvements conjugués de la tête et des yeux, lorsqu'un seul point de l'écorce est altéré.

Un phénomène palpébral constant dans la paralysie faciale périphérique.

M. Dupuy-Dutemps (de Paris). — Dans 15 cas de paralysie faciale périphérique, que nous avons examinés, M. Cestan et moi, depuis quatre ans, nous avons observé le phénomène suivant: lorsque le regard du malade se dirige en bas, la paupière supérieure s'abaisse en même temps que le globe oculaire, tout en restant cependant plus élevée que celle du côté sain. Or, si dans cette attitude on commande au malade de fermer fortement les yeux, on voit aussitôt la paupière du côté paralysé s'élever très notablement au-dessus de sa position antérieure. Ce fait, en apparence paradoxal, est d'autant plus net que la paralysie de l'orbiculaire est plus complète. Un mouvement analogue, mais moins étendu, s'observe à la paupière inférieure, qui s'élève pendant l'occlusion et se déprime dans le regard en bas.

Ce phénomène s'explique très simplement par les liens anatomiques (expansions aponévrotiques) qui unissent les paupières aux muscles droits supérieur et inférieur et les rendent dans une certaine limite solidaires de leurs mouvements. Pendant l'occlusion volontaire et énergique des paupières, normalement le globe de l'œil se convulse en haut. Dans les cas de paralysie faciale, il entraîne et relève dans son mouvement la paupière supérieure qui n'est plus maintenue par la contraction de l'orbiculaire; il l'abaisse quand il se dirige en bas. Il en est de même pour la paupière inférieure.

Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale.

M. Raviart (de Lille). — J'ai fait avec M. P. Caudron des recherches ophtalmoscopiques sur 44 paralytiques généraux, dont 38 — soit 73.33 % — présentaient des lésions du fond de l'œil.

Ces lésions évoluent parallèlement à celles du cerveau; aussi la plupart des malades offrent-ils, lorsqu'ils sont alités et gâteux, au moins de la blancheur de la papille. Il existe néanmoins quelques exceptions et nous avons vu un sujet devenir amaurotique avant d'avoir atteint la dernière période de la paralysie générale.

Jusqu'à présent, il n'est pas possible de rattacher ces lésions à un facteur étiologique constant. Au microscope, on constate une rétinite diffuse, une infiltration de la papille et du nerf optique par de nombreux éléments conjonctifs et névrogliques. Lorsque la papille a un aspect flou ou blanchâtre, l'acuité visuelle n'est généralement que peu modifiée.

Atrophies musculaires progressives spinales et syphilis.

M. Léri (de Paris). — Contrairement à l'opinion classique, la syphilis nous paraît occuper une place prépondérante dans la pathogénie des amyotrophies (de celles au moins qui relèvent d'une origine spinale); la grande majorité des soi-disant poliomyélites antérieures chroniques sont en réalité des méningomyélites syphilitiques.

Nous avons pu réunir plus de 30 cas où la syphilis existait manifestement dans les antécédents de sujets atteints d'amyotrophie progressive, soit qu'elle eût été avouée par les malades et notée dans les observations, soit que l'amyotrophie coïncidât avec une affection reconnue aujourd'hui d'origine toujours ou presque toujours syphilitique.

Au point de vue thérapeutique, la notion de la fréquence de la syphilis dans l'étiologie des

amyotrophies spinales progressives est de grande importance : nous n'en voulons pour preuve que l'auto-observation, déjà très ancienne, d'un médecin syphilitique chez lequel une amyotrophie progressive avancée était, après trois années d'évolution, en pleine voie de guérison sous l'influence de la médication iodurée, alors que tout autre traitement avait échoué; contrastant avec ce résultat, les bienfaits des cures hydro et électrothérapiques, ordinairement préconisées, n'ont pas jusqu'ici, à notre connaissance, été bien appréciables.

Syndromes solaires expérimentaux.

M. Laignel-Lavastine fait une communication sur le *syndrome solaire de paralysie*, ensemble de troubles réalisé par l'ablation expérimentale du plexus solaire (et non par la section des splanchniques) et qui consiste essentiellement en abattement, tristesse, vomissements, diarrhée fétide, sanglante et incoercible, pouls très petit et rapide, urines rares et foncées contenant des pigments biliaires et de l'indican. Ce syndrome peut être aigu, subaigu ou chronique : aigu, il se termine par la mort et à l'autopsie on trouve une hyperhémie très intense des organes digestifs abdominaux; chronique, il aboutit à la guérison : l'animal recouvre, au moins en apparence, une santé parfaite.

Le syndrome solaire aigu d'excitation, produit par le tiraillement ou la contusion du plexus solaire, consiste essentiellement en douleur épigastrique, constipation et élévation de la tension artérielle par vasoconstriction abdominale.

Régénération autogène d'un nerf chez l'homme.

M. Durante (de Paris). — A l'autopsie d'une femme qui avait subi, cinq ans auparavant, une résection de 20 centimètres du nerf médian, j'ai pu constater l'existence, au niveau du bout périphérique non réuni, de tubes nerveux les uns presque normaux, les autres sous forme de longues cellules fusiformes renfermant un cylindraxe central caractéristique.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui pensent que les nerfs se développent aux dépens de neuroblastes ne s'unissant que secondairement aux cellules ganglionnaires.

M. Sollier (de Paris) fait une communication dans laquelle il s'attache à démontrer que la morphinomanie est particulièrement fréquente chez les hystériques, et qu'il est de toute nécessité de modifier la névrose hystérique si l'on veut voir l'obsession de la morphine disparaître chez une hystérique qu'on a traitée par la morphine.

Dr G. Deny,
Médecin de la Salpêtrière.

LETTRES D'AMÉRIQUE

La défense contre la fièvre jaune sur le golfe du Mexique.

La vaste surface que couvre le territoire des Etats-Unis peut être subdivisée en un certain nombre de régions naturelles, différant souvent les unes des autres par des caractères profondément marqués. La distinction qui s'est établie dès longtemps entre le Nord et le Sud est une des plus manifestes et des plus nettement accentuées; on la retrouve partout et à chaque pas, et elle s'affirme également dans le domaine nosographique. C'est ainsi que les maladies infectieuses se comportent pour la plupart d'une façon fort variable suivant qu'elles évoluent sur un habitant des Etats du Nord ou sur un individu demeurant dans le Sud.

Prenons par exemple la fièvre typhoïde. J'ai eu antérieurement l'occasion d'insister sur les caractères spéciaux qu'affecte la dothiénentérie aux Etats-Unis, et de montrer combien, souvent, elle s'y présente sous une forme bâtarde et fruste, notamment depuis ces dernières années (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 15 et 106). J'avais aussi signalé à ce propos que, malgré l'énorme morbidité due au bacille d'Eberth, il semblait que la léthalité eût plutôt une certaine tendance à s'abaisser, la maladie évoluant avec une plus grande bénignité.

Or, dans le Sud — j'ai notamment en vue la Nouvelle-Orléans, mais la même remarque s'applique d'une façon générale à la totalité des Etats du Sud —, il est curieux de noter que la dothiénentérie paraît plutôt suivre une marche inverse, c'est-à-dire ascendante. Alors que, il y a quelques années encore, le diagnostic restait assez souvent en suspens, et que devant l'indécision des signes on hésitait fréquemment à se prononcer, actuellement, au contraire, on voit couramment, à la Nouvelle-Orléans, la fièvre typhoïde évoluer avec le tableau classique d'une dothiénentérie grave et bien caractérisée. M. le docteur E. M. Dupaquier — un ancien élève de la Faculté de médecine de Paris, exerçant à la Nouvelle-Orléans —, avec qui je m'entretenais de cette question, était très vivement frappé de ces modifications survenues dans la marche de la fièvre typhoïde en Louisiane; il les attribue à une double importation, se faisant, d'une part, par les éléments affluant du nord et de l'ouest des Etats-Unis en rangs tous les jours plus compacts; d'autre part, par l'immigration européenne, notamment sicilienne, qui, elle aussi, prend depuis quelque temps des proportions considérables.

Cette explication paraît assez plausible, si l'on tient compte de la façon dont se comportent dans le Sud la plupart des infections endémo-épidémiques sévissant dans le Nord. Il résulte, en effet, de l'ensemble des renseignements qui m'ont été fournis sur place, de différents côtés, que la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, etc., évoluent dans le Sud avec une bénignité remarquable. Les cas en sont généralement sporadiques, et jamais, pour ainsi dire, on n'observe d'épidémie réellement grave, soit par le nombre des individus frappés, soit par la sévérité des atteintes. C'est comme si le climat subtropical de la Louisiane était contraire au développement du contage qui est le facteur déterminant de ces maladies.

Il en est tout autrement des affections épidémiques essentiellement tropicales, telles que la peste, le choléra, et notamment la fièvre jaune. Autant, en effet, il est facile dans le Nord d'arrêter l'extension de ces maladies, autant il est difficile de s'en rendre maître dans le Sud. C'est ce qui explique les mesures quasi draconiennes édictées par les Etats du Sud pour se préserver de l'introduction de ces affections sur leur territoire, introduction qui généralement a lieu par voie de mer.

La peste et le choléra entrent surtout en ligne de compte pour les ports de la côte du Pacifique : on sait en effet que l'une et l'autre de ces maladies ont leur grand centre en Asie. La fièvre jaune, au contraire, dont le foyer principal est dans l'Amérique centrale — continentale et insulaire — est, pour ainsi dire, un danger perpétuel pour les ports américains situés sur le golfe du Mexique. Aussi conçoit-on aisément tout l'intérêt que présente pour ces ports, surtout pour la Nouvelle-Orléans, le plus important d'entre eux, la défense contre une invasion éventuelle de la fièvre jaune.

Les mesures à adopter en vue d'une pareille éventualité dépendent essentiellement des idées que l'on se fait sur le mode de transmission du contage. Or, ces idées mêmes tendent actuellement à se modifier radicalement, sous l'influence des travaux exécutés depuis 1898, date de l'occupation américaine de l'île de Cuba où la fièvre jaune existe à l'état endémique. C'est ce qui ressort clairement des discussions souvent passionnées sur ce sujet, auxquelles j'ai eu l'occasion d'assister à différents Congrès réunis à la Nouvelle-Orléans. Comme ces débats mettent bien au point la question du mode de transmission de la fièvre jaune et de la prophylaxie contre cette maladie infectieuse, il ne me paraît pas sans intérêt d'y insister ici quelque peu.

La lutte, toujours vive, souvent âpre et véhémente, s'est circonscrite à la Nouvelle-Orléans entre M. le docteur Edmond Souchon, président du Conseil de santé de la Louisiane, et M. le docteur J. M. Lindsley, officier sanitaire du corps médical des hôpitaux maritimes des Etats-Unis.

Il s'agissait de savoir si les bateaux venant de l'île de Cuba, notamment de la Havane, capitale de l'île, constituent ou non un danger pour la Nouvelle-Orléans. M. Souchon affirmait que oui, M. Lindsley prétendait que non.

Or, le choix que l'on fait entre les deux partis n'est pas sans entraîner des conséquences importantes.

Admettre la thèse de M. Lindsley, c'est en effet accorder d'emblée à tous les bateaux de provenance cubaine la libre pratique à l'arrivée à la Nouvelle-Orléans, et supprimer du même coup toutes les mesures de précaution en usage. Mais c'est aussi, dans le cas où la théorie sur laquelle se base M. Lindsley se trouverait en défaut, livrer toute la région à la fièvre jaune; car laisser cette maladie prendre pied à la Nouvelle-Orléans, c'est dans l'occurrence s'exposer presque à coup sûr à une épidémie aussi grave qu'étendue : l'épidémie de 1878 coûta plus de 4,000 existences.

Adopter au contraire les vues de M. Souchon, ce serait maintenir des règlements prohibitionnistes qui apportent au commerce une entrave et un préjudice considérables. Ces règlements — le dernier est du 2 septembre 1902 — exigent en effet une première désinfection complète du bâtiment, y compris les vêtements et les bagages des passagers, ainsi que la cargaison, à la dernière escale; et une seconde désinfection à l'entrée du Mississipi, à la station de quarantaine établie par l'Etat de la Louisiane, un laps de temps d'au moins cinq jours pleins devant s'être écoulé entre les deux désinfections : quand le bâtiment est resté en mer moins de cinq jours après la première désinfection, on autorise le déchargement de la cargaison, mais les passagers sont retenus à la quarantaine jusqu'à la fin du cinquième jour.

Cette double désinfection est motivée parce qu'on a vu parfois survenir, sur des vaisseaux non infectés au départ et ne présentant pas de cas suspect au moment de l'arrivée, des cas typiques et non douteux de fièvre jaune après l'arrivée au port. M. Souchon, qui a recueilli quelques faits de cet ordre, pense que l'apparition de la maladie est due en pareille occurrence à ce qu'au cours des manœuvres faites pour désinfecter une première fois, on met en mouvement ou en circulation quelque agent infectieux latent jusqu'alors. Par contre, on n'aurait jamais vu de cas de fièvre jaune se déclarer après la période réglementaire d'incubation qui suit la seconde désinfection.

Les arguments sur lesquels se base M. Lindsley pour réclamer la suppression de ces mesures quarantenaires à l'égard des bateaux en provenance de Cuba sont tout entiers basés sur les recherches effectuées à la Havane par Reed, Carroll et d'autres. On sait que, d'après ces travaux, un moustique spécial, le *Stegomyia fasciata*, est *seul* capable par sa piqûre de transmettre à l'homme le germe de la fièvre jaune. Détruire ce moustique équivaudrait donc à supprimer la possibilité de la transmission du typhus amaril à l'homme. C'est grâce à la destruction systématique des moustiques à la Havane que l'on y aurait fait disparaître la fièvre jaune, dont il n'existerait plus actuellement un seul cas. Telle est du moins l'affirmation officielle. Je dois ajouter que, lors de la discussion de la question devant la Société de médecine de l'Etat de la Louisiane, j'ai entendu plusieurs confrères — notamment MM. Jones, Perkins, Stewart — protester contre le bien fondé de cette allégation.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, il est évident que, si l'on admet que Cuba est désormais indemne de fièvre jaune, la suppression des mesures quarantenaires s'impose et la double désinfection du bateau devient aussi inutile que la détention des passagers.

Là où la question se complique, c'est quand on considère les différents Etats riverains du golfe du Mexique. Deux d'entre eux, en effet, la Floride et le Mississipi, ont, à l'heure actuelle, accordé libre pratique à tous les bâtiments en provenance de Cuba. La Louisiane, le Texas et l'Alabama, au contraire, continuent à maintenir leurs mesures prophylactiques (1). On voit donc combien il doit être aisé de tourner les règlements de ces trois Etats. Il est vrai que ceux-ci entretiennent sur leurs frontières de terre des inspecteurs sanitaires spéciaux chargés de prévenir les fraudes, mais il est

(1) Je n'insiste pas sur les ports de l'Atlantique, qui accordent également la libre pratique, parce que, ainsi que je l'ai dit plus haut, la fièvre jaune ne trouve pas un terrain favorable dans cette partie des Etats-Unis et qu'elle y est, par conséquent, beaucoup moins redoutable. — F. M.

permis de douter de l'efficacité d'une mesure aussi précaire. En réalité, l'importance de la coalition sanitaire des trois Etats réside surtout dans le fait que les principaux ports de la côte — la Nouvelle-Orléans, Galveston et Mobile — se trouvent sur leur territoire, alors que la Floride ou le Mississipi ne peuvent offrir aux navires que des ressources assez limitées au point de vue maritime.

Pour conclure, je dirai que l'impression générale de ceux de nos confrères de la Nouvelle-Orléans qui suivent depuis leur origine les discussions sur la quarantaine à imposer aux navires provenant de Cuba, est que les vues des partisans de la théorie des moustiques gagnent tous les jours plus d'adhérents, et qu'au contraire la rigueur des mesures imposées par le Conseil de santé de la Louisiane se relâche de plus en plus. Déjà de nombreuses concessions ont été faites; d'autres suivront, à en croire certains bruits. Il serait question, en effet, d'accorder la libre pratique aux provenances de Cuba si d'ici une année il n'éclate pas dans cette île une nouvelle épidémie de fièvre jaune.

Ce fait aurait une portée générale, car il montrerait qu'il est possible de combattre efficacement cette redoutable maladie; il indiquerait également le procédé qu'il convient d'adopter pour arriver à un pareil résultat. C'est là un point qui n'est pas sans intérêt pour les habitants de la vieille Europe, puisque aujourd'hui, avec la facilité des relations transocéaniques, les distances ne sont plus un obstacle à la propagation des germes infectieux.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à l'étude du mécanisme de l'immunité artificielle à l'égard de la peste, par M. G. Markl.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur le mécanisme de l'immunité artificielle à l'égard de la peste. C'est ainsi que MM. Denys et Tartakowsky considèrent la phagocytose comme le seul facteur curatif chez les animaux traités par le sérum immunisant, tandis que MM. Kolle et Martini attribuent les effets de ce sérum aux substances bactériolytiques qu'il contient.

Afin d'élucider cette question, M. Markl a institué une série de recherches au cours desquelles il a pu se convaincre que, sous l'influence du sérum immunisant, il se produit, déjà au bout d'une demi-heure, une leucocytose abondante avec phagocytose des bacilles pesteux. Une heure après l'injection de sérum, l'exsudat péritonéal des cobayes traités de la sorte ne renferme plus de bacilles extracellulaires, et les ensemencements pratiqués avec cet exsudat restent complètement stériles ou bien fournissent seulement quelques colonies isolées.

L'auteur a été à même de constater que le sérum antipesteux additionné de sérum sanguin de rat n'entrave *in vitro* que d'une manière peu sensible la pullulation des bacilles de la peste, sans exercer la moindre influence sur leur forme. Par contre, le même sérum antipesteux renforcé par un exsudat péritonéal riche en leucocytes détermine la phagocytose avec destruction extracellulaire des bacilles de la peste, destruction d'autant plus marquée et plus rapide que la culture est moins virulente.

On observe également une phagocytose très active *in vivo*, lorsqu'on a soin d'introduire dans l'organisme une dose appropriée de sérum antipesteux, soit simultanément avec la culture virulente, soit vingt-quatre heures auparavant. La forme des bacilles extracellulaires ou contenus dans des mononucléaires ne subit aucune modification, tandis qu'à l'intérieur des polynucléaires les bacilles perdent la netteté de leurs contours et prennent mal la coloration.

M. Markl arrive à conclure que, dans les inoculations de cultures très virulentes, le sérum antipesteux agit uniquement par la phagocytose; celle-ci, au contraire, n'intervient pas pour les bacilles non virulents, qui sont résorbés dans la cavité abdominale. Entre les deux termes extrêmes viennent prendre place les cultures moyennement virulentes, pour lesquelles, suivant le degré de la virulence, c'est tantôt la phagocytose et tantôt la bactériolyse qui domine dans le mécanisme de l'immunité. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 2.) — L. Ch.

Actinomycose centrale du maxillaire inférieur, par M. von Bruns.

Si l'actinomycose osseuse primitive est d'une façon générale très peu fréquente, celle du maxillaire inférieur est tout à fait rare, au point que M. Schlange n'a trouvé qu'une seule fois des lésions osseuses sur 47 cas d'actinomycose de la région maxillaire inférieure, M. von Baracz 7 fois sur 52 cas et l'auteur lui-même 5 fois sur 42 cas d'actinomycose de la tête et du cou. Sur ces cinq derniers malades, il s'agissait une fois d'actinomycose centrale du maxillaire inférieur, affectant la forme d'une tumeur myélogène. Cette variété est tout à fait exceptionnelle, les quelques cas d'actinomycose centrale du maxillaire inférieur observés jusqu'à ce jour s'étant tous manifestés sous la forme d'une carie centrale de l'os. Aussi n'est-il pas sans intérêt de rapporter brièvement ce fait.

Chez un homme de trente ans on voit se développer, dans l'espace de six mois, une tumeur d'une consistance osseuse, occupant l'angle, la branche montante et la moitié de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche. Le revêtement cutané ne présentait aucune modification, les mâchoires montraient un certain degré de contracture et il existait dans la région sous-maxillaire un ganglion tuméfié, un peu sensible. Les ponctions au bistouri n'ayant révélé nulle part de foyer de ramollissement, on porta le diagnostic de sarcome du maxillaire et on pratiqua la résection de l'angle de cet os sans solution de continuité; on tomba alors sur une vaste cavité limitée par de la substance osseuse ramollie et rugueuse, et remplie de masses ayant l'aspect sarcomateux, mais dont l'examen microscopique montra la nature actinomycosique. On se borna à pratiquer le curettage de la cavité qu'on bourra ensuite de tampons imbibés de sublimé. La guérison fut bientôt complète et se maintient depuis dix ans.

Ce fait démontre qu'il convient, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une tumeur du maxillaire inférieur, de penser à la possibilité d'un actinomycome central et de ne pas procéder aussitôt à la résection du maxillaire.

M. von Bruns croit, avec beaucoup d'autres, à l'origine dentaire de l'actinomycose centrale, et il faut ajouter que chez le malade dont nous venons de résumer l'observation, la dernière grosse molaire manquait du côté affecté. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 février 1903.) — S. J.

Des modifications de l'utérus au cours des maladies infectieuses, par M. Ch. Stravoskiadis.

Les altérations de l'utérus au cours des maladies infectieuses n'ayant guère fait l'objet que d'études isolées, M. Stravoskiadis a soumis à l'analyse microscopique et bactériologique 24 utérus recueillis à l'autopsie de femmes atteintes de fièvre typhoïde, pneumonie, méningite, anthrax, pyémie ou granulie, et dont 5 se trouvaient, en outre, dans la période puerpérale.

Dans 8 cas seulement, les pièces n'offraient aucune lésion histologique ou bactériologique. Sur les 16 autres utérus, on constatait des symptômes évidents d'inflammation : les parois étaient épaissies, les vaisseaux injectés et par place se rencontraient de petites hémorrhagies. Ces altérations se concentraient de préférence dans l'endomètre et s'accompagnaient d'exsudats muqueux ou fibrineux. Il est à remarquer que les formes les plus graves — celles où l'inflammation avait la forme croupale ou fibrineuse — concernaient des utérus de nouvelles accouchées.

Sauf pour un cas où l'examen bactériologique eut lieu trop tard, M. Stravoskiadis a constamment pu déceler des microbes soit au moyen des cultures, soit par l'examen microscopique direct. Ces microbes étaient de même nature que ceux de l'affection originelle : pneumocoques dans les cas de pneumonie, de méningite pneumococcique ou d'empyème métapneumonique; bacille typhique dans ceux de dothiénentérie; staphylocoques ou streptocoques dans ceux d'infection septique. Quant à leur mode de pénétration dans l'utérus, la raison et l'observation clinique semblaient plaider en faveur de la voie sanguine.

Les recherches précédentes rendent compte de l'influence fâcheuse exercée par les maladies infectieuses sur la puerpéralité, puisque ces affections prédisposent aux complications septiques. Elles expliquent également la facilité avec laquelle avortent les femmes atteintes de maladies infectieuses, en montrant qu'il existe souvent chez elles un degré plus ou moins marqué d'endométrite. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janvier et février 1903.) — R. de B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'emploi de l'opothérapie placentaire à titre de galactagogue.

M. le docteur L. Bouchacourt (de Paris) ayant eu l'occasion de constater que le placenta de brebis exerce une action excitante et congestive sur la glande mammaire chez la femme (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 45), M. le docteur Chaleix-Vivie (de Bordeaux) a institué une série de recherches cliniques en vue d'étudier la valeur de l'opothérapie placentaire comme moyen galactagogue.

Le placenta utilisé pour ces essais a été celui de truie, tant à cause de son volume considérable qu'en raison de ce fait que, de tous les animaux reçus à l'abattoir, les truies paraissent les plus exempts de maladies. Comme les préparations opothérapiques sèches sont infidèles et exposent les malades à des dangers d'intoxication, M. Chaleix-Vivie a préféré recourir à une macération glycérinée. Pour obtenir cette macération, on commence par laver le placenta à l'eau stérilisée; puis on le divise à l'abri de l'air et on le met à macérer pendant douze heures dans de la glycérine neutre à 30°, en agitant de temps à autre. On filtre ensuite, d'abord sur papier stérilisé, puis à la bougie, et on distribue le liquide dans des flacons flambés à 150° au four Pasteur.

Le suc décidual ainsi obtenu présente, sur les extraits secs, l'avantage d'une préparation plus rapide, ce qui diminue les risques d'infection, sans compter que l'on est de la sorte toujours à même de s'assurer du bon état de conservation du liquide avant de le faire absorber, les sucs trop anciens ou pollués devenant troubles et laissant déposer des albuminoïdes. La macération déciduale peut, d'ailleurs, se conserver plusieurs mois, mais il est préférable de ne la préparer qu'au fur et à mesure des besoins.

Notre confrère emploie ce suc à la dose de deux à six cuillerées à café par jour (dans de l'eau froide), chaque cuillerée correspondant à 1 gramme d'organe frais.

Sous l'influence de cette médication, les nourrices dont la sécrétion lactée est insuffisante verraient leur lait augmenter rapidement, sans que l'ingestion du suc décidual donnât lieu au moindre accident.

Le glycogène comme moyen de traitement de l'amaigrissement des hyperchlorhydriques.

Ayant eu l'occasion de se convaincre que les matières amylacées ne subissent qu'une transformation très incomplète, au cours de la digestion gastrique, chez les hyperchlorhydriques, et que l'amaigrissement constaté chez ces malades est en raison inverse de la quantité de substances sucrées que l'on trouve à l'analyse du suc gastrique, M. le docteur L. Meunier (de Paris) a eu l'idée de combattre cet amaigrissement par l'emploi de matières sucrées, et, en particulier, du glycogène, qui constitue, comme on le sait, le produit final de la digestion de l'amidon.

Dans 12 cas d'hyperchlorhydrie, où l'examen chimique du suc gastrique avait montré une digestion insuffisante des substances amylacées, et où les patients maigrissaient bien qu'ils absorbassent 4 litres de lait par jour, notre confrère a été à même d'obtenir une augmentation progressive du poids du corps par l'usage du glycogène administré à la dose quotidienne de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 centigr., et cela sans modifier en quoi que ce fût le régime alimentaire.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les hôpitaux de contagieux constituent-ils des centres d'infection pour le voisinage ?

A une époque où la lutte contre les affections évitables tend de plus en plus à se résumer en l'isolement du malade, soit à domicile, lorsque les conditions dans lesquelles il se trouve placé permettent de le soigner chez lui, soit dans un établissement spécial, il n'est pas sans intérêt de rechercher si les hôpitaux où sont réunis en quantité parfois fort élevée des individus atteints d'affections contagieuses ne constituent pas, pour leur voisinage plus ou moins immédiat, un danger permanent de contamination. Il paraît bien qu'il doive en être ainsi; et le public, toujours simpliste, a dès longtemps tranché la question dans le sens de l'affirmative : n'a-t-on pas vu naguère, alors que le Conseil municipal de Paris se proposait de créer dans la banlieue parisienne des hôpitaux de contagieux, les représentants de toutes les communes intéressées faire entendre d'unanimes protestations ?

Mais pour résoudre un problème de ce genre, dont la portée sociale est considérable, les arguments *a priori* n'ont qu'une valeur médiocre; il importe que des faits précis soient apportés, pouvant servir de base à un jugement solidement établi. Aussi avons-nous pensé qu'il serait utile de rechercher si les statistiques de la ville de Paris permettent de se former une opinion à cet égard : elles indiquent, en effet, pour les trente-sept dernières années, le chiffre annuel des décès, classés et selon l'affection qui a entraîné la mort, et selon le domicile des décédés; il suffisait donc de voir si dans les arrondissements ou quartiers (1) qui renferment un hôpital où sont admis des contagieux la proportion des décès par maladies infectieuses est plus grande que dans le reste de la ville.

Le problème se trouvait d'ailleurs assez étroitement limité. En effet, parmi les affections susceptibles d'être étudiées à ce point de vue, nous avons d'abord éliminé la variole, car depuis longtemps déjà il a été prouvé — de toute évidence pour l'hôpital de Homerton à Londres (2), d'une façon moins certaine pour l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers à Paris (3) — que les hôpitaux de varioleux constituent pour leur voisinage des centres de contagion. Nous n'avons pas cru non plus devoir nous occuper de la fièvre typhoïde, la propagation hydrique, même si elle n'est pas la seule possible, étant du moins de beaucoup la plus fréquente. Restent donc la rougeole, la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie; pour ces quatre maladies, nous avons pris en considération les seuls hôpitaux d'enfants, parce qu'il s'agit là d'affections surtout infantiles et que d'ailleurs il n'existe pour les contagieux adultes, à Paris, que l'hôpital du Bastion 29 et celui d'Aubervilliers, assez récents de date et édifiés hors de l'agglomération urbaine, en des points où la contagion ne risque guère d'exercer ses ravages. Les deux hôpitaux d'enfants dont nous allons nous occuper maintenant sont au contraire placés en plein centre, dans des quartiers particulièrement populeux : l'un, l'hôpital des Enfants-Malades, au « confluent » des VIe, VIIe et XVe arrondissements (voir *fig. 12*); l'autre, l'hôpital Trousseau (4), dans le faubourg Saint-Antoine, entre les XIe et XIIe arrondissements (voir *fig. 13*).

(1) On sait que la ville de Paris est divisée, au point de vue administratif, en 20 *arrondissements* comprenant chacun 4 *quartiers*.

(2) TRIPE. Dissémination de la petite vérole autour des hôpitaux de varioleux. (*Semaine Médicale*, 1885, p. 294.)

(3) Voir, à ce sujet, les deux communications de M. Créquy à l'Académie de médecine (*Semaine Médicale*, 1887, p. 419 et 1888, p. 287), ainsi que les renseignements fournis par l'administration de l'Assistance publique (*Semaine Médicale*, 1888, p. 32).

(4) L'hôpital Trousseau est aujourd'hui désaffecté, mais il a reçu des malades jusqu'à la fin du mois de mars 1901, c'est-à-dire pendant toute la longue période sur laquelle, comme on va le voir, a porté notre étude.

I

Pour qu'une étude de ce genre ait quelque valeur, il faut qu'elle embrasse une longue période de temps, afin d'éliminer toutes les causes occasionnelles susceptibles de perturber passagèrement les données statistiques. Nous avons donc commencé nos relevés à l'année 1865 et les avons poursuivis jusqu'en 1900 inclusivement, soit une durée totale de trente-six ans (1).

Un premier moyen de chercher à résoudre le problème consiste à comparer purement et simplement entre elles les mortalités moyennes par rougeole, scarlatine, coqueluche et diphtérie dans chacun des vingt arrondissements de Paris, en opérant, bien entendu, non sur les chiffres bruts, mais sur les chiffres ramenés à des populations égales : 100,000 habitants, par exemple. Il ne faut pas oublier, en effet, que les divers arrondissements de la capitale sont très inégalement peuplés : au dernier recensement (24 mars 1901), on comptait 247,460 habitants dans le XVIIIe contre 63,209 seulement dans le Ier, soit presque une différence du simple au quadruple.

Voyons donc ce que nous a donné cette manière de procéder :

Pour la période considérée, le maximum de mortalité par rougeole, scarlatine, coqueluche et diphtérie réunies appartient au XIVe arrondissement, qui a eu en moyenne 208 décès par an et par 100,000 habitants. Disons tout de suite qu'il y a lieu d'éliminer cet arrondissement : il renferme, en effet, l'hospice des Enfants-Assistés qui reçoit tous les enfants dont l'Assistance publique a la tutelle; ces enfants ayant leur domicile *réel* à cet hospice, les décès qui s'y produisent sont portés au compte du XIVe, tandis que ceux des malades succombant dans les autres établissements hospitaliers sont logiquement attribués à l'arrondissement de domicile de ces malades; de ce chef, la mortalité du XIVe se trouve grevée de tous les décès de l'hospice en question, et cet arrondissement n'est nullement comparable, au point de vue statistique, aux autres arrondissements de Paris.

Après le XIVe vient le XXe (183 décès), suivi de près par le XIIIe et le XIXe (182), puis par le XVe (180); bien loin derrière nous trouvons le XIIe (150), le XIe (137), le XVIIIe (132), le Ve (103); les onze autres arrondissements ont une mortalité inférieure à 100. La *figure 1* reproduit ces divers résultats.

A ne considérer la question que sous ce point de vue, il semblerait donc que l'hôpital des Enfants-Malades ne jouât pas un rôle bien important sur la mortalité du XVe arrondissement, où il est situé, puisque cet arrondissement ne vient qu'au quatrième rang (le XIVe étant laissé de côté); quant aux VIe et VIIe, auxquels il touche, ils comptent — le premier surtout — parmi les plus sains de Paris.

Les mêmes réflexions sont entièrement applicables à l'hôpital Trousseau, puisque le XIIe, qui le renferme, n'est que le cinquième sur notre liste, et que le XIe, qui lui est contigu, est encore un rang plus loin.

Toutefois, ces résultats globaux ne sauraient nous satisfaire. Il est évident en effet que chacune des quatre maladies dont nous nous occupons ici a une contagiosité et aussi une mortalité fort diverse; il convient donc de les examiner séparément.

(1) Nous avons recueilli nos documents dans la collection de l'*Annuaire statistique de la ville de Paris* de 1883 à 1898 (l'Annuaire de 1883 contient le rappel des chiffres relatifs à la période 1865-1882) et, pour les deux dernières années, dans les *Tableaux mensuels de statistique municipale de la ville de Paris* (1899, n° 13, et 1900, n° 13), l'Annuaire de 1899 et celui de 1900 n'ayant pas encore paru au moment où nous avons rédigé ce travail.

En ce qui concerne la rougeole (*fig. 2*), c'est encore le XIVe qui tient la tête avec 90 décès par an et par 100,000 habitants; nous savons qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. C'est ainsi le XIIIe qui se trouve en première ligne (78 décès); puis vient le XVe (67), ensuite le XIXe et le XXe (66), le XIIe (50); les quatorze autres arrondissements ont une mortalité moyenne inférieure à 50.



Fig. 1. — Moyenne annuelle des décès par *rougeole, scarlatine, coqueluche* et *diphtérie réunies*, pour 100,000 habitants, dans chaque arrondissement de Paris, durant la période 1865-1900.

Ici encore, l'arrondissement où se trouve l'hôpital des Enfants-Malades, s'il est vrai qu'il a une mortalité élevée, n'est cependant pas le premier de la liste, puisqu'il est dépassé, et de beaucoup, par le XIIIe; comme toujours le VIe et le VIIe ont une mortalité très faible : ils occupent respectivement le quinzième et le treizième rang. Quant au XIIe et au XIe, ils sont l'un à la cinquième place, l'autre à la septième.

Pour la scarlatine, les résultats sont assez notablement différents; ainsi que le montre la *figure 3*, c'est le XVe qui est en tête, avec 11 décès et demi, en moyenne, par an et par 100,000 habitants; nous éliminerons le XIVe, qui le suit avec 10 décès et demi; puis viennent le XIXe et le XIIe (10.25); les autres arrondissements ont moins de 10 décès; ajoutons que si le VIe occupe toujours un rang très favorable, le VIIe, en rapports plus immédiats avec l'hôpital

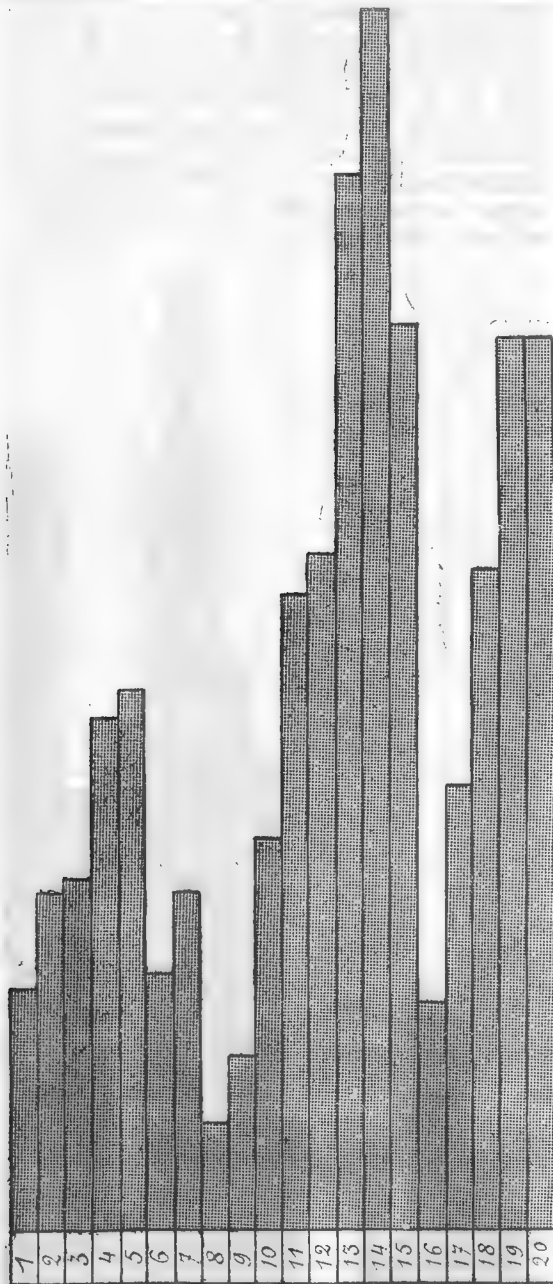


Fig. 2. — Moyenne annuelle des décès par *rougeole*, pour 100,000 habitants, dans chaque arrondissement de Paris, durant la période 1865-1900.

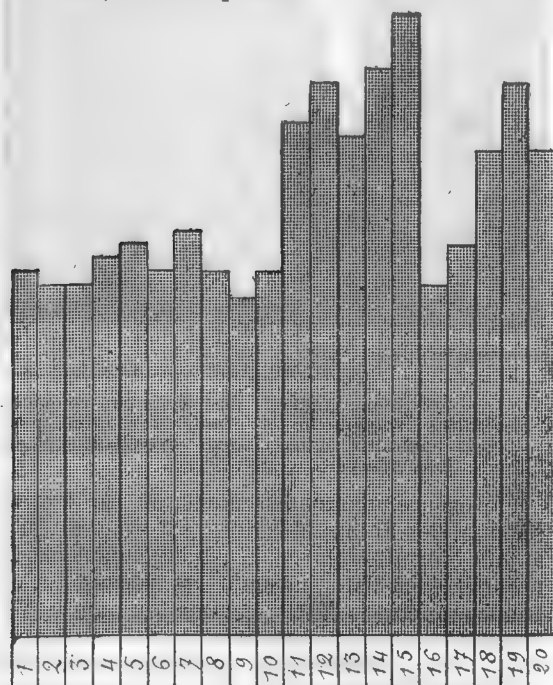


Fig. 3. — Moyenne annuelle des décès par *scarlatine*, pour 100,000 habitants, dans chaque arrondissement de Paris, durant la période 1865-1900.

des Enfants-Malades, de par la disposition des lieux, est en huitième ligne avec 7 décès et demi; c'est de tous les arrondissements « centraux » (1) le plus frappé, encore que ce ne soit pas, et à beaucoup près, un de ceux où la mortalité totale, toutes causes réunies, est le plus élevée.

La différence entre les divers arrondissements est faible, il est vrai, puisque la mortalité oscille entre 6.25 (chiffre minimum) et 11.50 (chiffre maximum) pour 100,000 habitants; mais il ne faut pas oublier que la scarlatine est à Paris relativement rare et que sa mortalité y est faible : le total des décès, pour l'ensemble de la ville et dans la période 1865-1901, a varié, d'après M. J. Giboux (1), entre 576 en 1870 et 60 en 1878, avec une moyenne annuelle de 177. Aussi nous paraît-il difficile de ne pas attribuer un rôle à la présence de l'hôpital des Enfants-Malades dans les conditions si défavorables que présente à ce point de vue le XVe arrondissement.

A noter que le XIIe et le XIe occupent respectivement la deuxième et la quatrième place, avec 10.25 et 9.50 décès par an et par 100,000 habitants.

Si nous passons maintenant à la coqueluche, dont l'étude est synthétisée par le graphique suivant (*fig. 4*), nous constatons que les arrondissements où la mortalité par cette maladie atteint son maximum sont le XIXe et le XXe, avec 34 décès par an en moyenne, puis viennent les XIIe, XIIIe et XIVe avec 24 décès, ensuite le XVe et le XVIIIe avec 20 décès; les treize arrondissements restants sont au-dessous de ce dernier chiffre, leur mortalité décroissant progressivement de 18 (XIe) à 3 (VIIIe). Ici, comme pour la rougeole, le XVe ne paraît donc pas se ressentir fâcheusement de la présence de l'hôpital des Enfants-Malades, puisqu'il n'occupe que le cinquième rang. Quant au XIIe, il se trouve en troisième ligne *ex æquo* avec le XIIIe et le XIVe, mais ce sont là des arrondissements à mortalité générale élevée, comme nous aurons bientôt à le dire, et de ce chef il y a lieu de faire quelques réserves sur ce résultat.

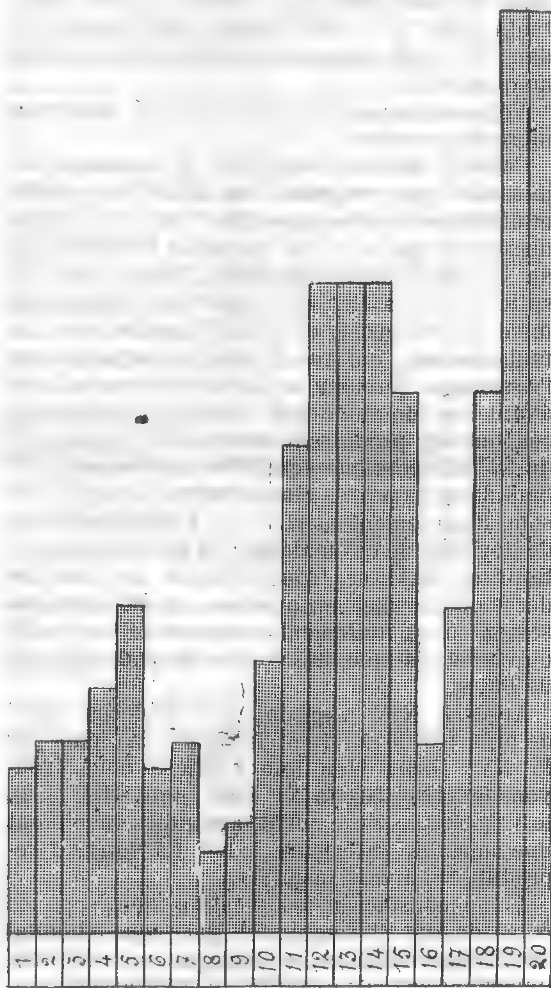


Fig. 4. — Moyenne annuelle des décès par *coqueluche*, pour 100,000 habitants, dans chaque arrondissement de Paris, durant la période 1865-1900.

Avec la diphtérie (*fig. 5*), nous arrivons à des conclusions plus solides : après le XIVe, qui tient la tête avec une moyenne de 84 décès annuels par 100,000 habitants, mais que nous devons négliger, vient immédiatement — et le suivant de très près — le XVe qui fournit 82 décès; nous trouvons ensuite, assez loin en arrière, le XXe (74 décès); le XIXe (72) et le XIIIe (71), puis le XIIe (66) et le XIe (63), enfin le XVIIIe (54); nous pouvons laisser de côté les autres arrondissements, qui tous ont une mortalité moyenne inférieure à 50. L'influence de l'hôpital des Enfants-Malades sur le XVe, au point de vue de la diphtérie, paraît ici difficilement contestable; elle semble, au contraire, nulle sur les deux arrondissements limitrophes, le VIe, qui, avec 34 décès, est au quinzième rang, et le VIIe (40 décès), qui occupe le onzième. Quant à l'hôpital Trousseau, il ne semble, au contraire, avoir joué, dans la dissémination de la diphtérie, qu'un rôle assez effacé, puisque les deux arrondissements intéressés, le XIe et le XIIe, ont une mortalité assez élevée à la vérité, mais qui ne les classe cependant qu'en cinquième et sixième ligne.

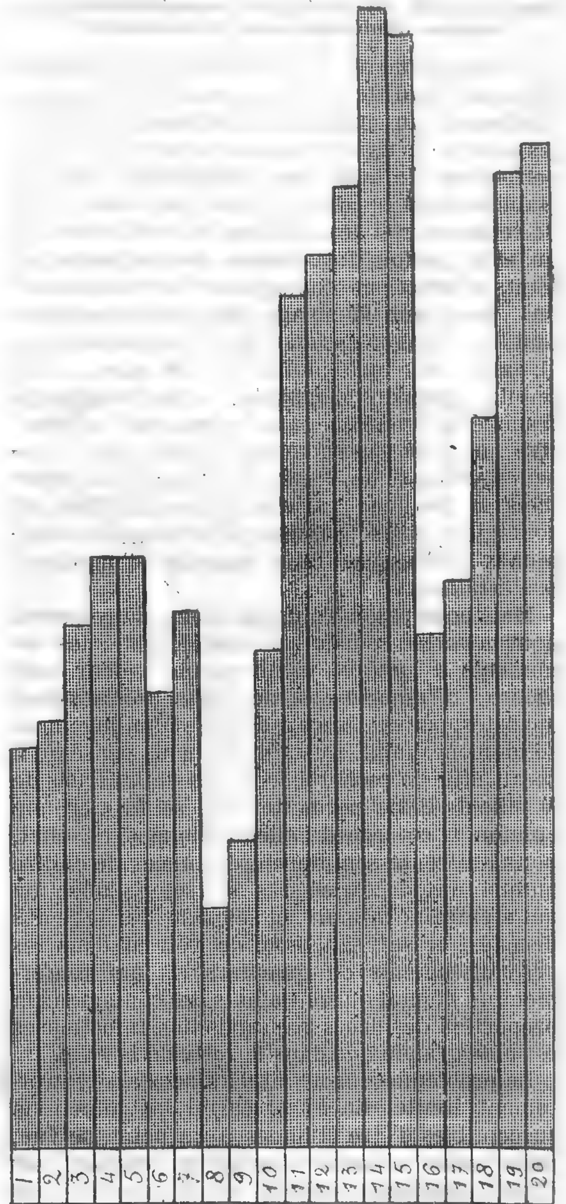


Fig. 5. — Moyenne annuelle des décès par *diphtérie*, pour 100,000 habitants, dans chaque arrondissement de Paris, durant la période 1865-1900.

Ainsi donc, si l'on voulait résumer en quelques mots les résultats de ces premières investigations, on pourrait conclure que l'influence de l'hôpital des Enfants-Malades est manifeste, dans le XVe, sur la mortalité par diphtérie et par scarlatine; au contraire, elle semble nulle sur la mortalité par coqueluche et par rougeole. Cette influence ne paraît pas se faire sentir sur le VIe et le VIIe, tout proches cependant. Enfin la présence de l'hôpital Trousseau ne semble avoir eu aucune répercussion sur la mortalité dans les XIe et XIIe arrondissements.

(1) Les arrondissements *centraux* sont ceux qui ne touchent pas à l'enceinte fortifiée de Paris; ils sont au nombre de 11 (du Ier au XIe) et sont séparés des fortifications par la série des arrondissements *périphériques* (du XIIe au XXe).

(1) J. Giboux. La scarlatine à Paris dans les trente-sept dernières années. (*Thèse de Paris*, 1902.)

II

Ces conclusions peuvent-elles être acceptées sans autre discussion? Assurément elles seraient rigoureusement exactes si tous les arrondissements de la capitale se trouvaient placés dans les mêmes conditions hygiéniques. Il n'en est rien, tant s'en faut : la densité de la population est fort dissemblable d'un arrondissement à l'autre; la situation sociale des habitants n'est pas moins variable; la misère avec toutes ses conséquences (surpeuplement des logements, mauvaise alimentation, transgression des règles d'hygiène les plus élémentaires) met les arrondissements pauvres en état d'infériorité très marquée par rapport aux arrondissements plus fortunés, et cette inégalité se traduit par des mortalités fort diverses. Or, quoi d'étonnant à ce que la mortalité par rougeole, diphtérie ou toute autre maladie soit très considérable dans un arrondissement où la mortalité totale, toutes causes réunies, atteint elle-même un taux très élevé? Nous avons donc cru devoir reprendre l'étude de la question en tenant compte de ce nouveau facteur, à savoir le taux de la mortalité globale.

Nous avons commencé par calculer la moyenne annuelle des décès *de toutes causes*, par 100,000 habitants, pour chaque arrondissement, en relevant le nombre des décès depuis 1881 jusqu'à 1900, soit pendant une période de vingt ans; les résultats de cette étude sont représentés par le graphique ci-dessous (*fig. 6*).

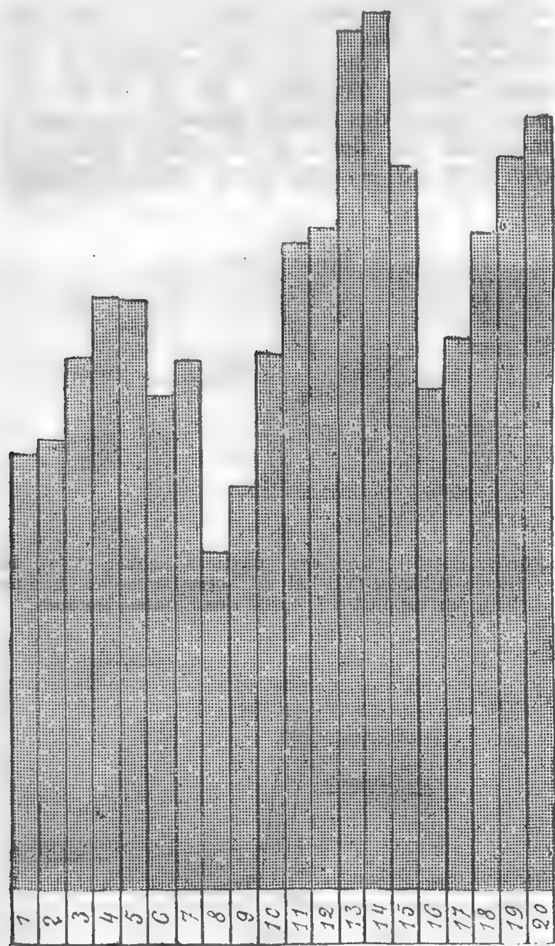


Fig. 6. — Moyenne annuelle des décès par toutes causes, pour 100,000 habitants, dans chaque arrondissement de Paris, durant la période 1881-1900.

On y remarque tout de suite les différences vraiment énormes qui existent entre les divers arrondissements : alors qu'il n'y a eu en moyenne, durant la période considérée, que 1,232 décès par an et par 100,000 habitants dans le VIIIe, il y en a eu 3,223 dans le XIVe; la comparaison de ces deux chiffres se traduit par le rapport 38 %, c'est-à-dire que la mortalité est plus de deux fois et demie plus considérable dans le XIVe que dans le VIIIe.

On peut au reste répartir les vingt arrondissements parisiens, à ce point de vue, en trois groupes : le premier, celui des arrondissements *à mortalité très élevée* (plus de 3,000 décès par an et par 100,000 habitants), comprend le XIVe et le XIIIe (3,223 et 3,152); dans le second, celui des arrondissements *à mortalité élevée* (plus de 2,000 décès), se rangent, par ordre décroissant, le XXe, le XIXe, le XVe, le XIIe, le XVIIIe, le XIe, le IVe, le Ve et le XVIIe (de 2,685 à 2,025 décès); au troisième, enfin, celui des arrondissements *à mortalité faible* (moins de 2,000 décès), ressortissent le Xe, le IIIe, le VIIe, le XVIe, le VIe, le IIe, le Ier, le IXe et le VIIIe (de 1,960 à 1,232).

Si l'on admet une telle classification, on remarquera dès l'abord que tous les arrondissements que nous avons cités dans le chapitre précédent comme ayant la plus forte mortalité par rougeole, scarlatine, coqueluche ou diphtérie appartiennent à nos deux premières catégories, c'est-à-dire sont des arrondissements à mortalité élevée ou très élevée; dès lors, il devient nécessaire de rechercher si ce n'est pas à cette haute mortalité générale que ces arrondissements doivent leur fâcheuse supériorité au point de vue particulier qui nous occupe. Pour trancher la question, il faut calculer la mortalité par chacune des quatre maladies envisagées non plus par rapport à un chiffre déterminé de population (soit 100,000 habitants), mais bien par rapport à la mortalité globale, toutes causes réunies.

III

Quand on vient à faire ce calcul, en prenant pour termes de comparaison d'une part le nombre des décès par rougeole, scarlatine, coqueluche et diphtérie, d'autre part le total des décès quelle qu'en soit la cause, on constate que le premier rang revient au XVe arrondissement : on y compte 68.17 ‰ de décès par les maladies envisagées; peu en arrière se trouve le XIXe (67.86 ‰), puis, très voisins l'un de l'autre, le XIVe et le XXe (64.67 et 64.51 ‰), ensuite le XIIe (61.96 ‰), le XIe, le XIIIe et le XVIIIe (58.20, 57.80 et 54.75 ‰); douze arrondissements, en tête desquels vient le Ve, ont moins de 50 ‰ (de 47,75 à 29 ‰) de décès « infectieux » (*fig. 7*).

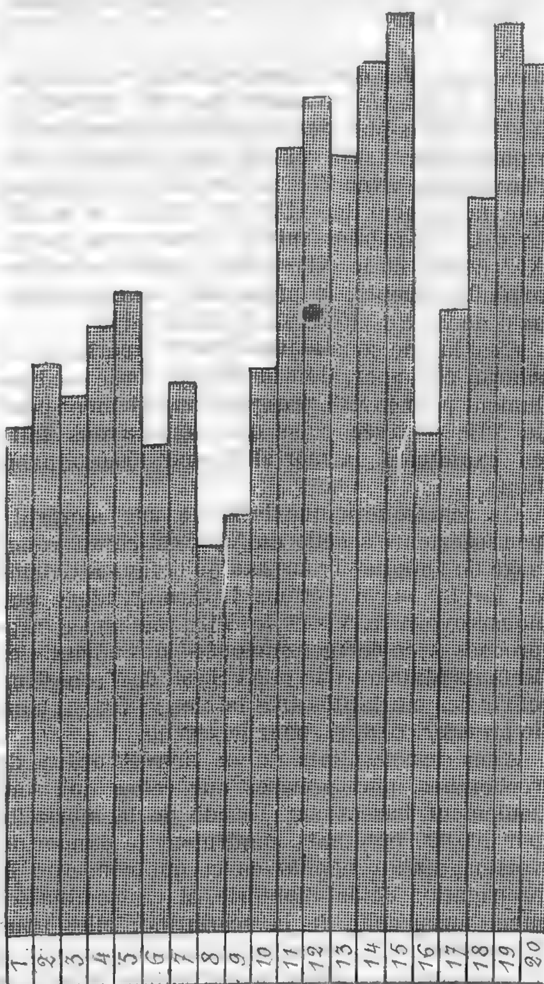


Fig. 7. — Proportion des décès par *rougeole, scarlatine, coqueluche* et *diphtérie réunies*, sur 1,000 décès de toutes causes, dans chaque arrondissement de Paris.

Ainsi, à cet égard, c'est le XVe qui est le plus mal partagé, et ce fait est d'autant plus significatif que cet arrondissement, à ne considérer que sa mortalité totale, n'est pas des plus insalubres : il vient sensiblement après le XIVe, le XIIIe, le XXe et le XIXe (voir *fig. 6*). A quoi attribuer cette particularité, sinon à la présence de l'hôpital des Enfants-Malades ? Celui-ci par contre ne paraît nullement agir sur le VIe et le VIIe, qui se trouvent parmi les derniers de la liste.

Quant aux XIIe et XIe, ils sont, eux aussi, au nombre des plus atteints, encore que — outre le XVe — le XIXe, le XIVe (mais celui-ci est à éliminer) et le XXe passent avant eux. Au total, ils occupent respectivement le quatrième et le cinquième rang, alors que sur la liste de classement par taux de mortalité globale (voir *fig. 6*) ils sont seulement en cinquième et en septième ligne; ils ont donc plus de décès « infectieux » qu'ils n'en devraient avoir si ces décès étaient uniformément répartis sur tous les arrondissements.

Voyons d'ailleurs ce que va nous apprendre l'étude séparée de chacune des quatre maladies en cause.

Pour la rougeole (*fig. 8*), le premier rang appartient au XIVe, avec une mortalité par rougeole atteignant 27.92 ‰ du total des décès; cet arrondissement éliminé, c'est le XVe qui tient la tête (25.31 ‰), puis viennent le XIIIe, le XIXe et le XXe (24.74, 24.58 et 23.27 ‰), le XIIe et le XVIIIe (20.62 et 20.33 ‰); les autres ont une proportion de décès par rougeole inférieure à 20 ‰ de la mortalité totale. On voit donc que, d'après cette manière de calculer, le XVe est *proportionnellement* l'arrondissement le plus frappé, fait que ne mettait pas en évidence l'étude de la mortalité par 100,000 habitants; quant au VIIe et au VIe, ils ne paraissent nullement influencés par le voisinage de l'hôpital des Enfants-Malades, pas plus que le XIIe — ni surtout le XIe — par celui de l'hôpital Trousseau.

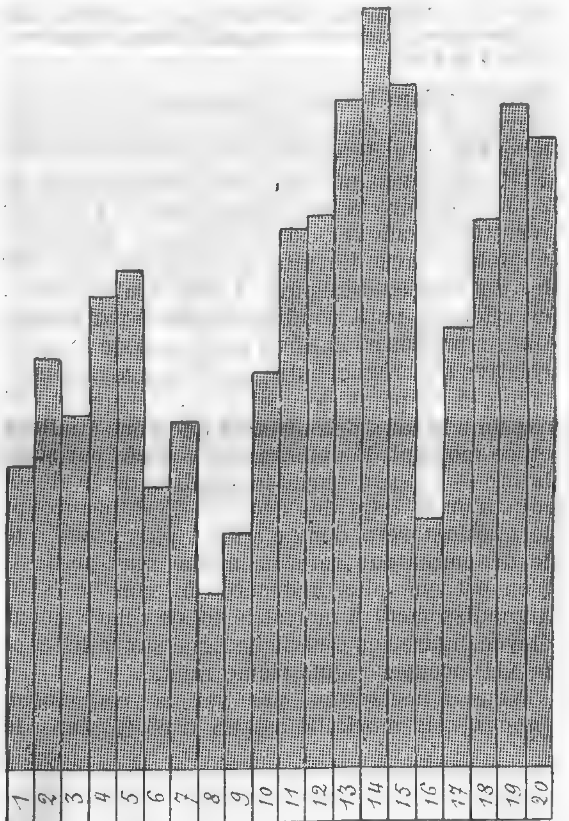


Fig. 8. — Proportion des décès par *rougeole*, sur 1,000 décès de toutes causes, dans chaque arrondissement de Paris.

En ce qui concerne la scarlatine (*fig. 9*), nous arrivons à un résultat tout à fait imprévu : c'est le VIIIe, l'arrondissement le plus sain de Paris, le dernier sur la liste de mortalité globale, qui compte, pour 1,000 décès, le plus de morts par scarlatine (5.47). Le XVe, que nous rencontrons ensuite, en a 4.34, le IXe 4.24, le XIIe et le Ier 4.22, le XIe 4.02, etc. Ainsi, sur les six arron-

dissements les plus frappés, en figurent trois (VIIIe, IXe et Ier) qui sont au nombre de ceux dont la mortalité générale est le plus faible,

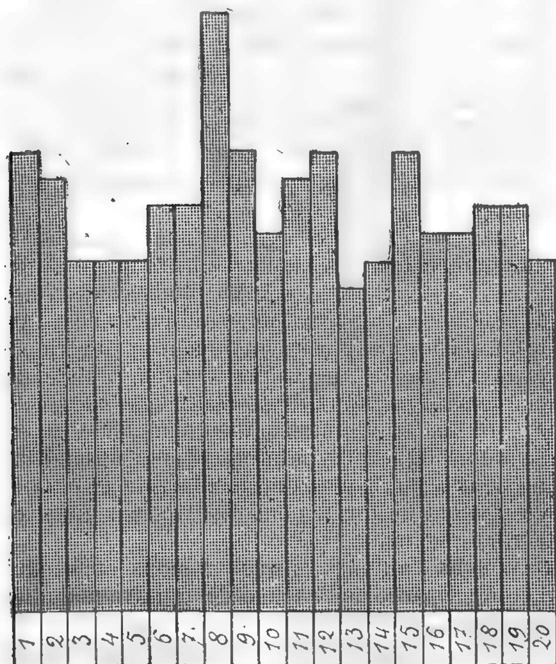


Fig. 9. — Proportion des décès par *scarlatine*, sur 1,000 décès de toutes causes, dans chaque arrondissement de Paris.

alors que dans les arrondissements à mortalité élevée ou très élevée (XIVe, XXe, XIIIe) on relève fort peu de décès par scarlatine : c'est le XIIIe qui, avec une mortalité scarlatineuse de 2.93 ‰, clôture la liste ouverte par le VIIIe ! Ce résultat paradoxal est évidemment imputable à quelque cause fortuite qui est venue troubler les données statistiques ; il faut tenir compte, en effet, du petit nombre des décès par scarlatine, exprimés en chiffres absolus, et de l'égalité relative qui règne entre les divers arrondissements à ce point de vue : dans le rapport qui exprime le taux de mortalité que nous étudions en ce moment, le numérateur — décès par scarlatine — est peu variable, tandis que le dénominateur — total des décès — l'est beaucoup ; le quotient sera donc d'autant plus grand que le dénominateur sera lui-même plus petit. Il n'en est que plus instructif de voir le XVe, arrondissement à mortalité totale relativement élevée, figurer en deuxième ligne sur la liste, et le XIIe occuper le quatrième rang.

Nous n'insisterons pas sur la coqueluche (*fig. 10*) : la mortalité est de 12.66 ‰ dans le XIXe, de 11.98 ‰ dans le XXe, de moins de 10 ‰ dans les autres arrondissements ; le XVe ne vient qu'au septième rang, ce qui confirme absolument les renseignements obtenus par l'étude de la mortalité par 100,000 habitants ; le XIIe par contre suit immédiatement le XIXe et le XXe, mais c'est, nous le savons, un arrondissement à mortalité globale élevée, et le fait n'a dès lors rien de bien surprenant.

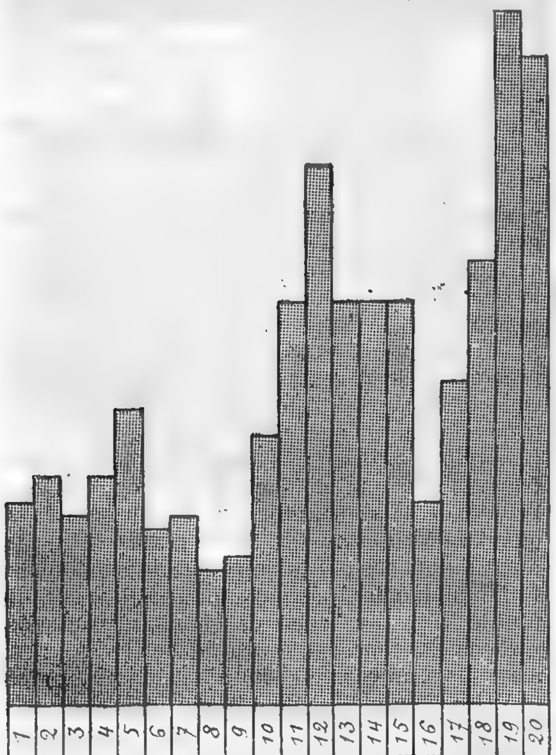


Fig. 10. — Proportion des décès par *coqueluche*, sur 1,000 décès de toutes causes, dans chaque arrondissement de Paris.

La diphtérie (*fig. 11*) mérite de nous arrêter

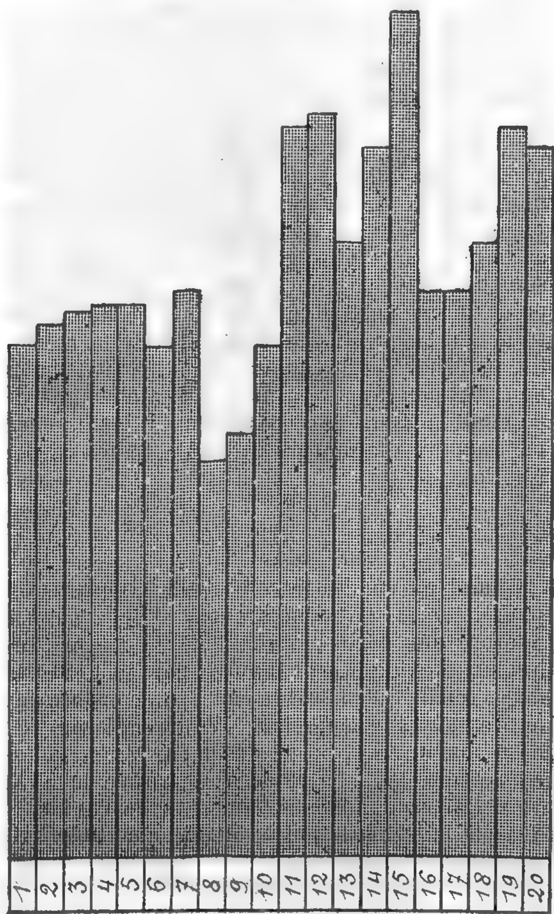


Fig. 11. — Proportion des décès par *diphtérie*, sur 1,000 décès de toutes causes, dans chaque arrondissement de Paris.

davantage ; *les deux arrondissements à hôpitaux d'enfants tiennent la tête :* d'abord le XVe (Enfants-Malades) avec 30.97 décès diphtériques pour 1,000 cas de mort, puis le XIIe (Trousseau) avec 27.22 ‰ ; celui-ci ne distance que faiblement le XIXe (26. 81 ‰) et le XIe (26.67), eux-mêmes suivis d'assez près par le XXe (26.09) et le XIVe (26.06) ; pour les autres arrondissements, la proportion va en s'abaissant de 22.52 ‰ (XIIIe) à 14.61 ‰ (VIIIe).

C'est là une constatation dont l'importance ne saurait échapper, alors qu'elle concorde — absolument pour le XVe, presque complètement pour le XIIe — avec celle que nous avons faite en examinant la mortalité pour 100,000 habitants.

On remarquera que le XIe a une mortalité peu inférieure à celle du XIIe ; est ce au voisinage de l'hôpital Trousseau qu'il faut attribuer ce fait ? Nous n'oserions l'affirmer, alors que nous voyons le VIe et le VIIe, tout aussi rapprochés — ce dernier surtout — de l'hôpital des Enfants-Malades que le XIe l'est de Trousseau, offrir des mortalités très faibles : 18.84 ‰ pour le premier, 20.65 ‰ pour le second.

Ainsi les résultats de ce nouvel ordre de recherches, plus précises que celles qui sont seulement basées sur l'étude de la mortalité par 100,000 habitants, confirment le danger du voisinage d'un hôpital en ce qui concerne la propagation de la diphtérie, et vraisemblablement aussi celle de la scarlatine ; elles nous laissent dans le doute pour la rougeole, car il y a discordance entre les résultats relatifs à l'hôpital des Enfants-Malades et ceux qui ont trait à l'hôpital Trousseau ; elles montrent enfin que le danger de contagion coquelucheuse est nul, ou du moins n'est pas assez grand pour être mis en évidence par les méthodes statistiques.

IV

Mais peut-être est-il possible de serrer le problème de plus près encore. Les arrondissements parisiens — ceux de la périphérie surtout — sont fort étendus : le XVe et le XIIe en particulier, qui offrent un intérêt tout spécial au point de vue qui nous occupe, couvrent une superficie qui n'est pas inférieure à 721 hectares pour le premier, à 568 hectares pour le second, ce qui — étant donné qu'ils affectent la forme générale de carrés, fort irréguliers du reste — correspond à des côtés de près de 2,650 mètres de longueur pour le XVe, de 2,400 environ pour le XIIe ; en outre, l'hôpital des Enfants-Malades et l'hôpital Trousseau sont tous deux situés à la périphérie de leurs arrondissements respectifs ; dès lors, peut-on admettre que le contage sera facilement transporté au fond de l'arrondissement, à plus de 2 kilomètres de son point de départ ? Et si l'hôpital n'est un centre de contagion que pour son voisinage immédiat, l'étude de la mortalité de l'arrondissement tout entier, dont une partie seulement est soumise à cette cause de contamination, est-elle susceptible d'élucider suffisamment le point que nous discutons ? Nous ne l'avons pas pensé ; aussi pour éclaircir ce doute, avons-nous étudié comparativement la mortalité pour chacune des maladies que nous envisageons et *dans le quartier* où est situé l'hôpital, et *dans le reste de l'arrondissement.* En raison du voisinage très immédiat du XIe pour l'hôpital Trousseau, du VIe et du VIIe pour l'hôpital des Enfants-Malades — comme le montrent les deux petits plans ci-dessous (*fig. 12* et *13*) —, nous avons cru devoir appli-

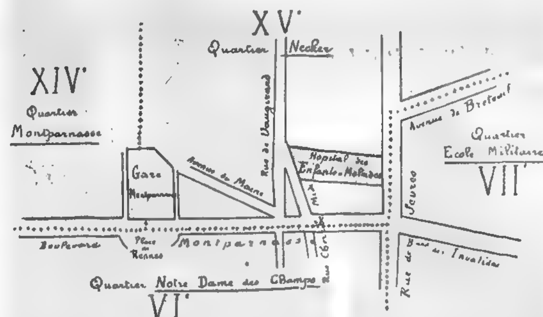


Fig. 12. — Situation des quartiers Necker (XVe), de l'École-Militaire (VIIe) et de Notre-Dame-des-Champs (VIe), par rapport à l'hôpital des Enfants-Malades.

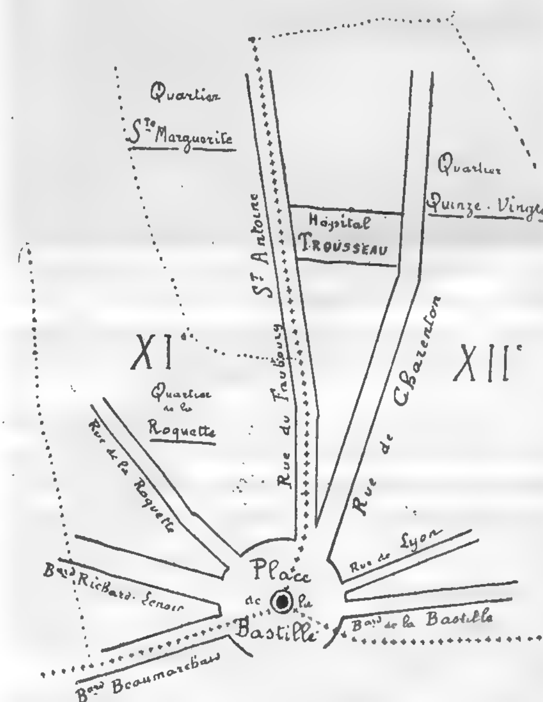


Fig. 13. — Situation des quartiers des Quinze-Vingts (XIIe) et de Sainte-Marguerite (XIe), par rapport à l'hôpital Trousseau.

quer également à ces trois arrondissements cette manière de calculer; nous allons donc comparer maintenant, d'abord la mortalité du quartier Necker — où se trouve l'hôpital des Enfants-Malades — à celle du reste du XVe, puis celle du quartier des Quinze-Vingts — qui renferme l'hôpital Trousseau — à celle du reste du XIIe, enfin celle du quartier Notre-Dame-des-Champs à celle du reste du VIe, celle du quartier de l'Ecole-Militaire à celle du reste du VIIe et celle du quartier Sainte-Marguerite à celle du reste du XIe. Ces calculs portent sur la période de neuf ans qui s'étend de 1892 à 1900.

Dans la période de temps considérée, les décès par rougeole, scarlatine, coqueluche et diphtérie *réunies* atteignent, dans le quartier Necker, le taux de 102.68 pour 100,000 habitants; dans le reste du XVe, celui de 112.97; ils représentent 44.10 ‰ de la mortalité totale de ce quartier, et 44.58 ‰ de celle du reste de l'arrondissement.

Pour le quartier des Quinze-Vingts, ces chiffres sont : 89.84 pour 100,000 habitants et 42.39 ‰ de la mortalité générale; pour le reste du XIIe, 87.66 pour 100,000 habitants et 38.89 ‰ de la mortalité générale. Les résultats sont donc contradictoires, puisque le quartier Necker (avec l'hôpital des Enfants-Malades) se trouve dans une situation plus favorable que le reste du XVe arrondissement, tandis que le quartier des Quinze-Vingts (avec l'hôpital Trousseau) est plus touché que le reste du XIIe.

Si nous passons aux quartiers limitrophes des deux hôpitaux, mêmes incertitudes : la situation du quartier Notre-Dame-des-Champs (contigu à l'hôpital des Enfants-Malades) est meilleure que celle du reste du VIe (35.06 pour 100,000 habitants et 22.48 ‰ de la mortalité générale dans un cas, 55.38 et 32.52 de l'autre), alors que celle du quartier de l'Ecole-Militaire est moins bonne que celle du reste du VIIe (69.58 et 32.77 contre 48.01 et 30.93); au voisinage de l'hôpital Trousseau, enfin, le quartier Sainte-Marguerite ne paraît pas touché par la contagion quand on le compare au reste du XIe (92.81 et 43.49 contre 93.79 et 43.78).

Mais ici encore ces résultats globaux n'ont qu'une valeur restreinte, et il importe d'étudier séparément chacune des maladies envisagées.

La rougeole a causé 46.12 décès pour 100,000 habitants — soit 19.81 ‰ de la mortalité générale — dans le quartier Necker; les chiffres correspondants sont plus élevés pour le reste du XVe (54.37 et 21.45). Il en est de même pour le quartier Notre-Dame-des-Champs (12.35 et 7.92 contre 18.97 et 11.49 dans le reste du VIe); c'est au contraire le phénomène inverse qui se manifeste pour le quartier de l'Ecole-Militaire (25.47 et 11.99 contre 18.88 et 12.15 dans le reste du VIIe). Le quartier des Quinze-Vingts est moins touché que le reste du XIIe (30.76 et 14.51 contre 34.02 et 15.09); celui de Sainte-Marguerite l'est plus que le reste du XIe (41.19 et 19.30 contre 37.62 et 17.56).

En ce qui concerne la scarlatine, les résultats sont plus nets, au moins pour le quartier Necker — où nous trouvons que cette affection a donné une mortalité de 7.63 pour 100,000 habitants, soit 3.28 pour 1,000 décès de toutes causes, alors que dans le reste du XVe ces chiffres sont respectivement 4.70 et 1.85 — et pour le quartier de l'Ecole-Militaire (16.40 et 7.72 contre 4.11 et 2.64 pour le reste du VIIe). Dans le quartier Notre-Dame-des-Champs, par contre, les chiffres sont plus faibles (4.54 et 2.91) que dans le reste du VIe (5.67 et 3.43); il en est de même du quartier des Quinze-Vingts (6.63 et 3.12) comparé au reste du XIIe (7.36 et 3.26) et de celui de Sainte-Marguerite (6.39 et 2.99) par rapport au reste du XIe (8.12 et 3.79).

Pour la coqueluche, *tous* les quartiers dont nous nous occupons ont des chiffres plus faibles que le reste des arrondissements respectifs, exception faite pour le quartier des Quinze-Vingts où la mortalité coquelucheuse constitue 7.93 ‰ de la mortalité générale (contre 7.58 ‰ dans le reste du XIIe); encore la proportion des décès par coqueluche, pour 100,000 habitants, y est-elle plus faible (16.81 contre 17.09). Ce fait montre bien, nous semble-t-il, que la contagiosité de la coqueluche ou bien est nulle, ou du moins est trop faible pour être décelable par les ressources de la statistique.

Pour la diphtérie, enfin, les résultats ne sont pas moins concordants, mais en sens inverse : des cinq quartiers envisagés, quatre ont une mortalité diphtérique plus élevée que le reste des arrondissements correspondants, et les décès par diphtérie y constituent également une proportion plus grande de la mortalité générale (sauf pour le quartier de l'Ecole-Militaire). Seul, le quartier Notre-Dame-des-Champs se trouve dans une situation privilégiée par comparaison avec le reste du VIe (1).

Voici au reste les chiffres relatifs à la mortalité par diphtérie dans chacun des quartiers et arrondissements :

	Décès par diphtérie	
	pour 100,000 hab.	pour 1,000 décès.
Necker	35.66	15.31
Reste du XVe	34.30	13.53
Notre-Dame-des-Champs	13.62	8.73
Reste du VIe	22.49	13.61
Ecole-Militaire	22.05	10.31
Reste du VIIe	16.76	10.79
Sainte-Marguerite	31.47	14.74
Reste du XIe	30.01	14.01
Quinze-Vingts	36.01	16.99
Reste du XIIe	29.16	12.93

V

Si nous voulons tirer une conclusion générale de tous les faits que nous venons d'exposer, nous voyons qu'un résultat du moins est acquis : c'est que la présence d'un hôpital renfermant des diphtériques influe sur la mortalité par diphtérie dans les environs. Jusqu'à quelle distance se fait sentir cette influence? C'est ce que nous ne saurions déterminer; elle se traduit, il est vrai, par une augmentation de la mortalité de tout l'arrondissement, mais peut-être — sans doute même — cette augmentation est-elle due simplement au plus grand nombre des décès dans le voisinage immédiat de l'hôpital, car il est difficile d'admettre, comme nous l'avons déjà fait observer, que le contage puisse être transporté à une distance qui, pour le point le plus éloigné de l'arrondissement, dépasserait 2 kilomètres.

Nous ne pouvons être tout à fait aussi affirmatif en ce qui concerne la scarlatine; les résultats que nous avons obtenus sont en effet moins concordants. Mais il faut tenir compte ici, nous l'avons dit, du petit nombre des cas, permettant à une circonstance toute fortuite — une épidémie de maison, par exemple — de fausser les données statistiques. Quoiqu'il en soit, si les dangers de contagion paraissent moins grands pour cette affection que pour la diphtérie, ils nous semblent cependant réels, au moins dans certaines circonstances, ainsi que nous l'a montré l'étude de la mortalité par cette maladie dans le quartier Necker.

Nous ne dirons rien de la rougeole; nos chiffres sont tout à fait contradictoires; il est d'ailleurs *a priori* peu probable que la présence d'un hôpital contenant des rougeoleux soit une source d'infection bien efficace pour le voisinage, s'il est vrai que cette affection n'est contagieuse que pendant sa phase d'invasion, c'est-à-dire — pour l'immense majorité des cas — avant toute hospitalisation.

(1) Nous ne croyons pas que ce quartier ait avec l'hôpital des Enfants-Malades — en dépit de la proximité de cet hôpital — des rapports bien fréquents ni bien étroits. Comme on peut le voir sur la *figure 12*, le quartier Notre-Dame-des-Champs est en effet séparé du quartier Necker — et par conséquent de l'hôpital des Enfants-Malades — par le boulevard Montparnasse, large avenue plantée d'arbres; le danger de contagion par l'air est donc en grande partie éliminé. En outre, c'est un quartier riche, avec lequel le personnel de l'hôpital et les parents des petits malades ne peuvent avoir beaucoup de contact, ce qui écarte le danger de contagion indirecte.

Quant à la coqueluche, nous ne pouvons que le répéter, sa contagiosité paraît nulle, ou du moins elle est trop faible pour qu'on puisse la mettre en évidence par les méthodes que nous avons employées; pratiquement il nous semble qu'on peut ne pas s'en préoccuper.

Au total, il est incontestable que la *diphtérie*, et il est très probable que la *scarlatine*, rayonnent autour des hôpitaux où sont soignés des diphtériques et des scarlatineux. En conclurons-nous que ces hôpitaux doivent être éloignés de toute agglomération urbaine? Ce serait là une solution bien radicale, et qui n'irait pas sans soulever de multiples objections : de la part des familles, désireuses à juste titre de voir leurs malades éloignés d'elles le moins possible; de la part des populations de banlieue — quelque clairsemées qu'elles soient — auxquelles on imposerait le voisinage d'établissements présumés dangereux, etc.

Une telle mesure n'est d'ailleurs pas nécessaire; on parviendra sans doute à écarter tout péril en édifiant pour les contagieux, selon les principes de l'hygiène hospitalière moderne, de petits pavillons isolés et entourés d'arbres, le mur d'enceinte circonscrivant en outre une sorte d' « espace mort » assez étendu; et surtout en exerçant la surveillance la plus minutieuse pour empêcher toute propagation du contage par les allées et venues inévitables dans un grand établissement hospitalier. C'est de la sorte que l'on pourra concilier ces deux *desiderata* fondamentaux en pareille matière : laisser les hôpitaux là où ils sont le plus nécessaires, c'est-à-dire à proximité des centres populeux, sans exposer pour cela à la contagion les habitants des quartiers voisins.

Dr F. Farnarier (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De l'état fonctionnel du membre supérieur après la résection totale de l'omoplate pour néoplasmes, par MM. E. Quénu et G. Rénon.

Chez un garçon de seize ans auquel on avait dû réséquer l'omoplate droite pour un ostéosarcome, MM. Quénu et Rénon, quatre mois et demi après l'intervention, ont pu constater que les mouvements les plus essentiels du bras étaient conservés : le jeune malade portait avec force et aisance son membre supérieur en avant, en arrière et en dehors; l'humérus était solidement fixé sous l'extrémité externe de la clavicule, et le patient le faisait mouvoir à son gré. Ce bon résultat fonctionnel leur paraît dû à la fixation de l'extrémité supérieure de l'humérus, à l'aide d'un fil d'argent réunissant l'extrémité externe de la clavicule à la capsule humérale, et de sutures complémentaires au fil de lin entre la capsule et les parties fibreuses périclaviculaires.

Cette observation a été le point de départ d'un travail dans lequel les auteurs ont recherché dans quelle mesure les divers opérateurs ont réalisé cette conservation des mouvements et à quelle technique on peut l'attribuer spécialement.

Ils ont pu rassembler 39 observations de résection totale de l'omoplate pour tumeurs malignes, avec conservation du membre supérieur. Dans 10 cas une partie de la clavicule avait été réséquée en même temps que l'omoplate : 7 fois le résultat fonctionnel fut franchement mauvais, 1 fois il fut douteux, et 2 fois seulement on signale la possibilité de quelques mouvements. Sur 5 cas où l'acromion fut conservé, 4 fois le résultat fut bon, 1 fois il fut douteux. Enfin, sur les 24 cas où l'omoplate fut extirpée entièrement, on trouve 9 résultats très satisfaisants, 10 passables et 5 douteux. En résumé, sur 39 faits, on note 25 résultats assez satisfaisants; or, dans ces 25 cas, la fixation de l'humérus avait été réalisée. Elle le fut,

dans des observations anciennes, par les rétractions cicatricielles consécutives aux longues suppurations si fréquentes avant l'asepsie. La conservation de l'acromion, dans 5 cas, a constitué également un bon moyen de maintien de la tête humérale, en même temps qu'elle a conservé les attaches deltoïdiennes. Enfin la fixation de l'humérus a été aussi assurée par la suture des lambeaux de la capsule, soit à la clavicule, soit à ses ligaments.

La fixation de la tête humérale par un procédé quelconque et la réfection des attaches musculaires sont donc les deux indications qui ont été remplies dans la plupart des cas où l'état fonctionnel du bras a été noté comme satisfaisant.

La conservation de la clavicule laisse une sorte de voûte sous laquelle la tête humérale vient se placer, et rien n'est plus facile que de solidariser les lambeaux de la capsule avec cette clavicule ou avec ses ligaments scapulaires. Il est souvent malaisé de rétablir la continuité des muscles, mais on devra toujours s'y ingénier; l'idéal est de conserver assez du trapèze et du deltoïde pour pouvoir les suturer l'un à l'autre; l'angulaire et les rhomboïdes devront aussi être utilisés; le biceps et les muscles coracoïdiens seront fixés à l'extrémité claviculaire. (*Rev. de chir.*, avril 1903.) — M. G.

Le Bacillus subtilis comme cause de la panophtalmie chez l'homme, par M. W. Silberschmidt.

Une cause assez fréquente de panophtalmie traumatique, chez les gens de la campagne, est la pénétration dans l'œil d'un fragment de fer arraché à la pioche par le choc d'un caillou. Dans 2 faits de ce genre, observés l'un à la clinique de M. Bänziger (de Zurich), l'autre dans le service de M. le professeur Haab, l'auteur put isoler du corps vitré, mis en culture aussitôt après l'exentération du globe — laquelle fut pratiquée dans un cas vingt-neuf heures, dans l'autre quarante-quatre heures après l'accident —, un volumineux microorganisme qui se trouvait d'emblée à l'état de pureté et qui, de par ses caractères morphologiques et culturaux, pouvait être rattaché au groupe du *Bacillus subtilis*.

Pour s'assurer que ce microbe est bien susceptible de déterminer la panophtalmie, M. Silberschmidt a institué une série de recherches expérimentales sur le lapin. Mais comme divers auteurs avaient antérieurement échoué dans leurs tentatives d'inoculation intra-oculaire de cultures de *Bacillus subtilis*, il s'est servi soit du corps vitré infecté, soit de terre provenant du champ où s'était produit l'un des deux accidents susmentionnés. Il est parvenu à provoquer de la sorte une panophtalmie très nette, à condition toutefois que la matière virulente fût introduite dans le corps vitré lui-même, car l'inoculation dans la chambre antérieure ne causait qu'une réaction locale, sans inflammation généralisée.

Ajoutons qu'au cours de ces recherches — ainsi que dans d'autres expériences effectuées avec des cultures de *Bacillus subtilis* —, l'auteur a été à même de se convaincre que ce microbe reste cantonné dans l'œil et ne se dissémine pas dans le reste de l'organisme. De là découle cette conclusion, intéressante au point de vue thérapeutique, que l'exentération peut être faite, sans aucun danger, à la période d'état de la maladie. D'ailleurs, même dans le corps vitré, le *Bacillus subtilis* est rapidement détruit par phagocytose; aussi ne peut-il être décelé que durant les premiers jours après le début de l'affection : dans le second des cas de l'auteur, où l'exentération ne fut pratiquée qu'au bout de quarante-quatre heures, les microbes étaient sensiblement moins nombreux que dans le premier, où le matériel fut recueilli dès la vingt-neuvième heure. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1903.) — F. F.

Sarcome primitif de la cornée, par MM. Sempé et Villard.

La littérature médicale ne renfermerait jusqu'à présent que six observations de sarcome primitif de la cornée, confirmé par le microscope. MM. Sempé et Villard ont observé un nouveau fait de ce genre, remarquable par l'évolution excessivement lente du néoplasme, dont le diagnostic a été bien établi par l'examen anatomo-pathologique.

Leur malade, âgé de soixante-cinq ans, avait vu son affection débuter, quinze années auparavant, par une hyperémie conjonctivale très intense et très douloureuse, à la suite de laquelle il persista, à la partie externe de la cornée droite, une petite tumeur aplatie et rosée du volume d'un grain de millet. Quatre ans après, une nouvelle poussée inflammatoire se produisit; la cautérisation de la tumeur au galvanocautère fut tentée par un oculiste, mais le résultat en fut déplorable, car le néoplasme augmenta rapidement de volume et envahit la partie centrale de la cornée, couvrant tout le champ pupillaire. Quelques mois plus tard, les symptômes douloureux et inflammatoires s'amendèrent et l'état resta stationnaire pendant une dizaine d'années. Le malade dut alors se faire opérer pour un épithélioma de la lèvre inférieure, puis il eut de nouveau, du côté de l'œil droit, des phénomènes inflammatoires qui, non sans avoir varié d'intensité, persistaient encore au bout d'un an.

A cette époque la cornée présentait l'aspect d'une masse charnue, rouge pâle, exubérante par places, avec abolition complète de la vision. La conjonctive bulbaire, dont la vascularisation était excessive, n'était pas envahie par le néoplasme. Au devant de l'oreille droite se trouvait un ganglion mobile et non induré, d'un volume assez considérable. En présence de ces altérations, MM. Sempé et Villard posèrent le diagnostic de tumeur maligne de la cornée, sans préciser davantage.

Les douleurs orbitaires et péri-orbitaires, qui étaient très intenses et dont l'acuité empêchait tout repos, décidèrent le malade à accepter l'énucléation, qui fut pratiquée avec succès. Quinze mois après, il n'y avait pas de récidive. Par contre, l'épithélioma de la lèvre inférieure nécessita une deuxième intervention deux ans après la première, et, depuis lors, il s'est produit une tuméfaction très nette de la région sous-maxillaire droite.

L'examen histologique a démontré que le néoplasme de la cornée était constitué par des faisceaux de fibres conjonctives séparées par des cellules fusiformes ou arrondies avec très peu de vaisseaux et une diapédèse très modérée. Il s'agissait en somme d'un sarcome plexiforme fibroplastique. (*Ann. d'oculist.*, avril 1903.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La fonction du corps jaune, par M. L. Fränkel.

Les recherches expérimentales relatées dans le présent travail montrent que le corps jaune est un organe beaucoup plus important qu'on ne l'a généralement admis jusqu'ici.

Dans une première série d'expériences, M. Fränkel a étudié les relations du corps jaune et de la grossesse. Après avoir exécuté la castration bilatérale chez 13 lapines entre le premier et le sixième jour qui suivent la copulation, c'est-à-dire à une époque où l'ovule fécondé n'est généralement pas encore arrivé dans l'utérus, il constata que l'utérus demeurait absolument vide. Et cependant la castration unilatérale pratiquée sur une série de témoins n'empêcha nullement la grossesse d'évoluer. Au lieu d'enlever les ovaires, l'auteur se contenta alors de détruire au thermocautère tous les corps jaunes visibles, dans les mêmes conditions expérimentales que ci-dessus : l'utérus demeura encore vide; sur 8 cas où une partie seulement des corps jaunes fut détruite, la grossesse put, au contraire, arriver deux fois à terme.

L'ovariotomie double ou la destruction de tous les corps jaunes visibles, exécutée au cours du développement intra-utérin des embryons, a sur ceux-ci une influence non moins considérable : chez 9 femelles ainsi opérées de neuf à vingt jours après la copulation, les fœtus et leurs annexes s'atrophièrent constamment. L'ovariotomie unilatérale était pourtant sans action apparente. Quant au nombre de corps jaunes nécessaires, chez les pluripares, pour que les embryons puissent continuer à évoluer, il semble être égal à la moitié environ du nombre des fœtus de chaque portée. Passé le vingtième jour, chez la lapine, la castration double ou la destruction des corps jaunes demeurent sans effet sur la grossesse.

Ne pouvant enlever les ovaires sans enlever simultanément les corps jaunes, M. Fränkel a tenté des greffes de corps jaunes chez des femelles gravides et récemment castrées : sur 3 expériences de ce genre, 2 fois la rétrocession de l'œuf parut s'opérer plus lentement que d'ordinaire.

La pathologie humaine semble confirmer — ou tout au moins ne pas infirmer — ces diverses expériences. Certains chirurgiens, par exemple, déconseillent l'ovariotomie pendant les premiers mois de la grossesse en raison de l'interruption fréquente de celle-ci et, d'autre part, M. Fränkel a recueilli plusieurs observations étrangères ou personnelles où la môle coexistait avec des altérations ovariennes (tumeurs de l'ovaire proprement dit ou des corps jaunes) pouvant avoir eu pour effet de troubler l'évolution des corps jaunes.

Dans une deuxième série de recherches, l'auteur s'est attaché à déterminer l'influence des corps jaunes sur l'utérus non gravide. On sait que la castration amène l'atrophie utérine : or, chez les lapines, cette atrophie se produit également quand, au lieu d'enlever les ovaires, on détruit simplement tous les corps jaunes apparents. Mais, dans ce cas, l'atrophie n'est que transitoire : elle disparaît avec la maturation de nouveaux follicules, c'est-à-dire avec la formation de nouveaux corps jaunes. Il en est de même de la stérilité passagère réalisée par la destruction des corps jaunes.

Il est aisé, enfin, et inoffensif d'expérimenter directement *in anima nobili*, si l'on veut étudier les rapports des corps jaunes et de la menstruation : chez 9 femmes dont l'état général se prêtait à cette expérience, M. Fränkel, au cours d'une laparotomie, détruisit au thermocautère un corps jaune ou le follicule prêt à se rompre. Or, chez 8 de ces opérées, la menstruation suivante fit défaut.

Ces recherches permettent donc de considérer le corps jaune comme une véritable glande à sécrétion interne. Grâce à sa formation périodique, il verse — probablement dans le sang — une substance spéciale ayant sur l'utérus une action vaso-dilatatrice. L'hyperémie qui en résulte a pour effet d'empêcher la matrice de s'atrophier et aboutit, en dehors de la grossesse, au flux menstruel. Pendant la grossesse, le corps jaune s'hypertrophie, sa sécrétion augmente et c'est elle qui, en entretenant l'hyperémie utérine, permet à l'utérus de pourvoir au développement de l'embryon.

Il est à noter, enfin, qu'au point de vue organothérapique, les corps jaunes possèdent la même efficacité que l'ovaire, pour remédier aux troubles résultant de la ménopause opératoire. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 2.) — R. DE B.

Des papillomes multiples du larynx chez les enfants, par M. F. K. Lämmerhirt.

On sait avec quelle rapidité les papillomes multiples du larynx récidivent chez les enfants, et cela quel que soit le procédé de traitement employé, thyrotomie, trachéotomie, intubation, pharyngotomie sous-hyoïdienne, ablation endolaryngée, etc. Aussi n'est-il pas étonnant d'entendre de temps à autre des voix sceptiques déclarer qu'en présence de l'inefficacité de procédés aussi nombreux, dont quelques-uns paraissent *a priori* devoir être suivis d'un effet radical, il vaudrait peut-être mieux se résigner au traitement symptomatique et expectatif, d'autant plus qu'à un certain âge l'affection semble disparaître complètement et d'une façon toute spontanée. Mais si cette disparition spontanée des papillomes est un fait que peu de praticiens contestent aujourd'hui, il n'en est pas moins vrai que le scepticisme thérapeutique exprimé plus haut, loin d'être justifié, peut avoir dans beaucoup de cas les conséquences les plus funestes. Une des trois observations recueillies par l'auteur dans le service de M. le professeur Soltmann (de Leipzig) montre combien graves peuvent être ces conséquences.

Un enfant de deux ans était affecté depuis sa naissance d'une difficulté respiratoire qui s'était aggravée dans les quatre derniers mois au point que la moindre excitation était suivie d'un accès de suffocation. Il présentait une légère cyanose et la forme de son thorax ressemblait à celle qu'on observe dans l'empyème pulmonaire. L'examen des voies respiratoires supé-

rieures ne révéla rien d'anormal, si ce n'est un bruit particulier au niveau de la bifurcation de la trachée.

L'ensemble de ces symptômes semblait indiquer la présence d'un obstacle continu à la respiration et permettait de supposer que cet obstacle était formé par une tumeur laryngée; comme d'autre part on pouvait exclure l'hypothèse d'une tumeur ganglionnaire, bronchique ou intrathoracique, on conclut qu'il s'agissait de papillomes. La vérification objective de ce diagnostic s'étant montrée impossible, on proposa aux parents l'opération immédiate qui fut refusée et l'on dut se contenter d'un traitement local qui apporta, d'ailleurs, un certain soulagement. Huit semaines plus tard l'enfant contracta la scarlatine et les troubles respiratoires s'aggravèrent de nouveau, au point de nécessiter la trachéotomie immédiate. Pendant quelque temps la respiration s'en trouva améliorée, mais bientôt la dyspnée reparut et le petit malade fut emporté très rapidement.

A l'autopsie, on trouva la glotte remplie de papillomes tellement nombreux que les cordes vocales avaient pour ainsi dire disparu et que l'ensemble donnait l'impression d'une tumeur maligne. La nature papillomateuse des tumeurs fut, toutefois, démontrée par l'examen microscopique. Toute la muqueuse du larynx était en état d'inflammation aiguë très intense et était recouverte par endroits d'une membrane fibrineuse qui ne renfermait d'ailleurs que des *cocci*. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mars 1903.) — S. J.

Tumeur rare de la muqueuse nasale, par M. Hamm.

Un jeune homme de dix-sept ans était affecté depuis huit jours environ d'épistaxis abondantes et répétées. Le cornet inférieur gauche était le siège d'une tumeur lobulée, du volume d'une cerise, qui saignait au moindre attouchement. Vu la rapidité de croissance de ce néoplasme — les débuts des symptômes constatés ne remontaient qu'à huit jours —, on crut à sa nature maligne et on essaya de l'enlever à l'anse froide, tentative qui resta infructueuse, à cause de la consistance très dure de la tumeur. On en fit alors l'ablation à l'aide des ciseaux et du bistouri, ce qui ne laissa pas de provoquer une hémorrhagie assez abondante et qui se renouvela plusieurs fois dans le courant de la semaine ayant suivi l'intervention, laquelle dut bientôt être répétée, le néoplasme ayant récidivé. Pour mettre fin aux épistaxis qui épuisaient le patient, on cautérisa la plaie à deux reprises avec une solution de chlorure de zinc à 50 %, ce qui eut pour résultat la formation d'une cicatrice dure et blanche qui persiste encore aujourd'hui, au bout de quatre ans. Il faut ajouter que le patient n'a plus eu de récidive à gauche, mais que la fosse nasale droite manifeste depuis quelque temps une tendance aux épistaxis.

L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un lymphangiome avec dilatation caverneuse simultanée des vaisseaux sanguins. Quant à savoir si l'on se trouvait en présence d'une néoformation sarcomateuse ou d'une stase lymphatique locale, les données manquaient qui eussent permis de se prononcer sur ce point. La tumeur présentait beaucoup d'analogie avec les lymphangiomes cutanés à propos desquels il est également difficile de dire si ce sont de véritables tumeurs ou l'expression d'une stase sanguine ou lymphatique. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 février 1903.) — S. J.

Un nouveau signe de grossesse multiple, par M. Jentzer.

Aux signes déjà nombreux, mais souvent déficients, de la grossesse multiple, on peut ajouter le suivant :

Chez une primipare, dont la grossesse se termina d'ailleurs avant terme par l'expulsion de trois enfants vivants, M. Jentzer sentit au palper, au-dessus de la symphyse pubienne, deux têtes mobiles et distantes : celle de droite pouvait même être refoulée jusque dans la fosse iliaque correspondante. Or, quand on saisissait latéralement ces deux têtes et qu'on les rapprochait brusquement l'une de l'autre, on éprouvait une sensation comparable à celle qu'auraient donnée deux boules de billard s'entrechoquant dans l'eau. Ce symptôme fut perçu maintes fois et toujours de la même façon.

Il convient d'ajouter, en ce qui concerne la valeur de ce nouveau signe, que M. Walthard — de qui l'auteur tient le fait — aurait éprouvé une sensation analogue en mobilisant un fibrome utérin et en le faisant buter contre le promontoire. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 avril 1903.) — R. de B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Les abcès sous-phréniques en tant que complication de l'appendicite, par MM. H. A. Christian et L. C. Lehr.

Sur 4,028 procès-verbaux d'autopsie que les auteurs du présent mémoire ont dépouillés au Boston City Hospital, au Johns Hopkins Hospital de Baltimore, et au Rhode Island Hospital de Providence, 86 se rapportaient à des cas où la mort avait été causée directement ou indirectement par une appendicite aiguë. Or, dans 7 faits (8.13 %) de cette catégorie, il existait un processus purulent intéressant la région sous-diaphragmatique.

En raison de la situation de l'appendice, on conçoit *à priori* que les abcès sous-phréniques doivent se localiser de préférence au côté droit. En effet, sur les 7 observations relatées par MM. Christian et Lehr, 4 ont trait à un abcès siégeant à droite, 2 à une collection purulente du côté gauche et 1 à un abcès bilatéral. En ce qui concerne la pathogénie de cette complication, elle comprend quatre variétés : l'abcès sous-diaphragmatique peut n'être qu'une manifestation locale d'une péritonite purulente généralisée; il peut aussi être la conséquence de la propagation du processus morbide à la région sous-phrénique soit *par la voie intra-péritonéale*, soit *par la voie extra-péritonéale* (par l'intermédiaire des lymphatiques ou par infiltration des tissus rétropéritonéaux); enfin, il faut encore compter avec la possibilité d'une métastase par voie sanguine, qu'il s'agisse d'un processus embolique général ou de la suite d'un abcès du foie par embolie portale. L'extension de la phlegmasie par la voie intra ou extra-péritonéale constitue le mode le plus fréquent de formation de l'abcès sous-phrénique. Suivant la situation de l'appendice et l'état du tissu cellulaire péri-appendiculaire, on aura affaire à l'une ou à l'autre de ces deux variétés; la suppuration est-elle rétro-cæcale et, partant, extra-péritonéale, il est probable qu'elle se propagera sans pénétrer dans le péritoine et atteindra la zone sous-diaphragmatique par l'intermédiaire du tissu aréolaire lâche de la région lombaire. C'est là l'origine la plus commune de l'abcès sous-phrénique. Une fois arrivée dans le voisinage du diaphragme, la suppuration peut, d'ailleurs, envahir le péritoine ou rester toujours extra-péritonéale.

Quant à la plèvre, elle est susceptible de participer à la phlegmasie appendiculaire soit par extension d'un foyer pneumonique ou d'un infarctus pulmonaire, soit par propagation de l'inflammation abdominale à travers les vaisseaux lymphatiques ou à travers une érosion du diaphragme. La seconde variété, qui constitue la *pleurésie appendiculaire* des auteurs français, est souvent associée à l'abcès sous-phrénique et siège presque toujours à droite. (*Med. News*, 24 janvier 1903.) — L. Ch.

Le mécanisme du travail et l'intervention instrumentale quand la tête est retenue en position transversale au détroit supérieur, par M. William Gillespie.

Dans les bassins légèrement rétrécis et, d'une manière générale, dans ceux où, pour une cause ou une autre, l'engagement complet tarde à se faire, la tête s'arrête souvent en position transversale, l'une des bosses pariétales, la postérieure, étant plus ou moins engagée au-dessous du promontoire, tandis que l'antérieure demeure au-dessus du pubis. La prolongation exagérée de cette situation amenant la mort de l'enfant, M. Gillespie conseille d'utiliser le forceps de la manière suivante :

L'instrument est appliqué transversalement sur la tête transversalement placée, c'est-à-dire que, dans le cas d'une position gauche, par exemple, on applique tout d'abord la branche gauche sur le pariétal postérieur, puis la branche droite sur le pariétal antérieur; mais ce dernier étant assez haut situé, la branche doit être notablement enfoncée, en sorte que le cran d'articulation se trouve fort rapproché du bord inférieur de la symphyse pubienne. Il en résulte que pour articuler, il faut souvent retirer un peu la branche postérieure et élever son pivot, sinon elle saisirait le cou au lieu de la bosse pariétale. Quand l'application est bonne, les branches sont perpendiculaires à la suture sagittale. La tête bien saisie, on commence par tirer en avant de façon à fixer solidement la bosse pariétale postérieure au-dessous du promontoire, puis, sans cesser les tractions, on reporte les manches du forceps vers le sacrum : cette manœuvre fait exécuter à la tête une rotation autour de son pariétal postérieur fixé contre le promontoire et, par suite, fait descendre la bosse pariétale antérieure dans l'excavation : le succès de cette manœuvre se traduit par un ressaut caractéristique.

Le forceps ayant saisi la tête en position non fléchie, et même parfois légèrement défléchie, et, d'autre part, la tête se fléchissant dès qu'elle arrive dans l'excavation, il en résulte que les becs des cuillers tendent à déborder l'occiput et blesseraient les parties molles si l'on continuait les tractions. Donc, aussitôt que le soubresaut est perçu, il faut desserrer l'instrument et reporter les manches vers la cuisse gauche de la femme, ce qui permet aux cuillers de prendre sur la tête leur position classique. Ceci fait, il ne reste plus qu'à faire exécuter à la tête sa rotation interne et à achever l'extraction.

Cette manœuvre réalise en somme le mécanisme normal de l'accouchement, surtout dans les bassins rétrécis; toutefois, comme, au moment où on l'exécute, la tête est encore relativement élevée, il ne faut pas s'attendre à trouver un col complètement dilaté, mais simplement dilatable. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janvier 1903.) — R. de B.

Sensations durant l'asphyxie par submersion, par M. J. A. Lowson.

Bien souvent déjà des personnes qui avaient failli se noyer ont fait connaître les sensations qu'elles avaient éprouvées au moment de l'accident; mais qu'une pareille narration émane d'un médecin, le fait est bien plus rare et gagne en intérêt; tel est précisément le cas pour l'auto-observation de M. Lowson.

Celui-ci se trouvait sur un vaisseau qui faisait voiles pour la Colombie lorsqu'un ouragan le lança contre un récif où il sombra. L'auteur était sur le pont du navire quand une vague énorme l'emporta et le jeta à la mer; il fut entraîné sous l'eau par le vaisseau qui coulait rapidement. Il s'efforça alors de regagner la surface, mais il ne fit qu'enfoncer davantage. Ces efforts diminuèrent considérablement la provision d'air encore enfermée dans les poumons et, après un laps de temps d'à peu près dix ou quinze secondes, M. Lowson ne put s'empêcher plus longtemps de faire un mouvement d'inspiration; aussitôt il ressentit une violente oppression. La douleur aiguë qui se produisit à ce moment, et qui augmentait à chaque effort d'expiration et d'inspiration, fut ce qui se grava le mieux dans sa mémoire. Il lui semblait être dans un étau serré graduellement jusqu'à un tel point qu'il crut que son sternum et sa colonne vertébrale allaient être rompus. Après environ dix efforts, les déglutitions devinrent plus fréquentes et tout espoir s'évanouit. Puis l'auteur eut la sensation que l'oppression était intolérable, mais la douleur diminua à mesure que l'acide carbonique s'accumulait dans le sang. En même temps les efforts d'inspiration, ainsi que les mouvements de déglutition qui accompagnaient chacun de ces efforts, s'espacèrent de plus en plus. L'état mental de M. Lowson était alors tel, qu'il lui semblait avoir un rêve agréable; enfin il perdit connaissance. Il ne peut pas dire au juste combien de temps il passa sous l'eau, mais il l'évalue à peu près à deux minutes. Chaque fois qu'il essayait d'inspirer, sa bouche s'emplissait aussitôt d'eau et, dès que l'épiglotte s'était abaissée ou avait été abaissée sur le larynx, la déglutition se produisait. Il croit que l'épiglotte n'était relevée que pendant les courtes expirations qui succédaient à chaque effort d'inspiration.

Quand l'auteur reprit connaissance, il se trouva à la surface de l'eau et fit une douzaine de fortes inspirations. Il réussit à gagner la plage et aussitôt il eut des vomissements abondants. Il ne pense pas qu'il soit resté de l'eau

dans la trachée, car, s'il y en avait à ce moment, elle dut être expulsée par les vomissements.

Telle est l'expérience personnelle faite par M. Lowson ; comme on peut s'en convaincre, la mort par submersion n'est pas aussi « douce », du moins au début, que certains auteurs le laissent supposer. (*Edinburgh Med. Journ.*, janvier 1903.) — L. DE LA H.

Le diagnostic et le traitement des diverses formes de synovite septique, par M. F. C. WALLIS.

La plupart des traités classiques étant fort sobres de renseignements sur la synovite septique, il nous paraît intéressant de résumer ici le mémoire que M. Wallis consacre à l'étude de cette affection.

L'auteur attire tout d'abord l'attention sur ce fait que la synovite en question est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement. Mais, le plus souvent, elle reste méconnue, parce qu'elle se laisse facilement confondre avec le rhumatisme articulaire, surtout dans les cas où plusieurs synoviales sont atteintes simultanément. M. Wallis a eu, lui-même, l'occasion d'observer un homme atteint d'une ulcération septique du rectum avec complications articulaires que l'on considéra comme de nature rhumatismale. Or, les remèdes employés habituellement contre le rhumatisme articulaire aigu restèrent sans le moindre effet sur ces manifestations, qui se dissipèrent d'une façon définitive dès que le malade fut opéré pour son ulcération du rectum.

Il existe, d'ailleurs, des symptômes qui permettent de différencier la synovite septique d'avec le rhumatisme articulaire aigu : c'est ainsi que la transpiration profuse, qui accompagne constamment l'accès de fièvre rhumatismale, fait défaut dans les cas de synovite, où la peau est, au contraire, très sèche et rude.

Quant à la synovite monoarticulaire, l'auteur estime que lorsqu'elle survient, sans cause apparente, chez un sujet jeune, on doit toujours soupçonner qu'elle est de nature gonococcique et agir en conséquence. Si, après une huitaine de jours d'expectation (repos du membre) associée à la médication salicylée ou à l'usage interne de l'iodure de potassium et du mercure, la jointure reste toujours distendue, sans qu'il y ait la moindre amélioration, il faut procéder immédiatement à l'ouverture de l'articulation, la laver avec une solution tiède de chlorure de sodium et fermer soigneusement la plaie. Le membre est alors mis au repos jusqu'à ce que l'incision soit complètement cicatrisée; puis, au bout de dix à quatorze jours, on pourra commencer à le mobiliser graduellement; il sera en même temps très utile d'avoir recours au massage.

La synovite peut également s'associer à une ostéomyélite infectieuse aiguë. En pareille occurrence, il importe, en raison de la virulence particulière de l'agent pathogène, et pour éviter des lésions destructives de la jointure, d'intervenir d'emblée et, au besoin, de drainer l'articulation pendant un ou deux jours. (*Brit. Med. Journ.*, 3 janvier 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Tentativi d'inoculazione sperimentale del sarcoma cutaneo (tipo Kaposi). In-8°, 22 p. avec fig. Naples, 1902. — **Inoculation au lapin d'un sarcome cutané de type Kaposi,** par M. A. REALE.

Les observations d'inoculation expérimentale de tumeurs histologiquement bien définies étant encore rares, il nous paraît intéressant de résumer le fait relaté par M. Reale.

Ayant eu l'occasion d'observer un homme atteint d'une tumeur qui, de par ses caractères cliniques et les résultats de l'examen microscopique, était un sarcome cutané idiopathique hémorrhagique de type Kaposi, l'auteur en préleva, avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires, un fragment de la grosseur d'un petit pois, dénudé le mieux qu'il fut possible de son revêtement épithélial, et l'inséra dans le tissu conjonctif sous-cutané d'un lapin, au moyen d'une petite boutonnière pratiquée dans la peau du dos, au voisinage de la ligne médiane.

Après avoir conservé pendant un certain temps ses dimensions primitives, la greffe sarcomateuse finit par s'aplatir et resta dans cet état *durant deux ans*. Ce n'est que la troisième année qu'elle entra dans une phase évolutive assez active pour acquérir progressivement le volume d'un gros marron. Elle constituait alors une tumeur de consistance dure, élastique, médiocrement adhérente aux tissus environnants; la peau qui la recouvrait, notamment, pouvait sans trop de peine être plissée.

Ce néoplasme fut alors extirpé et divisé en deux parties, l'une devant être soumise à l'examen histologique, l'autre destinée à des essais de culture. Disons tout de suite que ces derniers demeurèrent totalement infructueux et que, même sur les milieux particulièrement recommandés pour l'étude des blastomycètes, aucune colonie ne se développa.

En ce qui concerne sa structure, la tumeur en question se composait d'une gangue conjonctive dans laquelle se trouvaient compris des éléments cellulaires disposés en cordons plus ou moins ramifiés et anastomosés entre eux. Chacun de ces éléments renfermait un volumineux noyau facilement colorable, de forme allongée et assez régulièrement ovoïde, entouré d'une mince couche de protoplasma. Sur une section transversale, les cordons cellulaires offraient une disposition concentrique, de façon à circonscrire entre eux un espace vide plus ou moins nettement délimité. Le néoplasme contenait une certaine quantité de pigment, sous forme de masses brun noirâtre ou jaune brun, tantôt incluses dans les vaisseaux — lesquels étaient peu abondants —, tantôt disséminées autour des noyaux et dans les espaces pericellulaires.

Ces divers caractères permirent à M. Reale de porter le diagnostic de sarcome endothélial, plus précisément de lympho-angiosarcome.

En aucun point n'existaient de formes cellulaires rappelant l'épithélium malpighien et pouvant faire croire à la prolifération d'un fragment de l'épithélium de revêtement du nodule inoculé : c'était donc bien le sarcome lui-même qui s'était greffé. — F. F.

La fièvre hystérique, par M. G. B. UGHETTI.

Si la réalité de la fièvre hystérique — dénomination d'ailleurs imparfaitement justifiée, car, de tous les symptômes de la fièvre, cette manifestation ne possède que l'hyperthermie — est aujourd'hui hors de conteste, il s'en faut qu'on ait pu en donner une description clinique précise : elle affecte en effet les modalités les plus diverses et peut simuler les affections fébriles les plus différentes. Dans le cas relaté par M. Ughetti, c'est au paludisme qu'on avait été tout naturellement porté à penser.

Sa malade, une jeune fille de vingt-huit ans, souffrait depuis deux mois d'accès de fièvre ayant eu d'abord le type subcontinu, puis rémittent, enfin intermittent avec exacerbations vespérales qui atteignirent un degré de plus en plus élevé. Rien n'expliquant cette hyperthermie, qui coïncidait d'ailleurs avec un pouls de fréquence à peu près normale (de 74 à 80) et des mouvements respiratoires tout à fait réguliers, l'auteur porta le diagnostic de fièvre hystérique, que justifiait du reste la présence d'un rétrécissement du champ visuel et de troubles de la sensibilité.

En dépit des traitements les plus divers (bromure de potassium, hypnose, injections « suggestives » d'eau pure, etc.), cette hyperthermie continua pendant six mois environ; la température, qui le matin descendait parfois jusqu'à 35° et quelques dixièmes, s'élevait le soir au point d'atteindre 42°, 43°, voire 44°. Pendant les paroxysmes thermiques, il existait des modifications urinaires remarquables, et notamment une diminution considérable de la proportion de l'urée, qui s'abaissa, certain jour, à 1.25 ‰.

La malade, qui ne s'alimentait presque pas, était tombée dans un état de dénutrition assez prononcé : un régime alimentaire soigneusement réglé, associé au séjour à la campagne, finit par amener la guérison complète.

En ce qui concerne le diagnostic, parfois fort délicat, de la fièvre hystérique, M. Ughetti attribue une importance particulière à la discordance existant entre les phénomènes thermiques et le nombre des mouvements cardiaques et respiratoires, ainsi qu'au ralentissement des échanges organiques, se traduisant par la diminution du taux d'urée. (*Riforma med.*, 4 mars 1903.) — F. F.

Sur les granulations basophiles des hématies humaines, par MM. U. FANO et E. GEMELLI.

La nature et la signification des particules prenant les couleurs basiques d'aniline, que l'on rencontre parfois dans les globules rouges de l'homme et de divers animaux, sont encore loin d'être élucidées et ont même prêté à des interprétations fort divergentes. Dans le présent travail, où ils rendent compte de leurs recherches sur la question, MM. Fano et Gemelli relatent un fait qui paraît de nature à élucider dans une certaine mesure ce point d'hématologie, non dépourvu d'intérêt clinique.

Il s'agit d'un homme qui présentait une hématurie grave à répétition, ayant entraîné une anémie consécutive assez intense; or, les granulations basophiles disparaissaient régulièrement à l'occasion de chaque nouvelle hémorrhagie, pour faire leur réapparition au bout de quelques jours; de plus, dans les périodes intercalaires, la proportion des globules à granulations basophiles, qui variait de 0.5 à 46 pour 1,000 hématies, était en rapport étroit avec la valeur hémoglobinique : elle était faible quand cette dernière était médiocre, puis remontait lorsque cette valeur hémoglobinique se relevait elle-même.

De cette constatation, les auteurs croient pouvoir conclure que, loin de constituer un signe de dégénérescence des globules rouges, comme on l'a prétendu, la présence des granulations basophiles serait, au contraire, un indice de la régénération du tissu sanguin, ces granulations caractérisant des hématies jeunes (1).

Ajoutons que MM. Fano et Gemelli ont pu s'assurer que, chez un assez grand nombre d'individus affectés d'anémie paludéenne grave, de cachexie cancéreuse, de saturnisme, le sang contenait de nombreux globules à granulations basophiles, éléments qui, au contraire, firent toujours défaut chez des tuberculeux, des chlorotiques, des syphilitiques, des dothiénentériques, etc. (*Boll. clinico-scientifico della poliambulanza di Milano*, XV, 11.) — F. F.

Un cas rare de kyste hydatique suppuré du foie, par M. L. VACCARI.

L'auteur relate un cas de kyste hydatique suppuré du foie ayant émigré à travers la paroi abdominale, circonstance tout à fait exceptionnelle.

La paroi du kyste était intrapariétale et faisait hernie dans la partie supérieure de l'abdomen, à travers les aponévroses des muscles transverse et petit oblique, sur le bord externe du muscle droit abdominal. Cette paroi était très adhérente, de sorte que l'opérateur, après l'avoir incisée, n'eut qu'à suturer à la peau la paroi du kyste et à placer un drain dans la cavité, qui ne se referma ensuite que très lentement.

M. Vaccari pense qu'une telle migration de la poche kystique était due à la fixation du foie à la paroi abdominale, à l'amaigrissement du sujet et à l'augmentation de la pression locale.

L'inflammation périkystique, que l'on considère généralement comme la cause de la perméabilité du kyste et de sa suppuration, fixe en effet le kyste à la paroi de l'abdomen, en même temps que, par suite de l'amaigrissement consécutif du patient, la résistance de cette paroi à la pression exercée par la poche en voie d'accroissement diminue progressivement. (*Clinica chirurgica*, mars 1903.)

---

(1) A côté de ce fait, il importe de signaler que M. J. T. Cancino, dans une brochure intitulée *Ricerche sperimentale sulle granulazioni basofile* (Gênes, 1902), déclare avoir vu — chez des cobayes présentant artificiellement des hématies à granulations basophiles, à la suite d'injections intrapéritonéales de sels de métaux lourds (acétate de plomb, chlorate de potasse, chlorure de zinc, nitrate d'argent, chlorure d'or) — le taux d'hémoglobine s'abaisser toujours, et dans une proportion parfois considérable (de plus d'un quart dans un cas), au moment où apparaissaient les globules à éléments basophiles; en même temps le nombre des hématies diminuait et celui des leucocytes augmentait. L'auteur en conclut naturellement que la présence des granulations basophiles doit être attribuée « à des phénomènes dégénératifs initiaux du globule rouge ».

Mais peut-être aussi l'irritation péritonéale déterminée par l'injection de 9 c.c. d'une solution d'acétate de plomb à $^1/_{200}$ ou de 28 c.c. d'une solution de chlorate de potasse au même titre (*doses minima*) n'est-elle pas étrangère à la diminution du taux d'hémoglobine et du nombre des hématies; de fait, sur 6 expériences, M. Cancino signale que 3 fois l'animal mourut de péritonite purulente. — F. F.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Raymond.

La neurofibrosarcomatose, variété particulière de sarcomatose primitive du système nerveux.

C'est une histoire clinique navrante que j'ai à vous faire connaître dans ma leçon d'aujourd'hui. Vous voyez, en effet, devant vous une jeune fille de dix-huit ans, qui a été atteinte en quelques mois de cécité et de surdité absolues, particularité qui me permet de parler librement en sa présence. Or, je crois pouvoir vous affirmer que ces symptômes sont des signes révélateurs d'une néoplasie cérébrale; j'ajouterai même que je crains que cette tumeur ne soit de nature maligne, qu'elle n'appartienne à une variété spéciale de sarcomatose, la *neurofibrosarcomatose*; enfin, en raison de la malignité et du siège du néoplasme, je ne crois pas à la possibilité d'une intervention chirurgicale directe; peut-être cependant y aura-t-il à tenter une opération palliative contre certains accidents. J'aurai à discuter tous ces points devant vous. Au surplus, dans ce cas particulier, il s'agit d'une forme de sarcomatose peu étudiée en France, et je suis heureux de cette occasion qui va me permettre de vous faire connaître cette variété remarquable de néoplasie cérébrale, en vous exposant les documents anatomo-cliniques recueillis dans mon service.

Voici d'abord l'histoire très courte, mais très caractéristique, de notre malade. L'affection s'est déclarée spontanément, sans étiologie évidente. Je dois cependant vous faire remarquer que le père de cette jeune fille est mort tuberculeux. Elle-même est le produit d'une grossesse gémellaire; sa sœur jumelle, qui ressemble d'ailleurs à la mère, est bien portante, tandis que notre malade serait le portrait vivant du père, et c'est là un fait que je souligne, car son hérédité tuberculeuse paternelle pourrait donner le change sur la nature de la tumeur. Dans un cas tout à fait identique, en effet, dont j'aurai à vous reparler, j'avais cru, à cause d'une hérédité tuberculeuse, devoir conclure à l'existence d'une tumeur tuberculeuse, alors que l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un sarcome.

Quoi qu'il en soit, cette jeune fille était en parfaite santé lorsque, sans fièvre, sans traumatisme, sans phénomènes antécédents quelconques, elle a ressenti, en août 1900, de violentes céphalées continues. Dès le mois de novembre de la même année, ces céphalées s'accompagnèrent de vomissements bilieux incoercibles et de crises nerveuses avec pertes de connaissance. En janvier 1901, la fréquence et l'intensité des vomissements diminuent, l'état général s'améliore même dans une certaine mesure, mais la vue, atteinte déjà depuis quelques semaines, va sans cesse s'affaiblissant; détail important, la malade aurait eu, à cette époque, un strabisme interne de l'œil droit avec diplopie. L'amblyopie s'exagéra donc peu à peu; en décembre 1902, apparaît une surdité bilatérale, plus prononcée cependant à droite. C'est ainsi que, dans l'espace de trois ans, les symptômes se sont accentués en suivant une marche fatalement progressive pour aboutir à l'état actuel.

Je serai bref dans l'exposé de la situation présente, car on ne peut entrer en communication avec cette jeune fille à cause de sa cécité complète, de sa surdité bilatérale absolue, de sa torpeur intellectuelle prononcée.

La malade présente un affaiblissement général, une asthénie qui rend impossible l'étude de la fonction de la marche et de l'équilibre. La force segmentaire est légèrement diminuée; les réflexes tendineux sont exagérés, avec trépidation spinale du pied et réflexe cutané plantaire en extension du côté droit. Cependant, il ne paraît pas y avoir de troubles sensitifs, ni de troubles moteurs sous la forme localisée de monoplégie, d'hémiplégie, de paraplégie. Les sphincters fonctionnent normalement; on ne constate pas d'atrophie musculaire. Ainsi donc, très peu accentués sont les troubles qui existent du côté des membres, à l'exception, toutefois, du signe de Kernig, assez manifeste.

Mais voici maintenant des signes positifs de la plus haute importance. D'abord une *cécité* absolue, relevant, selon l'examen de M. Dupuy-Dutemps, d'une névrite optique œdémateuse parvenue à la phase d'atrophie. Ensuite, une *surdité* bilatérale paraissant bien de cause interne, ainsi qu'il résulte de l'examen de l'oreille et de la recherche du vertige galvanique qui, chez notre malade, a conservé sa formule normale. Signalons en outre des *crises convulsives* épileptiformes généralisées, avec morsure de la langue et stertor, et des *modifications du caractère*, devenu violent, emporté, irascible. La mère de la malade nous a dit qu'au début sa fille avait eu de la diplopie; à l'heure actuelle, il est impossible de vérifier le fait; les yeux sont bien animés de secousses nystagmiformes, mais on ne constate ni strabisme permanent, ni paralysie faciale périphérique.

J'ajoute à cette courte description clinique que le cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien a été négatif; que l'état général est excellent; que les urines ne contiennent ni sucre ni albumine; que les organes, poumons et cœur, nous ont paru normaux à l'examen.

Je puis donc résumer, en quelques mots, les faits positifs que je viens d'analyser : en trois ans, sans cause connue bien apparente, une jeune fille de dix-huit ans voit survenir, avec des céphalées violentes et des vomissements, une cécité par névrite optique œdémateuse, une surdité bilatérale, des crises épileptiformes, des modifications psychiques et un état général d'asthénie avec quelques modifications de la réflectivité des membres.

Je ne m'attarderai pas à justifier le diagnostic de néoplasme intracrânien et à éliminer les intoxications, l'hystérie, la sclérose en plaques: céphalées violentes, vomissements incoercibles, enfin et surtout névrite optique œdémateuse, sont, en effet, des signes certains d'hydropisie ventriculaire. L'évolution de l'affection a été, d'autre part, apyrétique, lente, progressive; le cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien est négatif : ce sont là des raisons suffisantes pour rejeter l'hypothèse de méningite infectieuse et pour estimer que l'hydropisie ventriculaire est causée par une tumeur intracrânienne.

Dès lors, nous devons résoudre le double problème habituel — à savoir, préciser la localisation du néoplasme et la nature de ce néoplasme —, car de sa solution découlent le pronostic et le traitement.

Je vous ai dit les signes objectifs présentés par la malade : cécité, crises épileptiformes, surdité bilatérale, asthénie et secousses nystagmiformes. Lequel de ces symptômes devons-nous choisir comme guide pour arriver à déterminer, si faire se peut, la localisation de la tumeur?

La cécité? Mais cette cécité est bilatérale; elle ne s'est jamais présentée sous la forme d'hémianopsie; l'examen du fond de l'œil montre, au contraire, des lésions de névrite optique œdémateuse; sans nul doute, la cécité est secondaire à l'hydropisie ventriculaire, et non à une localisation du néoplasme sur la voie optique.

Les crises épileptiformes? Mais ces crises sont généralisées; elles n'ont jamais revêtu l'aspect de l'épilepsie bravais-jacksonienne; nous ne constatons pas, d'autre part, d'hémiplégie sensitivo-motrice. Pour ces diverses raisons, je ne crois pas que ces crises épileptiformes soient sous la dépendance d'une localisation de la tumeur sur la zone motrice corticale.

Il nous reste, cependant, un ensemble de signes, surdité bilatérale, asthénie, secousses nystagmiformes, diplopie à la phase initiale de l'affection, dont une localisation unique permet de comprendre l'apparition. Supposez, en effet, une lésion de la protubérance, au voisinage du cervelet, et vous expliquerez, ainsi, fort bien l'asthénie et les secousses nystagmiformes par la lésion des pédoncules cérébelleux, la surdité bilatérale par celle des nerfs auditifs, la diplopie par celle des nerfs oculaires. Je crois donc, dans le cas actuel, à une lésion protubérantielle.

Or, les tumeurs qui peuvent siéger dans la protubérance sont d'origine très diverse : syphilome, tubercule, gliome, sarcome, etc., et il vous sera le plus souvent difficile de reconnaître leur nature. Mais, chez notre malade, la symptomatologie nous fournit des éléments de présomption en faveur d'une variété spéciale de néoplasme. Je vais essayer de vous en donner la preuve.

Le tubercule, le syphilome, le gliome, sont des tumeurs intraprotubérantielles. Or, chez cette jeune fille, les deux nerfs auditifs sont complètement altérés; il faudrait donc supposer une volumineuse tumeur occupant la calotte protubérantielle et, dans cette hypothèse, nous constaterions, du côté des membres, des troubles sensitivo-moteurs prononcés par lésion de la voie sensitive et de la voie pyramidale : j'ai précisément insisté sur l'absence de troubles de ce genre. Toute présomption est donc en faveur d'une tumeur de la base, englobant les nerfs crâniens dès leur origine et comprimant le cervelet.

Le résultat négatif du cytodiagnostic, l'absence d'étiologie syphilitique, l'inefficacité du traitement mercuriel, l'évolution très lente de l'affection me font écarter l'hypothèse d'une méningite basilaire syphilitique.

Mais il reste un vaste groupe de tumeurs, d'une grande fréquence, d'une variabilité considérable de siège : les sarcomes; et, pour vous le dire tout de suite, il me paraît très vraisemblable que le présent cas constitue un exemple d'une forme rare et particulière de sarcomatose du système nerveux.

Je dis forme particulière, car le sarcome primitif du système nerveux ne se présentera pas toujours, à votre examen, sous le même aspect. MM. Philippe, Cestan et Oberthür ont eu l'occasion d'examiner, dans mon service, 15 cas de sarcomatose du système nerveux. Se basant sur ces documents anatomo-cliniques, ils ont substitué, à la classification purement histologique de ces tumeurs, une classification qu'ils estiment mieux en rapport avec les données cliniques (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 269), et qui présente d'ailleurs beaucoup d'analogie avec certaines classifications allemandes, notamment avec celle de M. Schlesinger. Pour eux, la sarcomatose primitive des méninges comprendrait deux variétés, le sarcome solitaire et le sarcome diffus. Je laisse aujourd'hui de côté le sarcome solitaire qui, en raison de sa symptomatologie, de son évolution, de sa curabilité possible par une intervention chirurgicale précoce, possède une physionomie clinique particulière. Les sarcomes diffus méritent plus particulièrement le nom de sarcomatose, qui spécifie bien la puissance de généralisation du néoplasme à tout le système nerveux, et cette sarcomatose revêt elle-même deux formes : la *méningite sarcomateuse* — soit localisée à la base de l'encéphale, soit généralisée à tout l'axe cérébro-spinal et pouvant alors créer des erreurs de diagnostic avec les autres méningites subaiguës —, méningite sarcomateuse que nous ont fait connaître les observations de MM. Westphal, Schlesinger, Bruns, Schlagenhaufer, Lereboullet, etc.; et la *neurofibrosarcomatose*, ou sarcomatose primitive généralisée au système nerveux central et périphérique. Notre jeune malade présentant le tableau de la neurofibrosarcomatose, c'est cette variété de sarcomatose que je désire vous faire connaître plus spécialement aujourd'hui.

En 1897, dans une leçon clinique (1), j'ai déjà montré ici une jeune fille qui offrait un tableau clinique tout à fait semblable à celui de la malade qui est là sous vos yeux, car elle avait été, elle aussi, atteinte rapidement de troubles cérébelleux, de surdité bilatérale, de cécité par névrite optique œdémateuse. Nous avons pu pratiquer son autopsie et constater l'existence d'une sarcomatose primitive multiple de l'axe cérébro-spinal; ce cas a été présenté à la Société de neurologie de Paris en 1900, par M. Cestan, sous le nom de *fibromatose médullaire*. Cette jeune fille avait, tout comme celle que nous venons d'examiner, une hérédité tuberculeuse.

Des faits analogues avaient été déjà signalés par divers auteurs. En France, je vous citerai l'observation de Vast (figurée par M. Lancereaux dans son Atlas d'anatomie pathologique), celles de MM. Mossé et Cavalié, de MM. Patoir et Raviart. La bibliographie allemande est plus riche, si j'en juge par l'excellent travail de MM. Henneberg et Koch paru l'année dernière (2), où se trouvent consignés les cas de MM. Berggrün, Soyka, Sternberg, Schlesinger, etc.

Dans les faits de ce genre, on parle de *neurofibromatose centrale*, c'est-à-dire qu'on estime qu'ils sont peut-être des exemples de localisation, sur l'axe cérébro-spinal, de l'affection cutanée que vous connaissez sous le nom de maladie de Recklinghausen. Mais nous avons eu l'occasion de pratiquer dernièrement l'autopsie d'une malade dont l'histoire clinique ressemblait d'une manière frappante à celle que je viens de vous rappeler — et, par suite, également à celle de la jeune fille que vous avez sous les yeux —. M. Cestan a pu étudier le système nerveux central et périphérique de cette patiente, comparer ses nerfs avec ceux de sujets atteints de la maladie de Recklinghausen; dès lors, ayant mieux établi la nature réelle de cette affection, les liens qui la rattachaient à la neurofibromatose, il a cru devoir — pour éviter toute confusion de terminologie, d'une part; pour être plus conforme à la vérité histologique, d'autre part — substituer, au nom de neurofibromatose centrale, celui de *neurofibrosarcomatose*, indiquant ainsi par le mot *neuro* que la fibrosarcomatose atteint primitivement tout le système nerveux, central et périphérique.

Le tableau clinique de cette affection a vraiment une physionomie particulière, ainsi qu'il ressort des deux observations anatomo-cliniques recueillies dans le service, et auxquelles je viens de faire allusion. Toutes deux concernent de jeunes malades, n'ayant pas dépassé trente ans, qui, sans cause apparente, présentent des signes de tumeur cérébrale, céphalées, vomissements, névrite optique œdémateuse, torpeur cérébrale et troubles intellectuels. Sur ce fond général se dessinent des symptômes de localisation tout à fait caractéristiques : au premier plan une surdité bilatérale et des troubles cérébelleux; assez souvent de la diplopie, une paralysie faciale à type périphérique uni ou bilatérale, parfois même une hémiatrophie linguale (Henneberg et Koch), tous signes qui montrent bien la localisation principale du néoplasme à la base du cerveau, englobant les paires crâniennes dès leur origine. Dans quelques cas, on a pu relever des signes de localisation médullaire : douleurs fulgurantes, altérations de la sensibilité, paraplégie, troubles sphinctériens. Cependant, dans nos deux observations, cette symptomatologie médullaire a fait défaut et vous allez voir pourtant combien nombreux étaient les noyaux sarcomateux au niveau de la moelle. Cette discordance entre l'examen clinique et les résultats anatomiques est bien particulière à cette affection. Elle est même encore plus marquée pour les nerfs périphériques : si parfois, en effet, une palpation attentive permet de reconnaître un épaississement de tel ou tel nerf, en réalité, le plus souvent, la lésion périphérique est une découverte d'autopsie, et vous devez savoir que, dans cette maladie, c'est de parti pris qu'il faut étudier histologiquement les nerfs périphériques.

Cette symptomatologie si spéciale est fonction de nodules sarcomateux multiples. Il existe le plus habituellement une tumeur principale développée à la base du cerveau dans l'*angle cérébello-protubérantiel*, tumeur de nature fibroplastique, adhérente aux méninges — ce qui, chez la jeune fille que je viens de vous présenter, peut expliquer le signe de Kernig —, comprimant la protubérance et les lobes du cervelet. Sur les nerfs crâniens sont échelonnés d'autres nodules de grosseur variable, depuis celle d'un grain de chènevis jusqu'à celle d'une petite noisette; ils englobent les nerfs de la base, de préférence la huitième paire, mais parfois aussi toutes les autres paires crâniennes, y compris la onzième et la douzième. L'examen histologique montre qu'ils sont développés aux dépens des gaines des nerfs et présentent l'aspect du sarcome fibro-plastique. Enfin, il est même parfois possible de trouver des noyaux d'infiltration sarcomateuse au niveau de l'écorce cérébrale.

Mais l'aspect le plus curieux est celui de la moelle épinière qui — vous allez le constater sur ces pièces — renferme de nombreux nodules sarcomateux. Les uns sont situés en pleine substance médullaire, sans localisation spéciale à la substance blanche ou à la substance grise. De nature globo-cellulaire, ils ont refoulé, écarté les éléments nobles sans avoir amené leur destruction; c'est là un renseignement précieux fourni par l'étude des dégénérescences, et qui nous explique pourquoi les localisations médullaires ont le plus souvent une histoire clinique si pauvre. Les autres nodules entourent les racines rachidiennes antérieures et postérieures; ils sont nombreux surtout au niveau de la queue de cheval, dont les racines prennent parfois l'aspect caractéristique d'un véritable chapelet. Ici, les nodules sont fibro-plastiques; ils entourent chaque cylindraxe de couches concentriques à la manière des écailles d'un bulbe d'oignon, et je dois insister sur l'intégrité du cylindraxe, intégrité que certaines méthodes de coloration mettent en évidence.

Enfin, l'étude systématique des nerfs périphériques révèle une infiltration sarcomateuse sous la forme soit d'un épaississement de la face interne du périnèvre ou des cloisons de l'endonèvre, soit d'une infiltration diffuse, dissociant, entourant les tubes nerveux. Là encore, comme au niveau des racines médullaires, le cylindraxe, englobé par le nodule sarcomateux, ayant perdu très lentement sa gaine de myéline, résiste lui-même très longtemps au processus sarcomateux; aussi, tout comme la lésion médullaire, la lésion périphérique, chez nos deux malades, n'avait-elle pas d'histoire clinique. J'ajoute enfin que l'examen attentif des organes, en particulier des poumons, ne décèle pas de tumeurs viscérales.

Les auteurs ont discuté sur la nature des lésions, en particulier des nodules médullaires : pour les uns ceux-ci sont de nature sarcomateuse, pour les autres de nature névroglique. Dans nos deux cas, le doute n'est pas permis : les tumeurs sont de nature sarcomateuse, voire qu'une de nos malades réalisait toutes les variétés de sarcome, puisque, suivant la région considérée, nous avons trouvé chez elle la méningite sarcomateuse, les types fibro-plastique, psammomateux, globo-cellulaire, etc. Mais je n'insiste pas sur ces détails histologiques.

Je serai bref sur le pronostic; l'affection est incurable, et même rapidement mortelle par les troubles bulbaires que provoque le développement de ces tumeurs.

Le siège des néoplasmes à la base du cerveau, où ils englobent les paires crâniennes, la multiplicité des nodules sarcomateux, la nature maligne des tumeurs sont autant de raisons pour lesquelles notre seul but doit être de chercher à calmer les douleurs du patient : à cet effet, on peut faire pratiquer une décompression cérébrale par l'application de couronnes de trépan sans ouverture de la dure-mère. C'est la conduite que nous allons tenir à l'égard de cette pauvre jeune fille.

En terminant, je voudrais vous dire un mot sur les relations qui paraissent exister entre la neurofibrosarcomatose que je viens de vous décrire et la maladie de Recklinghausen ou neurofibromatose.

Je vous ai déjà fait remarquer que les cas de neurofibrosarcomatose avaient été considérés, par certains auteurs, comme des exemples de localisation centrale de la neurofibromatose. Cependant, nombreuses sont les observations de maladie de Recklinghausen où l'on ne relève comme troubles nerveux que des signes de dégénérescence mentale ou de neurasthénie.

Les deux affections sont par suite distinctes, mais, tout en ne les confondant pas, on peut du moins trouver entre elles des liens d'affinité. Sur le terrain de la clinique, d'une part : nous avons dans le service un sujet atteint d'une maladie typique de Recklinghausen et présentant depuis trois ans les signes d'une tumeur cérébrale; et inversement, dans quelques cas de neurofibrosarcomatose, on a signalé des *molluscum* cutanés. Sur le terrain de l'histologie, d'autre part : MM. Philippe, Cestan et Oberthür ont montré que les lésions des nerfs affectaient la même disposition dans les deux affections, c'est-à-dire consistaient en un épaississement de la face interne du périnèvre et des cloisons de l'endonèvre, avec infiltration diffuse dissociant, isolant les cylindraxes sans les détruire; la seule différence réside dans la nature histologique du processus qui, fibreux, bénin, de longue durée dans la neurofibromatose ou maladie de Recklinghausen, est sarcomateux, malin, à processus évolutif rapide dans la neurofibrosarcomatose, et ici nous trouvons la même parenté que partout ailleurs — et les mêmes points de passage — entre le fibrome et le sarcome.

Mais comment peut-il se faire que le tissu conjonctif du système nerveux central et périphérique subisse, à l'exclusion du tissu conjonctif des autres organes, une semblable dégénérescence maligne? On peut supposer l'existence d'une tumeur primitive, par exemple du nerf auditif, qui se généraliserait ensuite; nos connaissances sur la physiologie du liquide céphalo-rachidien nous permettraient d'expliquer très facilement, de la sorte, l'existence de noyaux secondaires dans la moelle et sur les racines, mais elles nous rendraient plus difficilement compte des altérations des nerfs périphériques, car les physiologistes ne nous ont pas encore démontré, d'une manière définitive, la continuité des espaces lymphatiques des nerfs périphériques avec les espaces arachnoïdiens, surtout pour un transport centrifuge d'éléments cellulaires sarcomateux. Aussi peut-on soulever une autre hypothèse et admettre une évolution sarcomateuse primitive du tissu conjonctif de tout le système nerveux, central et périphérique. Il a même semblé à M. Cestan que la gaine de Schwann pouvait participer au processus de dégénérescence; or, nous savons, par les recherches de Vignal, que cette gaine de Schwann a une origine mésodermique, qu'elle représente des cellules connectives venant entourer et isoler le cylindraxe; la neurofibrosarcomatose serait donc une tumeur mésodermique, aussi bien au niveau de la moelle que des nerfs périphériques, c'est-à-dire une lésion primitive du tissu conjonctif; les éléments nerveux proprement dits — cylindraxe, cellules nerveuses —,

(1) F. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, 1896-1897). 3e série, p. 77. Paris, 1898.

(2) Henneberg et M. Koch. Ueber « centrale » Neurofibromatose und die Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels (Acusticusneurome). (*Arch. f. Psychiatrie*, 1902, XXXVI, 1.)

eux d'origine ectodermique, ne seraient altérés que d'une manière secondaire, voire même tardive.

Tels sont les faits que j'ai tenu à vous signaler. Ils se rapportent — j'espère être parvenu à vous en convaincre — à une affection d'un grand intérêt, aussi bien au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'empyème vrai du sinus maxillaire; diagnostic différentiel avec la sinusite maxillaire chronique par la mesure de la capacité du sinus (signe de Mahu) et par la diaphanoscopie, par M. E. Guérin.

Il existe deux formes essentiellement différentes de suppuration chronique du sinus maxillaire : la sinusite maxillaire chronique et l'empyème maxillaire. L'une et l'autre sont constituées par une cavité pleine de pus; mais, dans la sinusite, le pus est fourni par la cavité ellemême, dont les parois sont malades; dans l'empyème, il se trouve seulement déposé dans cette cavité dont les parois sont saines. La sinusite est une fabrique de pus fait sur place; l'empyème n'est qu'un entrepôt de pus, de provenance étrangère (Lermoyez).

La première forme est connue depuis longtemps, car, dans les travaux de Zuckerkandl, on en trouve déjà la description : la muqueuse est transformée en un amas de fongosités qui remplit le sinus. La deuxième, au contraire, est de conception nouvelle; des observations opératoires et cliniques déjà nombreuses en établissent cependant l'existence d'une façon indéniable. La muqueuse sinusale reste saine dans l'empyème malgré la stagnation du pus dans l'antre, et c'est là un exemple de plus du fait bien connu de la tolérance des muqueuses pour le contact prolongé du pus.

Cette distinction a une importance considérable, car le pronostic et les indications thérapeutiques des deux affections sont absolument différentes. La sinusite chronique ne peut guérir que par une intervention radicale, l'empyème disparaît dès que le foyer purulent qui se déverse dans le sinus est supprimé.

Ce foyer purulent, c'est le plus souvent une lésion des molaires supérieures : une très mince cloison osseuse sépare l'alvéole de ces dents du plancher de l'antre, et les abcès apexiens en déterminent facilement l'effraction. On connaît aussi des faits où le pus de l'empyème provenait des cellules ethmoïdales et du sinus frontal, grâce à la situation déclive de l'ostium maxillaire dans la gouttière unciforme.

Aucun symptôme ne permettait jusqu'ici de différencier cliniquement l'empyème de la sinusite vraie. Les signes classiques de présomption, de probabilité et de certitude suffisent, en effet, pour reconnaître la présence du pus dans l'antre, mais non le degré des lésions de ses parois.

Le signe indiqué par M. Mahu est basé sur la différence de capacité de l'antre dans les deux affections : l'empyème ne modifie pas cette capacité, puisque les parois du sinus sont saines, tandis que la sinusite tend à transformer la cavité sinusale en un espace virtuel, car les fongosités des parois remplissent l'antre presque complètement. Il suffit donc de jauger la capacité d'un sinus pour pouvoir apprécier l'état de ses parois; ce jaugeage se fait par la mesure d'un liquide injecté dans le sinus. Le manuel opératoire est simple : un trocart de Lichtwitz, introduit à travers le méat inférieur, sert à chasser le pus et à remplir le sinus de liquide, qui est ensuite aspiré et jaugé avec une seringue de Roux.

L'auteur a repris, tant sur le cadavre que sur le vivant, les recherches et les observations de M. Mahu; il conclut de ses mesures que le jaugeage de l'antre permet dans tous les cas d'arriver au diagnostic : la moyenne de la capacité du sinus dans la sinusite chronique est de 0 c.c. 7 seulement, alors qu'elle atteint 4 c.c. dans l'empyème. Cependant, M. Guérin note une série de précautions à prendre pour se mettre en garde contre toute erreur; il recommande surtout de faire précéder le jaugeage d'un lavage abondant du sinus, afin d'éviter l'arrêt de l'aspiration par des débris purulents, et par suite une appréciation erronée.

Il existe aussi parfois, dans les résultats que donne la diaphanoscopie après lavage du sinus, un signe en faveur de l'hypothèse d'empyème : la transillumination du sinus reparaît en effet dans quelques cas lorsque le pus a été chassé; il semble qu'on ne puisse refuser à ce fait, s'il est nettement constaté, une grande valeur en faveur de l'absence de lésions des parois antrales, car les rayons lumineux sont toujours arrêtés lorsqu'il existe des fongosités.

Il est donc actuellement possible de reconnaître cliniquement l'empyème vrai du sinus maxillaire et ce diagnostic a une grande importance, le traitement de l'empyème étant beaucoup plus simple que celui de la sinusite. Il comprend deux indications : supprimer la source purulente (extraction des dents cariées, des séquestres alvéolaires; drainage intranasal suffisant des suppurations frontales et ethmoïdales); évacuer les sécrétions qui encombrent le sinus maxillaire, au moyen de simples lavages faits par la voie du méat inférieur. (*Thèse de Paris*, 1903.) — F. F.

A propos d'un cas de farcin aigu, par M. Denis.

Bien que le praticien ait rarement l'occasion d'observer le farcin aigu, il n'est pas sans intérêt de rapporter le cas relaté par M. Denis, d'autant plus que le diagnostic a été posé avec certitude.

Un homme de quarante ans, accusant une douleur sourde dans l'hypocondre gauche, bientôt localisée en dedans et au-dessous du mamelon droit, avec phénomènes généraux, on diagnostiqua une pleurésie et l'on appliqua des ventouses scarifiées à la suite desquelles, suivant la mode turque, on entoura le thorax du malade avec une peau de mouton fraîchement tué. Six jours plus tard, on vit apparaître une rougeur au niveau du point douloureux et des ventouses scarifiées. Le patient entra alors à l'hôpital français de Constantinople, très amaigri, se plaignant d'une soif extrême et d'anorexie; la langue était desquamée; il avait, en outre, une teinte subictérique générale, une température de 38°5 et 120 pulsations.

A l'examen on constata, au-dessus et en dehors du mamelon droit, une rougeur de l'étendue de la paume de la main, non limitée par un bourrelet, brillante, lisse, non fluctuante et douloureuse à la pression.

Une incision, pratiquée sur la tuméfaction, montra que les tissus étaient épaissis, lardacés et contenaient une infinité de petits alvéoles qui laissaient sourdre à la pression un pus jaune, épais et bien lié. Peu après une lymphangite apparut à la face antérieure du tibia droit, s'étendant du genou jusque vers la région tibiotarsienne; une rougeur érysipélateuse survint aussi sur le dos du poignet gauche et les articulations des épaules, des coudes et des genoux devinrent douloureuses. Enfin, des pustules remplies de pus, présentant à leur base un cercle rouge, couvrirent tout le visage; le nez prit, sur sa base, un aspect érysipélateux et la mort ne tarda pas à survenir, après vingt-sept jours de maladie.

Le diagnostic de morve fut établi, dans le cas présent, par l'examen bactériologique du pus, par des cultures sur pommes de terre et par l'inoculation à des cobayes. On isola également le bacille spécifique du sang de la veine saphène, recueilli trois jours avant la mort et ensemencé dans du bouillon. La réaction agglutinative fut positive, mais il est à noter que, dans les cas aigus, la mort survient souvent avant que les propriétés agglutinantes aient le temps d'apparaître.

Il serait intéressant de savoir comment s'est faite l'infection; est-ce par le contact avec la peau de mouton ? M. Denis ne le pense pas, étant donné qu'il n'y a pas eu de plaie, d'ulcère ni de lymphangite au niveau des scarifications et que le malade n'a jamais présenté d'adénopathie axillaire; il croit plutôt qu'il s'est agi d'une infection par le poumon, mais, en l'absence d'autopsie, le fait ne saurait être affirmé.

Est-il possible de faire de bonne heure le diagnostic de cette affection? Pour différencier les autres septicémies d'avec la morve, on a prétendu que dans cette dernière la température se maintenait constamment de 39° à 40°; or, chez le malade de M. Denis, la température n'a dépassé 39° que cinq jours avant la mort. De même pour les frissons, qui n'ont pas manqué dans le cas présent, et que certains auteurs déclarent faire défaut dans la morve aiguë.

Quant aux adénopathies, si elles sont fréquentes chez le cheval, on les rencontre rarement chez l'homme; l'auteur n'en a jamais observé chez son malade. Par contre, les lymphangites tronculaires et réticulaires sont caractéristiques de l'affection, mais ce sont là des accidents tardifs, tout comme l'éruption pustuleuse et l'érysipèle du dos du nez. Il n'y a donc que l'examen bactériologique direct du pus et du sang qui puisse permettre un diagnostic relativement précoce. (*Lyon méd.*, 19 avril 1903.) — J. G.

Note sur la courbature comme équivalent épileptique, par M. Ch. Féré.

L'état pénible de lassitude connu sous le nom de *courbature* et que l'on observe au début de la plupart des maladies générales se montre parfois, sous forme épisodique, au cours de plusieurs états pathologiques du système nerveux. C'est ainsi que chez les hystériques et chez les neurasthéniques, on le voit se manifester à l'occasion d'un exercice insignifiant ou d'une insuffisance d'excitation physiologique, sous forme de crises d'une durée et d'une intensité variables. Des accès de courbature survenant brusquement, sans cause appréciable, et se dissipant sans laisser de fatigue après eux, ont également été signalés comme symptôme précoce de l'ataxie locomotrice (Pitres), ainsi qu'au début de la paralysie générale progressive des aliénés (Féré, Carrière).

Ce que l'on sait moins, c'est que les épileptiques sont, eux aussi, sujets à des crises de courbature, qui peuvent soit se manifester dans l'intervalle des paroxysmes convulsifs et vertigineux, soit précéder de longtemps les autres accidents. Autant ces crises sont sans signification au point de vue clinique dans le premier cas, autant il importe, dans le second, de saisir toute leur valeur séméiologique, de façon à pouvoir, par un traitement approprié, prévenir des accidents plus graves.

C'est ainsi que M. Féré relate l'observation d'une jeune fille qui, à l'âge de treize ans, à la suite d'une atteinte d'oreillons, éprouva tout à coup à la promenade une violente lassitude avec douleurs musculaires et sensation de danger imminent de chute. Au bout de dix minutes, elle sentit la lassitude s'évanouir comme par enchantement. Depuis lors, le même accident, pendant lequel la malade avait, d'ailleurs, parfaitement connaissance de ce qui se passait, se reproduisit à des intervalles de quinze à vingt jours. Or, ces crises de courbature s'étaient renouvelées une douzaine de fois, lorsqu'un matin, en faisant sa toilette, la patiente fut prise d'un accès convulsif avec pâleur, cri, perte de connaissance, spasmes toniques, mouvements cloniques, miction et stertor, accès qui dura plus d'une heure.

Dans un autre fait, se rapportant à une jeune femme de vingt-six ans, atteinte d'épilepsie convulsive, les crises de courbature précédèrent le retour des accès après une suspension prolongée. Il importe donc de savoir que les crises en question, qui constituent une des formes de l'épilepsie consciente, peuvent survivre, pour ainsi dire, aux autres manifestations du mal comitial. La connaissance de la signification exacte de la crise de courbature peut ainsi permettre, le cas échéant, de parer à un retour offensif de ces accidents. (*Rev. de méd.*, mai 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'influence de la phtisie pulmonaire sur la survie et la capacité au travail, et de la valeur du traitement dans les sanatoria populaires, par M. E. Stadler.

Pour connaître la durée de la survie des phtisiques, on a généralement pris comme base les statistiques des établissements spéciaux pour tuberculeux ou ceux des Compagnies d'assurance sur la vie : on a calculé le temps écoulé entre le début de l'affection et la mort des malades, et la moyenne des résultats ainsi ob-

tenus a été considérée comme représentant la survie moyenne des phtisiques. Ce mode d'investigation, qui ne tient pas compte des survivants au moment où l'enquête est close, amène nécessairement à des conclusions inexactes. Aussi M. Stadler a-t-il procédé d'une façon différente, en se basant sur les observations de la policlinique de Marbourg.

En dix ans, cet établissement a traité 2,355 phtisiques (1,504 hommes et 851 femmes). Si l'on défalque de ce nombre les malades entrés en traitement au cours de la dernière année, ceux chez lesquels la tuberculose n'était pas, dès le début, localisée uniquement aux poumons, enfin ceux qui présentaient déjà des lésions du troisième degré au commencement de la période d'observation, il reste un total de 670 cas (382 hommes et 288 femmes) de phtisie au premier ou au second degré, dont l'auteur fait état pour établir ses calculs.

Sur ces 670 patients, 201 sont morts. Si M. Stadler avait établi sa moyenne d'après la méthode ordinaire, c'est-à-dire en calculant la survie moyenne des décédés, il aurait obtenu une moyenne générale de 3.2 années. Mais il a procédé d'une autre manière, qui lui a donné un résultat tout différent : il a établi le pourcentage des survivants — par rapport à la totalité des malades — au bout de un, deux, trois, etc., jusqu'à neuf ans, ainsi que celui des morts au bout des mêmes laps de temps. Un malade qui vit encore après huit ans est donc compté comme vivant pour chacune des années précédentes, et tout décédé, comme vivant pendant chacune des années écoulées entre le début de la maladie et le décès. La survie moyenne correspond de la sorte à l'année dans laquelle la proportion des morts se rapproche le plus de celle des survivants.

M. Stadler a pu constater ainsi que, au bout de quatre ans, environ les deux tiers des phtisiques sont encore en vie. Ce n'est qu'entre six et sept ans que le nombre des morts correspond à peu près à celui des vivants. L'auteur en conclut que la survie est, pour les classes sociales dans lesquelles se recrutent les malades de la policlinique de Marbourg (paysans, artisans et ouvriers de la petite industrie) de six à sept ans.

Il a, de même, cherché à se rendre compte de l'influence de la phtisie sur la capacité des patients au travail. Il arrive au résultat qu'au bout de cinq ans la moitié des malades sont encore capables d'un certain travail, c'est-à-dire ne sont pas « invalides » au terme de la loi allemande de l'assurance contre l'invalidité. Le plus fort déficit, parmi les sujets jouissant de leur entière capacité de travail, s'observe au cours de la première et de la seconde année, et le total des morts accuse dans cette même période une augmentation correspondante : cette particularité est due aux cas à évolution rapide se terminant bientôt par l'issue fatale.

M. Stadler a remarqué que la survie moyenne est plus longue chez les femmes que chez les hommes : de six ans chez ceux-ci, elle atteint sept ans chez celles-là. Il attribue cette différence au fait que les femmes peuvent généralement mieux se soigner et plus se ménager que les hommes, qui travaillent aussi longtemps qu'ils en sont capables pour gagner le pain de la famille. Les plus longues survies concernent des sujets de quatorze à dix-sept ans, les plus courtes, des individus de quarante à soixante-neuf ans : pour ce dernier groupe, la moyenne n'est plus que de cinq ans.

La nature des occupations a, sur la survie, une influence sensible : les ouvriers en chambre ne succombent, en moyenne, qu'au bout de sept ans, tandis que les ouvriers en plein air et ceux qui sont exposés à la poussière ne survivent que six ans. Il n'existe pas de différence entre ces deux dernières catégories d'ouvriers : la maladie une fois déclarée, les intempéries ont sur l'état des patients une influence aussi nuisible que la poussière.

Enfin, pour se rendre compte de l'effet du séjour des phtisiques dans un sanatorium populaire, l'auteur a comparé ses résultats avec ceux de la statistique de M. Weicker, qui comprend un total de 1,395 cas ; malheureusement, il n'a pu poursuivre la comparaison au delà de la quatrième année. Il a pu cependant constater de cette manière que, pendant les trois premières années qui suivent le traitement au sanatorium, la diminution de la mortalité est d'environ un cinquième comparativement aux malades qui n'ont pas passé par le sanatorium. Ce n'est là d'ailleurs qu'un bénéfice passager : l'existence est prolongée, mais elle n'est pas sauvée, car au bout de quatre ans la proportion des morts est déjà plus élevée parmi les malades traités au sanatorium. L'influence du séjour au sanatorium se manifeste de même en ce qui concerne la capacité au travail : au bout de quatre ans la proportion des tuberculeux jouissant encore de toute leur capacité de travail est plus élevée d'un quart parmi ceux qui ont été soignés dans un sanatorium.

Il semble donc que le traitement au sanatorium ait pour résultat de prolonger l'existence et la capacité au travail dans la proportion d'un cinquième à un quart. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — A. J.

De la résistance des animaux pendant la grossesse et l'état puerpéral à l'égard des infections ou des intoxications, par M. Bossi.

Les nombreuses expériences relatées dans le présent travail se réfèrent à la question encore discutée de l'interruption artificielle de la grossesse pendant les maladies infectieuses ou les affections graves.

Un premier fait expérimental incontestable, c'est que les femelles pleines du cobaye ou du lapin offrent, à la suite des infections ou des intoxications expérimentales, une mortalité bien supérieure à celle des femelles non gravides. Plus la gestation est avancée et plus l'écart entre la mortalité des deux groupes est considérable. En outre, les réactions cliniques, telles que la fièvre, sont beaucoup plus manifestes chez les animaux gravides que chez ceux qui ne le sont pas.

Ces diverses expériences ont également permis à M. Bossi d'étudier le passage des micro-organismes dans ou à travers le placenta. Au sein du placenta on trouve assez souvent des microbes (18 fois sur 30) ; mais dans le liquide amniotique, l'intestin et le sang du fœtus, leur présence est beaucoup plus exceptionnelle. Il est même probable que leur existence chez le fœtus reconnaît pour cause des altérations placentaires (*intra vitam* ou *post mortem*), car les cultures faites avec le sang ou les organes du fœtus aussitôt après l'autopsie de femelles sacrifiées en cours d'infection furent toujours négatives. Comme il fallait s'y attendre enfin, l'avortement est très commun chez les animaux inoculés.

Pendant la période puerpérale, la résistance des animaux ne paraît pas diminuée. Mais, ainsi que le fait a d'ailleurs été souvent constaté, le lait contient fréquemment les microbes pathogènes de l'infection correspondante.

De ces recherches il résulterait que, chez une femme gravide atteinte de maladie infectieuse — tuberculose, fièvre typhoïde, etc. —, il y aurait tout avantage à provoquer l'accouchement prématuré ou l'avortement, puisque, pendant les suite de couches, la résistance organique de la parturiente reviendrait à la normale. Cette conduite sacrifie l'enfant, mais le nombre des avortements spontanés ou des accouchements de fœtus mort-nés, en pareille circonstance, permet de ne pas se préoccuper outre mesure de cet inconvénient. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 2.) — R. DE B.

Pyohémie d'origine nasale suivie de guérison, par M. Grunert.

Le cas que publie M. Grunert présente un intérêt incontestable, en tant que contribution au chapitre des complications intracrâniennes d'origine nasale, encore si peu connues, alors que les observations relatives aux complications du même genre, d'origine otique, se font de plus en plus nombreuses.

Une fillette de dix ans fut prise subitement de maux de tête et de douleurs au niveau de l'œil gauche, accompagnées de tuméfaction du même œil. La fosse nasale gauche sécrétait du pus fétide, et on put poser le diagnostic d'empyème du labyrinthe ethmoïdal et probablement aussi du sinus frontal gauches. La tuméfaction de l'œil gauche s'étendit progressivement au dos du nez, à la région frontale et à la joue gauche ; le globe de l'œil était fortement proéminent et presque complètement immobile. Pendant deux jours, la température atteignit 38°5 le matin et 40° le soir, le pouls oscillant entre 126 et 162. On ouvrit les sinus frontal et maxillaire et le labyrinthe ethmoïdal gauches ; les deux premiers étaient remplis de pus, le dernier complètement carié. Le plancher de l'orbite présentait une perte de substance, à travers laquelle le sinus maxillaire se trouvait en communication avec la cavité orbitaire. Le cathétérisme du sinus sphénoïdal ayant montré l'absence de suppuration, on jugea inutile d'ouvrir cette cavité.

Pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'opération, la température du matin dépassa 37° et celle du soir 38°, s'élevant même parfois à 39° et au delà. Il y eut ensuite une période d'apyrexie de six jours de durée, puis, malgré l'aspect excellent de la plaie, on vit survenir de nouveau, et persister pendant une dizaine de jours, une fièvre rémittente atteignant quelquefois 38°5 et une infiltration douloureuse du bras gauche (dermatomyosite) qui disparut sous l'influence d'un traitement approprié ; un peu plus tard il se produisit au même endroit une tuméfaction qui se transforma en abcès.

Au bout de cinq mois, alors que la patiente pouvait être considérée comme complètement guérie, on constata une nouvelle élévation de la température et la formation, sur la face dorsale de la main droite, un peu au-dessus de l'articulation du poignet, d'un abcès qui fut ouvert. A partir de ce moment, tout rentra définitivement dans l'ordre.

C'est en se basant sur la persistance de la fièvre rémittente après l'élimination complète de tous les foyers de suppuration, et sur la production de phénomènes de métastase, que l'auteur se croit autorisé à admettre qu'il s'agissait chez sa malade d'une infection pyohémique ; quant à l'absence de certains symptômes réputés classiques de cette affection (frissons, transpiration, augmentation du volume de la rate), elle n'infirmerait nullement cette supposition, vu que dans les pyohémies d'origine otique la symptomatologie est également très variable et s'écarte le plus souvent du type classique.

En ce qui concerne le point de départ des phénomènes pyohémiques, il ne peut être établi qu'avec plus ou moins de probabilité. Il ne doit être cherché ni dans l'affection nasale primitive, attendu que les phénomènes en question persistaient alors que cette affection avait déjà disparu, ni dans une thrombose veineuse du tissu cellulaire de l'orbite ou du plexus ptérygoïde, et cela parce que les métastases se produisirent à un moment où l'œil avait repris son état normal. Comme on sait, d'autre part, que les phénomènes pyohémiques au cours d'affections nasales sont le plus souvent consécutifs à des thromboses infectieuses des vaisseaux de la base du crâne, c'est dans un de ces vaisseaux qu'il faut voir leur point de départ, sans qu'il soit toutefois possible de préciser ni le vaisseau lui-même ni la voie qu'avait suivie l'infection pour l'atteindre. Il est probable qu'il s'agissait d'un thrombus dont la nature infectieuse était très atténuée, car il suffit — ainsi qu'on le voit souvent dans les cas de thrombose d'origine otique — d'éliminer le foyer primitif de suppuration et d'empêcher ainsi l'arrivée de nouvelles matières infectieuses, pour en amener la disparition.

Une dernière particularité sur laquelle M. Grunert croit devoir appeler l'attention, c'est que les dermatomyosites, qui sont d'un pronostic fatal dans les pyohémies otogènes et ne surviennent que dans les formes les plus graves de celles-ci, se sont montrées dans le présent cas d'un caractère très bénin et ont eu une très courte durée. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril 1903.) — S. J.

Procédé rationnel pour fixer le rein dans une position relativement normale, par M. G. Ruggi.

La multiplicité des procédés de néphropexie démontre qu'il n'y en a pas de vraiment parfait. La méthode que préconise l'auteur — et qu'il a déjà plusieurs fois employée avec succès — permettrait de remettre le rein presque à sa place normale, où il se trouverait fixé très solidement sans qu'on risquât de léser aucunement ni le parenchyme du viscère, ni son pédicule. Voici en quoi elle consiste :

M. Ruggi, suivant la voie lombaire, pratique une incision sur le bord convexe de la capsule rénale, qu'il détache sur une seule des faces du rein ou sur toutes les deux. Ensuite, avec deux pinces de Kocher appliquées au milieu des

bords libres de la capsule, il enroule ces bords verticalement, formant ainsi deux sortes de pédicules qu'il transperce et lie avec un catgut résistant; les extrémités de ce fil, passées de dedans en dehors à travers le onzième espace intercostal, sont alors définitivement nouées.

Puis, dans le but de créer un soutien sûr au pôle inférieur du rein, l'auteur réunit, au moyen de deux catguts, passés l'un au-dessous et l'autre en arrière de ce pôle, l'aponévrose de Zuckerkandl, qu'il fixe ensuite à la partie supérieure et interne du bord postérieur de la plaie.

On fait en dernier lieu la suture du plan aponévrotique, en ne laissant qu'un drain capillaire à l'extrémité inférieure de la plaie, drain qui est retiré dès le premier pansement. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 25 avril 1903.) — L. V.

Une nouvelle opération contre le prolapsus utérin, par M. A. Rieck.

Dans les opérations vaginales dirigées contre le prolapsus utérin, on résèque d'ordinaire une partie plus ou moins étendue de la muqueuse vaginale. M. Rieck pense que cette manière d'agir est défectueuse, car la cicatrice tiraille ensuite sur la muqueuse amincie et facilite la récidive du prolapsus. Pour obvier à cet inconvénient, il propose la technique suivante, qu'il a employée avec succès dans 4 cas :

On commence par fixer la muqueuse antérieure de la paroi vaginale avec quatre pinces, de façon à circonscrire un losange muqueux, qu'on incise ensuite en long sur la ligne médiane. On dissèque alors la lèvre gauche de cette incision dans l'étendue correspondante au demi-losange qui la borde; puis, au lieu de disséquer la lèvre droite de l'incision, on avive la surface muqueuse du demi-losange de ce côté. Il ne reste plus qu'à ramener et fixer sur cette surface avivée le lambeau gauche : pour ce faire, on suture d'abord la lèvre droite de l'incision à la base du lambeau gauche, puis le bord de ce dernier à l'extrême limite de la surface avivée. Par ce moyen, la paroi vaginale se trouve constituée sur la ligne médiane par deux épaisseurs de muqueuse. La même opération est ensuite répétée sur la paroi postérieure.

Le degré du prolapsus détermine la largeur du losange et par suite l'étendue sur laquelle s'exécute le doublement de la muqueuse. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 mars 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Neurofibromatose des nerfs de la langue (macroglossie neurofibromateuse) et de quelques autres nerfs de la tête et du cou, par MM. F. Ch. Abbott et S. G. Shattock.

L'observation publiée par MM. Abbott et Shattock concerne une fillette de quatre ans, dont la macroglossie, quoique le début apparent en remontât seulement à deux ans et demi, était vraisemblablement d'origine congénitale. La moitié gauche de la langue était la seule hypertrophiée; à l'union des portions horizontale et verticale se montrait du même côté une tuméfaction plus nette, plus circonscrite et grosse comme une amande. La langue pendait constamment hors de la bouche et, si l'enfant voulait la rentrer, elle était obligée de l'enrouler en quelque sorte dans l'intérieur de sa bouche. Du côté de la muqueuse, la seule altération notable était l'hypertrophie considérable des papilles. Au palper, la moitié gauche de la langue semblait noueuse et par places elle donnait un peu la sensation d'un paquet de vers ou de ficelle. Du côté gauche la joue offrait également une tuméfaction vague et diffuse, se continuant dans la partie attenante du cou et notamment dans la région sous-maxillaire, où apparaissait une tumeur plus saillante et plus circonscrite, fournissant au palper une sensation de noures ou de vers entortillés absolument typique. Une tumeur molle remplissait enfin la conque de l'oreille gauche dont le pavillon était légèrement épaissi; à ce niveau l'altération semblait n'occuper que la peau et laissait intacts les cartilages. Le développement intellectuel de la fillette était excellent; on pouvait comprendre assez facilement ce qu'elle disait, bien que l'articulation des sons fût assez obscure. Quand elle pleurait ou se mettait en colère, la moitié gauche de la face prenait une teinte un peu plus pourprée qu'à droite.

Dans une première intervention on enleva une grande portion de la langue; vers la partie postérieure de l'incision on fut cependant obligé d'abandonner un peu de tissu néoplasique. Trois semaines plus tard on extirpa la tumeur du cou; cette dernière opération exigea une dissection minutieuse, mais permit de se rendre facilement compte des caractères macroscopiques de la tumeur : elle était formée par un paquet inextricable de petits filets blanchâtres et demi-transparents, d'aspect vermiforme; tous les tissus de la région en étaient envahis depuis le peaucier jusqu'aux plans aponévrotiques ou musculaires. Au cours de la dissection de cette masse, vers le ventre postérieur du digastrique, le nerf facial fut sans doute blessé, car deux jours après l'opération on notait une paralysie complète de la branche inférieure du tronc d'émergence du facial. La guérison opératoire se fit bien, mais la paralysie ne s'améliora que légèrement. De plus, dix-neuf mois après l'opération, on put constater une légère récidive dans la cicatrice de la langue.

L'examen microscopique démontra que les éléments vermiformes, dont la tumeur linguale était formée, tout comme la tumeur sous-maxillaire, n'étaient rien autre que des nerfs dont la charpente fibreuse avait subi une énorme hypertrophie. Celle-ci se poursuivait jusqu'aux papilles, ce qui expliquait leur volume. Le système vasculaire et lymphatique n'offrait aucune altération. La plupart des nerfs de la région avaient dû participer à cette néoplasie, et même le sympathique, comme semblaient le prouver les congestions passagères qu'on observait du côté de la face. (*Ann. of Surgery*, mars 1903.) — R. DE B.

Un cas atypique de syphilis nasale chez un enfant; considérations sur les tumeurs syphilitiques du nez, par M. C. F. Theisen.

On sait les aspects multiples et variés que peut revêtir la syphilis tertiaire du nez, dont les manifestations s'écartent souvent à tel point de la forme typique que c'est quelquefois seulement à la suite d'un long interrogatoire et de l'épreuve du traitement qu'on est mis sur la voie du diagnostic vrai. Aussi est-il bon de signaler toute contribution faisant connaître des manifestations, sinon tout à fait nouvelles, du moins peu communes, de cette affection.

C'est à ce point de vue que les trois observations relatées par M. Theisen paraissent intéressantes. Dans la première il s'agit d'un enfant de sept ans qui était affecté depuis plusieurs mois d'une obstruction nasale à peu près complète, due à la présence, dans chaque narine, de deux tumeurs pédiculées, d'aspect papillomateux, molles, grisâtres, recouvertes d'une muqueuse absolument intacte. La mère de ce garçon ayant dit que son mari était mort tuberculeux, et le petit malade lui-même présentant un aspect presque cachectique, on pensa tout d'abord à une localisation nasale de la tuberculose et, tout en recommandant un traitement général, on enleva les tumeurs. Deux mois plus tard l'obstruction nasale était de nouveau complète. C'est alors seulement que la mère se décida à avouer que son mari avait eu la syphilis avant son mariage et qu'elle avait été infectée elle-même avant la naissance de son fils. On prescrivit le traitement spécifique qui ne tarda pas à amener une guérison complète; la nature syphilitique des tumeurs fut d'ailleurs confirmée par l'examen microscopique. L'intérêt de ce cas réside dans cette particularité que, bien qu'on eût affaire à une syphilis congénitale, et malgré l'existence assez longue des tumeurs, ces dernières ne présentaient pas la moindre ulcération, quoique l'enfant n'eût jamais suivi aucun traitement.

Le deuxième des faits relatés par l'auteur concerne un homme de trente-six ans, ayant eu quelques années auparavant un chancre induré, dont la fosse nasale droite renfermait une tumeur assez dure, non ulcérée, insérée sur la cloison. L'ablation de cette tumeur fut suivie de récidive au bout de trois mois. On ordonna alors au patient de l'iodure de potassium, sous l'influence duquel la nouvelle tumeur disparut complètement. L'examen microscopique avait révélé la présence, dans la première néoformation enlevée, de cellules géantes et de bacilles de Koch, et n'eût été l'effet de l'iodure de potassium, on aurait pu croire qu'il s'agissait non d'un syphilome, mais d'un tuberculome.

Enfin, le troisième malade était un homme de cinquante-six ans auquel M. Theisen avait déjà extrait à plusieurs reprises des polypes du nez et qui se présenta un jour porteur d'une grosse tumeur, dure au toucher, à surface irrégulière, recouverte d'une muqueuse intacte, et insérée sur le cornet inférieur droit. Il existait de l'engorgement ganglionnaire à droite et la joue du même côté présentait une tuméfaction dure au niveau du sinus maxillaire. Vu l'âge du malade, l'auteur pensa tout d'abord à un sarcome ayant son point de départ dans le sinus maxillaire. Mais l'examen microscopique ayant montré que le néoplasme était de nature syphilitique et le patient s'étant rappelé qu'il avait eu autrefois un chancre, on lui prescrivit, après avoir enlevé à l'anse la plus grande partie de la tumeur, de l'iodure de potassium. La guérison fut bientôt définitive et se maintient depuis deux ans. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 février 1903.) — S. J.

Note sur quelques usages de l'acide picrique, par M. F. V. Milward.

Les bons effets que les applications d'acide picrique produisent dans le traitement des brûlures ont engagé M. Milward à étendre l'usage de cette substance à un certain nombre d'autres lésions chirurgicales. L'emploi de l'acide picrique semble particulièrement indiqué dans les cas où la perte de l'épithélium laisse subsister une ulcération douloureuse, donnant lieu à un suintement séreux ou séro-purulent. Cet état de choses, que l'on observe surtout dans les manifestations eczémateuses aiguës, se présente aussi à la suite d'abrasions traumatiques. En pareille occurrence, l'acide picrique est tout indiqué à la fois comme coagulant et comme analgésique : les applications d'une solution saturée (1 partie d'acide picrique pour 95 parties d'eau distillée) amèneraient rapidement la guérison, en contribuant à former sur la surface ulcérée une pellicule de substances albuminoïdes coagulées, qui protégerait les lymphatiques ruptures et les terminaisons nerveuses mises à nu. Cela étant, on doit s'abstenir d'employer l'acide picrique tant qu'il existe des phénomènes inflammatoires aigus, car dans ce cas la pellicule protectrice formée par la solution médicamenteuse pourrait favoriser la rétention des microorganismes et déterminer une aggravation de la phlegmasie.

L'acide picrique a aussi donné, entre les mains de l'auteur, d'excellents résultats dans le traitement de l'onyxis. M. Milward commence par séparer, à l'aide d'une grosse aiguille, les parties molles d'avec l'ongle, pour introduire ensuite, dans la fente ainsi formée, de petites mèches de gaze ou des filaments d'ouate imbibés d'une solution saturée d'acide picrique. Sous l'influence de ces applications, répétées trois fois par jour, la douleur et l'inflammation ne tarderaient pas à disparaître, en même temps que l'on empêcherait les microbes pyogènes d'exercer une action destructive sur l'ongle jeune.

Le remède dont il s'agit pourrait également rendre de bons services dans le traitement de l'ongle incarné : en insensibilisant et en durcissant les parties molles ulcérées, il serait souvent susceptible de rendre inutile l'intervention chirurgicale. (*Brit. Med. Journ.*, 21 février 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Variole congénitale sans variole maternelle, par M. L. Morquio.

Le fait relaté par M. Morquio est à rapprocher de celui que M. Jacontini a publié l'année dernière, et qui a été signalé ici-même (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 239).

Une petite fille de trois mois fut présentée à l'auteur pour symptômes d'hydrocéphalie. A sa naissance, cette enfant portait une éruption lui ayant laissé des traces indélébiles sous forme de cicatricules blanches et déprimées, en tout semblables à celles de la petite vérole. L'éruption s'était accompagnée de fièvre et généralisée à tout le corps, bien qu'elle fût restée assez discrète. D'après les récits de la mère il était aisé de comprendre qu'il s'était formé tout d'abord des vésicules, puis des pustules, lesquelles avaient ensuite suppuré. La mère racontait en outre que, pendant le dernier mois de sa

grossesse, elle avait eu deux jours de forte fièvre, avec douleurs en ceinture et vomissements, durant lesquels les mouvements fœtaux avaient été extraordinairement marqués. Peu après la naissance de cette enfant, la fille aînée de cette femme, âgée de deux ans, avait été prise d'une fièvre éruptive intense qu'un médecin avait déclaré être la petite vérole; il avait porté également ce diagnostic chez la fillette puînée, bien que l'éruption fût déjà en voie de disparition.

Ces diverses circonstances, et le fait qu'il existait à cette époque dans la ville une épidémie de petite vérole, ne laissaient donc guère prise au doute. L'auteur fut en outre frappé d'une coïncidence : cette petite fille constituait le troisième cas d'hydrocéphalie qu'il observât dans des conditions à peu près semblables; dans les deux autres il s'agissait en effet de nouveau-nés ayant présenté une éruption variolique congénitale et dont les mères avaient été atteintes de la petite vérole durant le mois ayant précédé leur accouchement. (*Rev. méd. del Uruguay*, avril 1903.) — R. DE B.

Injections épidurales dans le traitement de la spermatorrhée, par M. A. Ricaldoni.

Dans le présent travail, M. Ricaldoni rend compte des résultats assez encourageants que lui ont donnés les injections épidurales de cocaïne dans 3 cas de spermatorrhée.

C'est chez le premier de ces malades, un célibataire de vingt-trois ans, que l'influence du traitement fut le plus manifeste. D'un tempérament nerveux et très impressionnable, cet homme avait présenté dans son enfance de l'incontinence d'urine. Depuis quatre ans il avait des pertes séminales qui, dans les derniers temps, se renouvelaient toutes les trois ou quatre nuits sous l'influence de songes érotiques. Après l'échec de la plupart des procédés thérapeutiques usuels, M. Ricaldoni lui injecta 3 c.c. d'une solution de cocaïne à 0.5 %. A la suite de cette injection, il ne se produisit plus que trois pertes en dix-huit jours. Au bout de ce temps, les pollutions reparurent, toutefois avec un peu moins de fréquence que par le passé. On fit alors une deuxième injection, mais, par suite d'une erreur de technique, le liquide ne pénétra pas dans le rachis et les pollutions recommencèrent à se produire à deux ou trois jours d'intervalle. Enfin, après une troisième injection, les pollutions ne reparurent pas de dix-sept jours.

Les deux autres observations de M. Ricaldoni sont moins démonstratives. Pour l'une d'elles, on ne put faire qu'une seule injection, le malade n'étant pas revenu; l'autre concerne un tuberculeux avancé, dont les pollutions ne se produisirent plus que tous les cinq ou six jours, alors qu'auparavant elles étaient quotidiennes.

Il va sans dire que ces injections constituent une thérapeutique purement symptomatique, et qu'il ne faut pas négliger de traiter la maladie causale. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Carcinome et statistique, par M. J. A. Korteweg.

Les statistiques récentes, relatives aux résultats éloignés des opérations pour cancer, aboutissent à cette conclusion assez déconcertante que les survies, bien loin d'augmenter à proportion de la précocité des interventions, restent stationnaires et même sont moins longues qu'elles ne l'étaient il y a vingt ou vingt-cinq ans. C'est à l'explication de ce paradoxe qu'est consacré le présent travail, dans lequel l'auteur s'occupe spécialement du cancer du sein.

M. Korteweg fait remarquer tout d'abord qu'on n'observe pas un *cancer moyen* du sein, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de cancéreux dont l'affection présente comme marche ou durée les caractères moyens assignés par les travaux classiques : il n'existe que des cancéreux dont le cancer offre dès ses débuts un caractère de bénignité ou de malignité à peu près fatal, sans que, malheureusement, on possède de *criterium* clinique ou anatomique permettant de prévoir l'évolution de la tumeur.

Cette division tranchée des cancers du sein en bénins ou malins, en opposition avec le type moyen et classique de l'affection, trouve sa confirmation dans l'étude de la vie totale des cancéreux — en tant que cancéreux — avant et après l'opération. En colligeant les statistiques les plus récentes et les plus considérables sur la matière, on s'aperçoit que, dans toutes, ce sont en général les femmes dont le cancer était le plus ancien au moment de l'intervention qui présentent les survies les plus longues, et inversement que ce sont les opérations en apparence les plus précoces qui sont suivies le plus rapidement de mort. C'est ainsi que les malades opérées dans les trois premiers mois n'ont en moyenne que seize mois de survie, alors que celles qui sont opérées au bout d'un an et de deux ans survivent respectivement trente-deux et quarante-sept mois.

La raison en est que la précocité de l'intervention a pour conséquence d'amener aux chirurgiens presque toutes les malades dont le cancer, abandonné à lui-même, se serait généralisé en quelques mois : elles sont donc sous le coup d'une généralisation au moment où on les opère; rien d'étonnant à ce que de pareilles interventions viennent assombrir les résultats statistiques et les faire descendre au-dessous de ce qu'ils étaient autrefois.

Une autre cause de la non-amélioration des résultats éloignés des opérations pour cancer, c'est l'élargissement du cadre des indications opératoires. Grâce au perfectionnement de la technique (curage de l'aisselle, opération de Halstead, etc.), on intervient pour des cancers de plus en plus avancés. Or, si le curage de l'aisselle semble dans certains cas — chez les malades n'ayant que peu ou pas d'adénopathie — fournir jusqu'à 100 % de guérisons durables (plus de trois ans), l'extirpation des muscles pectoraux et des ganglions cervicaux, par contre, paraît ne donner que de médiocres résultats.

On peut dire, en résumé, que l'opération ne profite qu'aux *bons* cancers, ceux dont la tendance à la généralisation est médiocre; il semble, de plus, que l'ablation des ganglions comme moyen préventif de la généralisation n'ait qu'un faible effet. Il faut cependant opérer le plus largement et le plus précocement que l'on peut : on y gagne peut-être d'éviter du moins les récidives locales. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 mai 1903.) — R. DE B.

Tumeur chronique de la rate due à une thrombose de la veine porte, par MM. A. J. Van der Weyde et W. Van IJzeren.

L'origine et l'évolution du cas de mégalosplénie relaté dans le présent travail sont assez particulières pour mériter d'être signalées.

Une femme, dépourvue d'antécédents morbides et âgée de quarante-six ans quand elle s'était présentée pour la première fois au médecin, accusait alors divers troubles datant de deux années, tels que céphalées, vomissements, inappétence, lassitude extrême. Dans la région splénique existait une tumeur allant des fausses côtes à la crête iliaque et atteignant l'ombilic. Huit ans plus tard, après divers traitements, les troubles digestifs s'étaient légèrement améliorés, mais la faiblesse était extrême, il y avait de la cyanose du visage, des mains et des membres inférieurs; la tumeur, ronde et lisse, avait doublé de volume. Un souffle systolique léger s'entendait au niveau des orifices valvulaires. L'examen du sang révélait de l'hyperglobulie et une légère leucocytose.

Sur le désir de la patiente, une splénectomie fut exécutée. Les premières suites opératoires furent satisfaisantes, mais à partir du quinzième jour l'état général se mit à décliner et dix jours plus tard la malade succombait.

L'intervention et l'autopsie permirent de reconnaître que la rate, du poids de 1,250 grammes, était hépatisée; son tissu conjonctif était fortement hyperplasié et ses follicules presque complètement atrophiés. Les ganglions mésentériques attenants offraient de l'hypertrophie simple. La veine porte, thrombosée, avait des parois scléreuses et un calibre rétréci; le petit épiploon était également sclérosé.

Les auteurs pensent que cette dernière altération — elle-même d'origine inconnue — avait peu à peu déterminé le rétrécissement et la sclérose de la veine, puis la thrombose et, comme conséquence ultime, la mégalosplénie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 avril 1903.) — R. DE B.

L'albuminurie et l'admission dans la marine néerlandaise, par M. A. W. Pulle.

Dans cette note, M. Pulle, médecin de la marine néerlandaise, expose les constatations qu'il a pu faire, en ce qui concerne l'albuminurie, chez 6,308 individus qui voulaient prendre du service dans la marine.

Sur ce nombre, 704, soit 11.16 %, présentaient des urines albumineuses; mais, et c'est là le point important, *23 seulement* étaient atteints d'une affection sûrement en rapport de causalité avec cette albuminurie (lésion rénale ou cardiaque); chez 308 autres, il existait des troubles que l'on pouvait soupçonner d'être la cause de ce phénomène (anémie, bruits anormaux du cœur); 234 n'avaient que des tares sans relation avec la présence d'albumine dans les urines (surdité, phimosis, etc.); 139 enfin paraissaient absolument normaux.

Ainsi donc, si l'on oppose les sujets des deux premières catégories à ceux des deux secondes, on voit que sur 704 cas d'albuminurie cliniquement constatée (par l'acide azotique ou l'épreuve de Correz), 373, soit 53 % en chiffres ronds, semblaient indépendants de tout état morbide. (*Militair geneesk. Tijdschr.*, mai 1903.)

PUBLICATIONS POLONAISES

De l'hématémèse chez les tabétiques, par M. W. Róbin.

Les vomissements de sang au cours des crises gastriques du tabes étant très rares, il nous paraît intéressant de signaler ici l'observation publiée par M. Róbin. Elle a trait à un homme de trente-sept ans qui consulta l'auteur pour des accès de nausées avec vomissements, accès datant de quatre ans et se répétant tous les deux ou trois mois. Ces crises duraient deux ou trois jours; les vomissements, d'abord alimentaires, rappelaient comme aspect, à la fin de l'accès, le marc de café. Dans l'intervalle des crises, le patient n'éprouvait rien d'anormal.

L'interrogatoire du malade apprit l'existence d'une infection syphilitique remontant à dix-sept ans. D'autre part, à l'examen, on notait l'abolition des réflexes rotuliens, ainsi que la présence du signe de Romberg et de celui d'Argyll-Robertson. Dans les vomissements couleur marc de café, le microscope décela des globules rouges, quelques leucocytes et des cellules épithéliales plates. L'analyse du suc gastrique, recueilli à jeun et après un repas d'épreuve, montra une diminution du taux d'acide chlorhydrique.

M. Róbin estime, en conséquence, que dans ce cas on avait affaire au tableau clinique décrit par Charcot sous le nom de *crises gastriques tabétiques avec vomissements noirs*, tableau clinique qui était ici en rapport avec une gastrite chronique hypochlorhydrique. (*Gaz. lekarska*, 30 mai 1903.) — L. CH.

L'emploi du bleu de méthylène dans les affections des voies urinaires, par M. A. Bialobrzeski.

Le présent mémoire est basé sur les essais cliniques que l'auteur a institués, au cours de ces deux dernières années, à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Varsovie, en vue d'étudier l'action du bleu de méthylène sur les affections aiguës ou chroniques des voies urinaires. M. Bialobrzeski a ainsi été à même de se rendre compte que le médicament en question se montre surtout efficace à l'égard des inflammations catarrhales de la vessie et des voies urinaires en général. Dans les suppurations d'origine accidentelle — par cathétérisme ou autres —, le bleu de méthylène agit moins rapidement, quoique d'une manière assez énergique. Les affections blennorrhagiques semblent également s'atténuer sous l'influence de cette substance. En ce qui concerne la tuberculose, la médication par le bleu n'exerce aucun effet sur l'évolution même du processus morbide, mais elle est susceptible de faire disparaître les douleurs et la pollakiurie. D'une façon générale, à en juger d'après l'expérience de l'auteur, le bleu de méthylène agirait à la fois comme calmant et comme antiphlogistique. Il aurait, en outre, pour effet de tonifier la vessie et de régulariser le fonctionnement de cet organe.

Au début de la cure, on noterait parfois des nausées, mais, dans la suite, on ne verrait se

manifester aucun phénomène fâcheux. Tous les malades de M. Bialobrzeski — sauf un seul, porteur d'un calcul vésical — ont très bien supporté le traitement. (*Gaz. lekarska*, 14 mars 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

La pérityphlite, par M. MICHEL ROSTOVTZEV. In-8°, 1037 p. avec fig. Saint-Pétersbourg, 1902.

Cette monographie, basée à la fois sur des documents empruntés à la littérature médicale et sur des recherches personnelles de l'auteur, est divisée en deux grandes parties : la première est consacrée à l'historique de l'évolution de nos connaissances sur l'inflammation du cæcum et de l'appendice, à l'embryologie et à l'anatomie de ces deux portions de l'intestin, à l'anatomie pathologique et à l'étiologie des appendicites; dans la seconde, M. Rostovtzev étudie les pérityphlites au point de vue purement clinique.

En ce qui concerne l'étiologie, l'auteur classe les facteurs susceptibles de provoquer le développement d'une pérityphlite en trois groupes : à côté des causes agissant directement sur l'appendice, il en est d'autres d'ordre général et qui, sans effet immédiat sur le vermis, créent cependant des conditions favorables pour l'apparition de la maladie; enfin, une troisième catégorie est constituée par des lésions spécifiques (tuberculose, syphilis, actinomycose, néoplasmes, etc.) de l'appendice.

Dans le premier groupe, on avait jadis fait jouer le rôle le plus important aux corps étrangers : les recherches récentes — entre autres, celles de M. James Bell que nous avons eu l'occasion de signaler ici même (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 108) — ont montré combien cette opinion était peu fondée; pour sa part, M. Rostovtzev a noté assez souvent (dans 27 cas sur 278) la présence de corps étrangers dans des appendices *sains*, mais il n'en a jamais trouvé en cas de pérityphlite.

La théorie de M. Metchnikoff, d'après laquelle certains nématodes joueraient un rôle étiologique dans l'appendicite (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 83), ne fait que reproduire l'opinion exprimée, il y a cinquante ans environ, par quelques auteurs (Platonov, Chakhtinguère, etc.), qui attribuaient aux vers intestinaux une influence mécanique directe sur les parois de l'appendice (perforation) et, tout comme M. Metchnikoff, voyaient dans la consommation de légumes crus une des causes de l'appendicite. Il s'en faut, d'ailleurs, que le mécanisme d'action des nématodes soit établi d'une façon suffisamment nette : on tend à admettre qu'ils agissent à la façon de corps étrangers, mais le rôle étiologique de ce dernier facteur étant lui-même aujourd'hui mis en doute, on voit que la théorie helminthologique de l'appendicite manque de base solide. Quoi qu'il en soit, M. Rostovtzev estime que les observations, relatées par M. Metchnikoff, de guérison rapide de l'appendicite sous l'influence d'un traitement vermifuge concernent, en réalité, des cas d'helminthiase simulant cliniquement une phlegmasie de l'appendice, de sorte que ces observations sont surtout intéressantes au point de vue du diagnostic différentiel.

L'auteur passe ensuite en revue la théorie de la *cavité close* (Talamon, Dieulafoy), celle de la *stagnation* ou de la *fistule borgne interne* (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 237-238), le rôle de la structure anatomique de l'appendice et, en particulier, de sa richesse en tissu glandulaire, ainsi que des particularités d'innervation et de vascularisation de cette portion de l'intestin. Enfin, parmi les causes directes de l'appendicite, on doit encore tenir compte des traumatismes et de l'étranglement herniaire de l'appendice (Herzog).

Dans la seconde catégorie de facteurs étiologiques, les affections gastro-intestinales occupent le premier rang. La colite membraneuse mérite, à cet égard, une mention particulière, encore que les rapports de cause à effet entre cette maladie et l'appendicite, admis par un certain nombre d'auteurs (Reclus, Dumontpallier, Plicque), soient contestés par d'autres (Glénard, Dieulafoy). Pour MM. Czerny et Heddaeus, il existerait entre les deux affections des rapports réciproques : les troubles de la circulation intestinale dont s'accompagne habituellement l'appendicite chronique amèneraient, à la longue, les phénomènes d'irritation qui caractérisent la colite et, d'autre part, celle-ci serait à son tour susceptible de déterminer une phlegmasie de l'appendice.

En discutant la théorie de l'appendicite par infection générale, M. Rostovtzev compare sa statistique personnelle avec celle de M. Sonnenburg et constate que le maximum de morbidité et de mortalité par appendicite, qui, pour le chirurgien allemand, correspond à l'été, tombe, au contraire, sur l'hiver à l'hôpital Oboukhov, de sorte qu'il faut voir dans cette prédilection apparente de l'affection pour telle ou telle autre saison l'effet d'une simple coïncidence plutôt que la preuve de son *épidémicité*.

Au point de vue de la classification clinique, l'auteur croit possible d'établir trois grandes catégories de faits. La première comprend tous les cas où le processus morbide reste limité à l'appendice et où les manifestations cliniques sont, partant, légères et peu durables : c'est la *colique appendiculaire* de M. Talamon, l'*appendicitis simplex* de M. Sonnenburg, etc. Dans le second groupe, la phlegmasie s'étend au péritoine, mais dans des limites assez étroites : c'est la *pérityphlite* proprement dite, qui se caractérise par une réaction générale relativement intense de l'organisme, par la durée plus longue et le pronostic moins favorable de la maladie. Enfin, la troisième catégorie est constituée par les cas où l'inflammation de l'appendice s'associe à la phlegmasie du péritoine en entier ou, tout au moins, en grande partie et où cette *péritonite diffuse* prime, pour ainsi dire, les caractères propres à l'appendicite.

En ce qui concerne le traitement, M. Rostovtzev, tout en se déclarant partisan de l'expectation, estime cependant que l'appendicite est une affection essentiellement chirurgicale et qu'elle devrait, par conséquent, toujours rester du ressort des chirurgiens. — L. CH.

Sur la pathologie et le traitement de l'asthme, par M. SIHLE.

L'asthme est généralement considéré comme une névrose respiratoire reconnaissant pour cause intime soit une contraction spasmodique des fibres musculaires qui entrent dans la constitution des ramifications bronchiques, soit un catarrhe particulier d'origine nerveuse, soit encore une tuméfaction de la muqueuse bronchique créant un obstacle à la libre circulation de l'air. Or, en se basant sur un grand nombre de cas d'asthme qu'il a eu l'occasion d'observer au cours de ces sept dernières années, M. Sihle estime qu'il est un quatrième facteur dont il convient de tenir compte et qui est constitué par une insuffisance générale des vasomoteurs, se traduisant par une diminution plus ou moins constante de la tension sanguine.

Chez la plupart des asthmatiques, l'auteur, en effet, a constaté un abaissement de la limite inférieure du foie et une exagération de la sensibilité de cet organe, même dans l'intervalle des accès. Ces deux phénomènes, loin d'être sous la dépendance d'un affaiblissement du myocarde, proviendraient de l'insuffisance des vasomoteurs. L'asthme serait, par conséquent, une névrose réflexe intéressant, par l'intermédiaire du nerf vague, non seulement l'appareil respiratoire, mais aussi les organes de la circulation. Toutefois, le point de départ de cette névrose ne siégerait pas toujours dans le système nerveux périphérique (*asthme d'origine périphérique*), le syndrome asthmatique pouvant aussi être provoqué par des agents irritants que charrie le torrent circulatoire (*asthme hématogène*) ou par des influences psychiques, par une sorte d'auto-suggestion (*asthme psychogène ou cérébral*).

Conformément à cette conception pathogénique, M. Sihle estime que, dans le traitement des asthmatiques, on ne doit jamais négliger le côté psychique (psychothérapie). D'autre part, il convient de combattre l'hypotonie de la musculature vasculaire par l'administration des préparations de digitale, que l'on associera aux narcotiques destinés à agir sur le bronchospasme, et aux iodures, qui influencent surtout la sécrétion bronchique. Enfin, on trouvera dans l'application de l'hydrothérapie un bon moyen pour lutter contre la tendance à l'hyperémie que manifeste la muqueuse des organes respiratoires. (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, décembre 1902.) — L. CH.

Blennorrhagie indolore « torpide », par M. I. SÉLÉNEV.

Il y a deux ans, l'auteur a fait connaître un cas de blennorrhagie aiguë indolore, dans lequel le diagnostic fut établi seulement lorsque, sous l'influence d'un traumatisme, on vit se développer, chez le malade, une orchi-épididymite gonococcique. Dans le présent mémoire, M. Sélénev relate toute une série d'observations qui tendent à démontrer l'existence de *formes indolores* de blennorrhagie, évoluant sans donner lieu à des phénomènes subjectifs quelconques, alors même que le processus morbide s'étend au delà de l'urèthre. Il existerait, en outre, une blennorrhagie latente ou torpide d'emblée, dont le diagnostic ne peut être établi qu'après exploration méticuleuse du canal de l'urèthre. On constate, en pareille occurrence, que la muqueuse uréthrale est boursouflée et congestionnée; les sécrétions sont fort peu abondantes, la goutte matinale peut, elle-même, faire défaut, et ce n'est qu'après un lavage de l'urèthre antérieur qu'on réussit à obtenir quelque peu de sécrétion. En soumettant les urines à la centrifugation, on met facilement des gonocoques en évidence.

On comprend combien il importe de connaître cette variété de blennorrhagie qui peut envahir la vessie, la prostate et les testicules sans éveiller l'attention du malade, et qui reste cependant transmissible par les rapports sexuels.

En ce qui concerne les causes de cette évolution torpide de l'uréthrite gonococcique, l'auteur estime qu'elles dépendent à la fois de la nature de l'agent pathogène et du terrain sur lequel celui-ci évolue. (*Roussk. journ. kojn. i vénér. boliézn.*, janvier 1903.) — L. CH.

Production artificielle d'une hydrocèle en vue de l'exemption du service militaire, par M. P. TIMOFÉIEV.

L'auteur a eu l'occasion d'observer, à l'hôpital militaire de Smolensk, un cas assez rare de maladie provoquée artificiellement dans le but d'obtenir l'exemption du service militaire. Il s'agissait d'un conscrit renvoyé devant une commission spéciale d'examen pour toute une série d'affections et, entre autres, pour une hydrocèle. Les bourses étaient fortement distendues et les plis du scrotum effacés. Du côté droit, on percevait une eschare mesurant 1 centimètre de diamètre et entourée d'un anneau purulent étroit. A ce niveau, on constatait, à la palpation, l'existence d'un abcès fluctuant gros comme un œuf de pigeon. En palpant les bourses, on provoquait une crépitation très nette. L'eschare ayant été détachée, on vit s'écouler une dizaine de centimètres cubes d'un pus épais et jaunâtre; puis, la crépitation commença à diminuer peu à peu et, au bout de quelques heures, il ne fut plus possible de la déceler. En même temps, les bourses ne tardèrent pas à subir une réduction importante de volume. L'écoulement purulent continua pendant cinq jours encore; ensuite, la petite plaie se cicatrisa; le scrotum ne présentait dès lors plus rien d'anormal, sauf une légère induration au niveau de l'ancien abcès.

Il était évident que la distension des bourses avait été provoquée artificiellement par l'introduction d'air sous les enveloppes des testicules. En effet, l'enquête réussit à établir que le conscrit, pour être exempté du service, s'était soumis à la manœuvre suivante : un paysan lui avait ponctionné le scrotum à l'aide d'une grosse alène et, après avoir introduit dans l'orifice de ponction une plume de poule, avait insufflé de l'air et terminé l'opération en obturant la plaie avec une sorte de mastic. (*Voïenno-méd. journ.*, février 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Des injections salines dans les inflammations du péritoine, par M. L. KRAFT.

Les données expérimentales concernant les indications des injections salines appliquées aux infections péritonéales ne sont pas encore très précises. Aussi M. Kraft relate-t-il dans le

présent travail les recherches qu'il a entreprises sur ce sujet. Il effectuait ses transfusions dans la veine auriculaire du lapin; la puissance de résorption du péritoine était ensuite évaluée, après injection intrapéritonéale de bleu de méthylène, par la détermination du passage plus ou moins rapide et plus ou moins abondant de cette substance dans les urines.

Au cours de ses expériences, l'auteur a tout d'abord remarqué qu'en injectant la solution de Schücking (lévulose 3 %, cristallose 0.3 % et chlorure de sodium 0.6 %), l'équilibre physiologique — c'est-à-dire l'état dans lequel l'apport et l'élimination d'eau en un temps donné sont égaux — était plus vite atteint qu'avec la solution salée ordinaire, et que la diurèse était plus intense durant les premiers instants qui suivent la transfusion. Il semble donc qu'on devrait employer de préférence la solution de Schücking. La température du liquide n'est pas non plus indifférente : chez le lapin, un liquide d'une température assez notablement supérieure ou inférieure à 38° amène facilement la mort, pour peu que l'injection soit abondante.

M. Kraft a ensuite étudié l'influence de la transfusion sur le pouvoir de résorption du péritoine sain. En injectant du bleu de méthylène par voie sous-péritonéale à des lapins soumis concurremment à une transfusion saline, il a tout d'abord constaté que la quantité de bleu de méthylène éliminée était la même que chez les animaux qui, dans les mêmes conditions, recevaient la matière colorante par voie sanguine et, de plus, que la résorption et l'élimination chez les premiers duraient autant que chez un animal n'ayant subi aucune transfusion. On en peut conclure que l'absorption d'un péritoine sain n'est pas influencée par la transfusion.

Une autre série d'expériences a été consacrée à des recherches sur la résorption péritonéale dans le cas de péritonite obtenue par action chimique (jéquirity), afin d'éviter les accidents généraux et les lésions diverses qui peuvent accompagner les infections microbiennes. L'auteur a vu ainsi que tout au début de la péritonite — alors que la seule lésion appréciable est la sécheresse de la séreuse — la transfusion augmente énormément la résorption au niveau du péritoine. Celle-ci diminue, au contraire, et d'une façon très considérable, quand, chez les animaux transfusés, la séreuse se recouvre d'enduits fibrineux : l'oblitération des stomates lymphatiques par la fibrine en est vraisemblablement la raison. Mais si, en pareil cas, l'absorption est faible, l'exsudation est très active, comme en témoignent les épanchements péritonéaux qui se forment alors. Il en résulte que dans la péritonite sèche, initiale, la transfusion n'aurait que de mauvais effets, en facilitant la septicémie, tandis que dans les péritonites exsudatives elle serait au contraire indiquée.

Dans le cas de péritonite circonscrite, la transfusion provoque également des exsudats abondants, capables d'amener la fonte des adhérences. Ce résultat fâcheux ne s'observe pas quand on draine le foyer.

Enfin, M. Kraft croit justifiées les contre-indications généralement admises jusqu'ici et basées sur l'état du cœur et des reins : chez les malades atteints de lésions de ces organes, il sera bon de s'abstenir de toute injection saline. (*Hospitalstidende*, 14 et 21 janvier 1903.) — R. DE B.

Des hémorrhagies dues à l'ulcère de l'estomac et du duodénum ; perforation du cœur par un ulcère de l'estomac, par M. K. Thue.

Bien qu'on cite le cœur au nombre des organes que peut éroder et perforer l'ulcère de l'estomac, les exemples de cette complication font à peu près défaut. L'observation relatée par M. Thue mérite donc d'être signalée.

Un homme de quarante-huit ans, atteint depuis huit années d'une gastrite chronique alcoolique, entrait une première fois à l'hôpital avec des signes très nets de pneumothorax gauche ; le cœur lui-même était légèrement déplacé vers la droite. Au bout de quatre mois, les symptômes s'étant améliorés, le malade demanda son *exeat*, mais, trois mois après, il dut se faire admettre de nouveau. Le cœur était toujours déplacé à droite; les signes de pneumothorax avaient presque disparu; par contre, cet homme se plaignait de douleurs à l'épigastre et dans l'abdomen. Bientôt apparut de la fièvre accompagnée d'un double épanchement pleural et péritonéal peu abondant. On crut alors à de la tuberculose, mais deux mois plus tard les épanchements avaient disparu. A dater de ce moment, les symptômes gastriques furent seuls en scène; on institua des lavages de l'estomac, car cet organe semblait descendre un peu bas et on constatait, en outre, des symptômes très nets de rétention alimentaire.

Un jour, se sentant indisposé, le patient réclama son lavage dans l'espoir d'être soulagé; mais la sonde avait à peine franchi l'isthme du gosier qu'il fut pris d'une hématémèse formée par 1,500 grammes de sang rouge vif; six heures et demie plus tard survint un nouveau vomissement d'un demi-litre de sang environ, qui entraîna la mort.

A l'autopsie, on trouva l'estomac adhérent au péricarde et au cœur par l'intermédiaire du diaphragme; celui-ci était très élevé et remontait jusque vers le troisième espace intercostal. Un ulcère perforant avait mis en communication les cavités des deux viscères; la perforation siégeait, sur le cœur, en dehors de la commissure gauche de la valvule mitrale, vers la face postérieure du ventricule, laquelle adhérait à l'estomac; sur l'estomac, elle occupait le côté droit du cardia. La position élevée de l'estomac et le refoulement du diaphragme expliquaient à la fois le peu de gastrectasie apparente et le prétendu pneumothorax gauche. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars 1903.) — R. DE B.

Colpo-hystérostomie pour incarcération de l'utérus gravide, par M. G. Wennerström.

Dans un cas de rétroflexion irréductible de l'utérus gravide, M. Wennerström a exécuté l'opération suivante, qui dans le cas particulier n'aurait pas encore été pratiquée :

Une femme de vingt-huit ans, sans antécédents morbides, en était au cinquième mois de sa seconde grossesse, quand on s'aperçut que le fond de son utérus, rétrofléchi, se trouvait enclavé dans le petit bassin. Les essais de réduction manuelle — faits sous chloroforme, avec la main introduite dans le rectum —, puis des ponctions de la matrice, qui ne ramenèrent qu'un peu de sang, demeurèrent sans résultat. On tenta alors de provoquer l'accouchement par des injections vaginales très chaudes, car l'orifice du col, remonté derrière la symphyse, était absolument inaccessible; les douleurs apparurent en effet, mais elles furent suivies aussitôt de symptômes d'occlusion intestinale aiguë. En présence de cette complication, il fallait évacuer à tout prix et le plus rapidement possible la cavité utérine. On recourut donc à l'opération suivante :

Après incision de la muqueuse vaginale depuis le voisinage du col jusqu'à la paroi postérieure du vagin, le fond de l'utérus fut isolé et abaissé par des tractions sur le cul-de-sac de Douglas. La paroi postérieure ainsi rendue bien visible, M. Wennerström y fit une incision de 4 centimètres qu'il agrandit avec des instruments mousses; il put extraire par cette voie un fœtus macéré, long de 15 centimètres. Le placenta était déjà entièrement décollé, ce qui explique pourquoi les ponctions n'avaient ramené que du sang. Les jours suivants, la cavité utérine fut drainée par la boutonnière qu'on y avait pratiquée. L'hémorrhagie, au cours de l'opération, fut insignifiante.

La guérison se poursuivit normalement, mais au bout de trois mois il existait encore une petite fistule utérine; la matrice, toujours rétrofléchie, était cependant plus mobile. Deux ans plus tard, cette femme, redevenue enceinte, accouchait normalement d'un enfant vivant et bien portant. (*Hygiea*, mars 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

La tachycardie orthostatique, par M. J. Thomayer.

Par analogie avec l'*albuminurie orthostatique* ou *albuminurie de la station debout*, M. Thomayer désigne sous le nom de *tachycardie orthostatique* une accélération du rythme cardiaque qui ne se manifeste qu'à l'occasion de la station debout, la fréquence du pouls restant normale ou à peu près tant que le malade conserve la position horizontale.

L'auteur a eu l'occasion d'observer le phénomène en question dans trois cas. Dans le premier, il s'agissait d'un homme de trente-sept ans, atteint d'une cystite d'origine blennorrhagique et chez lequel la tachycardie orthostatique disparut après quelques lavages de la vessie. Le second a trait à une jeune fille qui avait essayé de se suicider au moyen d'allumettes : pendant les premiers jours qui suivirent l'intoxication, on nota une tachycardie très marquée, qui disparut dès que la malade fut rétablie. Enfin le troisième cas concerne un jeune phtisique.

Chez ces trois patients, on comptait de 76 à 90 pulsations à la minute pendant qu'ils restaient couchés, tandis que dans la station debout la fréquence du pouls atteignait jusqu'à 168.

Il existe, d'ailleurs, dans la littérature médicale quelques observations qui ne sont pas sans analogie avec celles que nous venons de signaler : on sait notamment que les accès de tachycardie paroxystique commencent souvent dès que les malades se lèvent, pour cesser dans la position horizontale. Mais, d'une manière générale, ces faits ne semblent pas avoir attiré suffisamment l'attention des cliniciens.

Traube, qui a publié en 1878 une observation de tachycardie de la station debout, attribuait ce phénomène à l'asthénie des centres bulbaires avec abaissement de la tension artérielle dans les vaisseaux du bulbe, abaissement déterminé par la position verticale du malade. Pour sa part, M. Thomayer croit devoir rejeter la seconde partie de cette interprétation pathogénique, la fréquence du pouls étant loin d'être toujours subordonnée à la pression artérielle. Par contre, il attache la plus grande importance à l'asthénie des centres bulbaires, dans laquelle il serait porté à voir le point de départ du phénomène en question. Cette asthénie bulbaire une fois admise, on comprend que dans la position horizontale l'accroissement de la pression du liquide céphalo-rachidien suffise pour exciter les centres bulbaires et pour empêcher la tachycardie de se manifester, tandis que dans la station debout, l'asthénie reprenant ses droits, on verrait se produire la tachycardie orthostatique. A l'appui de cette hypothèse, l'auteur invoque une série de constatations qu'il a eu l'occasion de faire chez des sujets sains, en les faisant coucher la tête plus bas que le bassin : dans cette position, la fréquence du pouls était moins considérable que dans la position simplement horizontale, et surtout que dans la station debout. (*Sbornik klinicky*, IV, 5.) — L. CH.

Un symptôme rare d'intoxication arsenicale, par M. F. Samberger.

L'observation publiée par l'auteur a trait à un homme de vingt-deux ans, admis à la clinique dermatologique de M. le professeur Janovski, à Prague, pour tuberculose de la peau compliquée de manifestations tuberculeuses du côté des os et des ganglions lymphatiques; ce malade avait déjà été traité par l'arsenic sous forme de pilules contenant 0 gr. 001 milligr. d'acide arsénieux, répétées trois fois par jour, et il avait supporté cette médication sans présenter le moindre symptôme d'intoxication. Cette fois, on eut recours à des injections sous-cutanées d'une solution contenant 1 gramme d'acide arsénieux et 0 gr. 10 centigr. de soude hydratée pour 100 grammes d'eau distillée. Le liquide avait été soumis à la stérilisation et les injections étaient pratiquées, avec toutes les précautions usuelles d'antisepsie, sous la peau des extrémités supérieures. On commença par injecter 1/10 de centimètre cube de la solution susmentionnée pour augmenter la dose, à chaque fois, d'une division de la seringue de Pravaz. Or, au bout de neuf jours, lorsque le malade avait reçu en tout 1 c.c. et demi de solution arsenicale, c'est-à-dire 0 gr. 015 milligrammes d'acide arsénieux, on vit se produire, au niveau des piqûres, de vastes suffusions sanguines et, sur tout le reste du corps, de petites pétéchies. Ces extravasations sanguines se résorbèrent au bout de quelques jours, sans laisser la moindre trace.

M. Samberger serait porté à voir dans ces manifestations hémorrhagiques un cas d'idiosyncrasie à l'égard de l'arsenic *administré par voie hypodermique*, idiosyncrasie analogue à celle que M. Karewski a observée à l'égard de certaines préparations arsenicales. (*Casopis lékaru ceskych*, 11 avril 1903.) — L. CH.

REVUE CRITIQUE

L'hérédité pathologique et la théorie du plasma germinatif.

S'il est vrai que le fait minutieusement observé et soigneusement enregistré constitue l'élément indispensable de la science, il est non moins vrai que la science, pour mériter vraiment son nom et ne pas rester à l'état de simple catalogue se bornant à l'énumération de faits, doit chercher à relier ensemble tous les faits observés, à établir entre eux des rapports dans le temps et l'espace, à étudier leurs causes et leurs effets, à en fournir en un mot une interprétation aussi large, aussi complète que possible. Cette dernière partie du travail scientifique, qui constitue, à proprement parler, la philosophie de la science, en est l'élément relatif par excellence et variable, car si un fait bien observé n'est susceptible de soulever aucune discussion ni contestation, l'interprétation de ce fait peut varier et varie en effet selon les tempéraments et selon les époques, selon aussi le nombre de faits antérieurement observés, ce nombre allant toujours en croissant.

Là où le sens commun se contente de constater un rapport immédiat entre les faits les plus rapprochés, le savant, loin de s'arrêter à la constatation de ce rapport particulier, se demande s'il ne fait pas partie d'un rapport plus général embrassant un plus grand nombre de faits qui apparaissaient au sens commun comme éloignés et étrangers les uns aux autres; et ce rapport une fois trouvé, il lui donne la forme d'une loi énonçant les caractères les plus généraux des faits en question. Mais cette loi n'a rien de définitif ni de dogmatique; il suffit qu'on vienne à découvrir un ou plusieurs faits nouveaux auxquels elle ne soit pas applicable, pour lui ôter toute valeur et en nécessiter la modification.

C'est ainsi que la science transforme les phénomènes les plus évidents en apparence et les plus incontestables en problèmes, et ces problèmes, elle les reprend à tout instant, pour les éclairer chaque fois d'un jour nouveau et s'assurer que la solution qui en existe à un moment donné s'accorde avec les connaissances récemment acquises.

Le problème de l'hérédité a subi de nos jours une de ces nouvelles interprétations qui semblent renverser toutes nos notions courantes et se trouver en contradiction, en opposition complète avec des faits d'une évidence incontestable. Nous voulons parler de la théorie de Weissmann dont tout le monde sait qu'elle nie l'acquisition et, par conséquent, la transmission héréditaire des caractères acquis. Cette théorie a soulevé de nombreuses et vives critiques dans le camp des biologistes; quant aux pathologistes, forts de ce qu'ils ont l'occasion d'observer journellement au lit du malade, ils n'ont pour la plupart opposé aux idées de Weissmann qu'un scepticisme dédaigneux. En quoi ils ont eu tort : d'abord, parce que les idées de Weissmann possèdent une valeur intrinsèque qui les rend dignes d'une discussion serrée, et ensuite parce que, ainsi que nous l'avons dit, les faits en eux-mêmes ne prouvent rien et sont susceptibles de plus d'une interprétation. En ce qui concerne en particulier celle qui est adoptée par le pathologiste, elle doit nous paraître d'autant plus sujette à caution qu'elle n'embrasse qu'un ordre de faits assez restreint, ceux notamment que lui fournit l'observation clinique. Or, le médecin qui ne veut étudier l'hérédité qu'au lit du malade se trouve dans la situation de ceux qui, du temps de Lamarck, croyaient à la fixité des espèces. Lamarck a montré qu'au lieu d'étudier l'homme et les animaux supérieurs comme s'ils étaient isolés et n'avaient pas leur égal dans la nature, c'était plutôt « dans la plus simple de toutes les organisations qu'on pouvait trouver les moyens propres à donner la solution d'un problème aussi difficile (celui de l'évolution de la vie) » (1). De même le médecin, sans négliger les faits cliniques, peut et doit appeler à son secours la biologie qui étudie les mêmes phénomènes à un point de vue plus général et suit leur évolution et leur transformation en commençant par le plus bas de l'échelle animale.

Le problème de l'hérédité se réduit donc à l'heure qu'il est à cette question fondamentale : existe-t-il, oui ou non, une transmission héréditaire des caractères acquis? Cette question pouvant paraître, sinon absurde, tout au moins oiseuse, elle n'a pas tardé à recevoir une autre forme qui est celle-ci : existe-t-il d'une façon générale des propriétés acquises? Un grand nombre d'arguments ont été cités en faveur de l'une et de l'autre de ces deux thèses; nous nous proposons d'examiner ces arguments, de les discuter, de les comparer entre eux, de chercher si les divergences d'opinion qui existent à ce sujet ne sont pas basées sur un malentendu — qui résulte peut-être de ce que la même question est considérée à des points de vue différents —, et de montrer ensuite les rapports qui existent entre chacune des deux théories qui se combattent et les notions qui ont cours au sujet de l'hérédité pathologique.

I

Les caractères acquis, susceptibles ou non d'être transmis héréditairement, se divisent en deux catégories : les caractères indifférents ou profitables à l'individu ou à l'espèce, et les caractères nuisibles, les premiers tendant à élever l'activité fonctionnelle dans le sens d'une adaptation plus grande au milieu et d'une aptitude plus grande au point de vue de la concurrence vitale, les derniers tendant au contraire à abaisser cette activité, à diminuer la puissance d'adaptation et la force de résistance.

Bien que la pathologie humaine ne s'intéresse qu'aux caractères constituant, pour ainsi dire une déviation du type moyen (supposé normal et sain), et qu'elle qualifie de caractères morbides, il n'en reste pas moins que ces caractères considérés d'une façon générale sont des phénomènes à peu près exceptionnels, si on les compare à l'ensemble des caractères normaux propres à chaque individu et qui lui sont communs avec tous les autres individus de la même espèce. L'étude de l'hérédité morbide doit donc avoir pour base celle de l'hérédité normale, dont elle ne constitue qu'un cas particulier.

Nous possédons quelques définitions de l'hérédité; mais les plus connues, celles de A. Voisin (2) ou de Th. Ribot (3), ne font qu'énoncer le fait même de l'hérédité, sans rien nous apprendre sur sa nature qu'elles supposent probablement connue.

Et, en effet, dès le dix-huitième siècle, le grand Lamarck avait formulé la première théorie générale de l'hérédité, théorie qui devait être reprise plus tard par Darwin et recevoir de lui sa forme définitive.

Cette théorie n'est autre que le transformisme et repose sur la notion de la continuité de la vie organique ayant évolué progressivement, depuis le simple protozoaire ou infusoire jusqu'à l'homme avec sa structure si compliquée et ses organes multiples. Cette évolution s'est opérée par l'acquisition graduelle, progressive, de nouveaux caractères, de nouvelles propriétés résultant d'une adaptation de plus en plus parfaite au milieu, aux conditions extérieures de la vie :

(1) LAMARCK. Philosophie zoologique. Avertissement, p. IV. Paris, 1809.

(2) A. VOISIN. Art. « Hérédité », *in Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de Jaccoud. — « L'hérédité est une condition organique qui fait que les manières d'être corporelles et mentales passent des ascendants aux descendants. »

(3) TH. RIBOT. L'hérédité psychologique. Introduction, p. 3. Paris, 1902. — « L'hérédité est la loi biologique en vertu de laquelle tous les êtres doués de vie tendent à se répéter dans leurs descendants; elle est pour l'espèce ce que l'identité personnelle est pour l'individu. »

« *Conclusion admise jusqu'à ce jour :* la nature (ou son auteur), en créant les animaux, a prévu toutes les sortes possibles de circonstances dans lesquelles ils auraient à vivre, et a donné à chaque espèce une organisation constante, ainsi qu'une forme déterminée et invariable dans ses parties, qui forcent chaque espèce à vivre dans les lieux et les climats où on la trouve, et y conserver les habitudes qu'on lui connaît. *Ma conclusion particulière :* la nature, en produisant successivement toutes les espèces d'animaux, et commençant par les plus imparfaits et les plus simples, pour terminer son ouvrage par les plus parfaits, a compliqué graduellement leur organisation; et ces animaux se répandant généralement dans toutes les régions habitables du globe, chaque espèce a reçu, de l'influence des circonstances dans lesquelles elle s'est rencontrée, les habitudes que nous lui connaissons et les modifications dans ses parties que l'observation nous montre en elle » (1). Il résulte de la théorie de Lamarck que toutes les propriétés que nous observons dans toutes les espèces animales, jusqu'à l'homme inclusivement, sont des propriétés acquises et qu'il faut peut-être remonter jusqu'aux propriétés générales du protoplasma pour avoir besoin d'une explication différente. Or, « tout ce que la nature a fait acquérir ou perdre aux individus par l'influence des circonstances où leur race se trouve depuis longtemps exposée et, par conséquent, par l'influence de l'emploi prédominant de tel organe ou par celle d'un défaut constant d'usage de telle partie, *elle le conserve par la génération* aux nouveaux individus qui en proviennent » (2).

Voilà donc la possibilité de l'acquisition et de la transmission héréditaire des caractères acquis nettement affirmée, et cela au nom de l'hypothèse transformiste dont elle constitue le corollaire indispensable.

Mais c'est incontestablement à Darwin que revient le mérite d'avoir vulgarisé cette hypothèse et de l'avoir appuyée sur des arguments et des observations aussi nombreux que convaincants. « Si nous considérons la conformation embryologique de l'homme, les analogies qu'il présente avec les animaux inférieurs, les rudiments qu'il conserve et les réactions auxquelles il est sujet, nous serons à même de reconstruire en partie, par l'imagination, l'état primitif de nos ancêtres et de leur assigner approximativement la place qu'ils doivent occuper dans la série zoologique. Nous apprenons ainsi que l'homme descend d'un mammifère velu, pourvu d'une queue et d'oreilles pointues, qui probablement vivait sur les arbres et habitait l'ancien monde. Un anatomiste, qui aurait examiné la conformation de cet être, l'aurait classé parmi les quadrumanes, aussi sûrement que l'ancêtre commun et encore plus ancien du singe du nouveau et de l'ancien monde. Les quadrumanes et tous les mammifères supérieurs descendent probablement d'un marsupial ancien, descendant lui-même, au travers d'une longue ligne de formes diverses, de quelque être pareil à un reptile ou à un amphibie qui descendait à son tour d'un animal semblable à un poisson. Dans l'obscurité du passé, nous entrevoyons que l'ancêtre de tous les vertébrés a dû être un animal aquatique, pourvu de branchies, ayant les deux sexes réunis sur le même individu et les organes essentiels du corps imparfaitement ou même non développés. Cet animal paraît avoir ressemblé, plus qu'à toute autre forme connue, aux larves de nos ascidies marines actuelles » (3).

Ainsi donc, l'homme tel qu'il nous apparaît aujourd'hui n'est que l'aboutissant d'une longue évolution, au cours de laquelle toutes les pro-

(1) LAMARCK. (*Loc. cit.*, p. 265.)

(2) LAMARCK. (*Loc. cit.*, p. 73 et passim.)

(3) CH. DARWIN. La descendance de l'homme (trad. de l'anglais par E. Barbier), p. 666 667. Paris, 1891.

priétés et tous les caractères qui le distinguent des autres animaux ont été acquis, fixés et transmis héréditairement d'une génération à l'autre. Darwin arrive au même résultat que Lamarck, mais, tandis que ce dernier considère aussi bien l'acquisition de nouveaux caractères que leur transmission héréditaire comme l'effet d'une adaptation directe au milieu, le premier soumet l'évolution de la vie à la sélection naturelle, à la loi de la persistance des plus aptes, de ceux qui, de par leur organisation et leurs propriétés, sont capables de rester victorieux dans la concurrence vitale.

Telle est l'hypothèse qui, soit sous la forme que lui avait donnée Lamarck, soit sous celle dont l'avait revêtue Darwin, constitue de nos jours, malgré les réserves, assez timides d'ailleurs, émanant de savants tels que Virchow (1), la seule explication plausible de l'ensemble des phénomènes organiques et nous force à reconnaître, pour employer l'expression de Virchow lui-même, que « l'hérédité reste une qualité générale du monde vivant ».

Mais voici qu'une voix discordante vient ébranler la conviction commune, jeter un doute dans les esprits : c'est celle de Weissmann, déclarant que non seulement les propriétés acquises ne sont pas susceptibles de transmission héréditaire, mais encore que, d'une façon générale, les propriétés acquises n'existent pas (2).

Cette assertion parut tellement en contradiction avec les notions reçues et allait tellement contre l'évidence des faits qu'on tenta de la considérer comme un paradoxe ingénieux. Mais à mesure que Weissmann développait son système, il s'imposait peu à peu par son unité et la force de ses arguments, qui ont même fini par séduire des pathologistes de la valeur de Ziegler (3).

II

On sait que, pour expliquer le mécanisme de la transmission héréditaire des caractères acquis, Darwin avait formulé une hypothèse à laquelle il donna le nom de *pangenèse* et qu'il qualifia lui-même de provisoire : d'après cette hypothèse, toutes les cellules de l'organisme élimineraient, à chacune des phases de l'existence de ce dernier, des parcelles infiniment petites, ou *gemmules*, capables, si elles sont pourvues de nutrition suffisante, de se multiplier et de reproduire les cellules qui leur ont donné naissance; ces gemmules iraient, au fur et à mesure de leur élimination, se localiser dans les éléments sexuels, l'ovule et le spermatozoïde, et se transmettraient ensuite, en partie ou en totalité, au produit issu de l'acte de la fécondation. Cette hypothèse, tout en étant très commode en ce qu'elle permettait d'expliquer la plupart des faits établis par le transformisme, ne reposait sur aucune donnée positive et n'était pas susceptible de vérification.

Weissmann n'était pas le seul à voir toute l'insuffisance d'une pareille explication, à laquelle son auteur lui-même n'attribuait qu'une importance médiocre, mais il fut le seul à s'en saisir comme prétexte pour nier non seulement l'hérédité des caractères acquis, mais la possibilité même de l'acquisition de nouveaux caractères.

Il commence par faire à la théorie de la pangenèse une objection qui serait sérieuse, si, encore une fois, Darwin lui-même ne l'avait considérée comme provisoire : comment expliquer, dit Weissmann, ce fait que les éléments sexuels, qui ne sont somme toute que des éléments cellulaires, soient capables d'emmagasiner et de garder intactes, sans leur faire subir la moindre modification, les gemmules, alors qu'on sait qu'une des propriétés essentielles de la cellule consiste précisément à s'assimiler, à transformer en sa propre substance les matériaux qui parviennent jusqu'à elle (1)?

Nulle part on n'observe mieux cette puissance d'assimilation que dans les organismes monocellulaires : lorsqu'un de ces organismes a atteint, grâce à sa faculté d'assimilation, certaines dimensions, on le voit se diviser en deux moitiés, en deux individus d'une ressemblance absolue et parfaitement identiques avec celui qui leur a donné naissance. Ici la reproduction constitue une « croissance de l'individu au delà des limites qui lui sont propres », et Weissmann va jusqu'à affirmer que l'organisme initial et les deux organismes dérivés ne constituent au fond qu'un seul et même individu, le premier *revivant ou continuant* sa vie propre dans chacun des deux derniers. On peut donc dire des organismes monocellulaires que, sauf les cas de mort violente, ils jouissent de cette immortalité que « leurs frères pourvus d'une organisation supérieure leur envient tant »; et comme un organisme monocellulaire n'est au fond qu'une cellule sexuelle, il en résulte que le plasma germinatif est immortel et comme tel constitue la condition de l'hérédité absolue.

Les organismes pluricellulaires se distinguent des organismes monocellulaires en ceci que le plasma germinatif ne représente pas chez eux l'organisme tout entier, mais se trouve entouré « de milliers, de millions, de billions de cellules corporelles ou somatiques » dont l'ensemble donne précisément à l'être pluricellulaire son cachet de supériorité. Mais du protozoaire au métazoaire il n'existe pas d'abîme infranchissable. Weissmann souscrit à l'hypothèse transformiste, à la loi de l'unité et de l'évolution de la vie organique, à celle de la complication progressive des formes et des fonctions; il s'écarte du transformisme traditionnel en ce qu'il attribue toute la multiplicité et toute la variété des formes à des variations survenues dans le plasma germinatif, au lieu d'y voir le résultat des variations se produisant dans l'individu adulte et se transmettant ensuite à ses descendants. « Au cours de l'évolution phylogénique du monde organique, il a dû se présenter le cas où plusieurs individus monocellulaires nés par scissiparité, au lieu de se séparer, ont continué de vivre ensemble, d'abord comme éléments complètement identiques, chacun possédant toutes les fonctions animales, y compris celle de la reproduction. La division du travail survenant aura produit une différenciation de ces divers éléments, certaines cellules ayant assumé les fonctions de nutrition ou de locomotion, certaines autres gardant exclusivement la fonction de la reproduction. Il en résulta des colonies composées de cellules germinatives et de cellules corporelles et chez lesquelles apparut pour la première fois le phénomène de la mort individuelle, les cellules corporelles se trouvant détruites au bout d'un certain temps, tandis que les cellules germinatives conservaient l'immortalité héritée de leurs ancêtres protozoaires » (2).

Cette opposition entre l'immortalité du plasma germinatif, autrement dit du protoplasma ou de l'organisme monocellulaire, et la caducité de l'organisme pluricellulaire ou du plasma corporel domine tellement tout le système de Weissmann, dont elle constitue pour ainsi dire le *Leitmotiv*, qu'elle mérite qu'on s'y arrête un instant. Nous n'irons pas jusqu'à accuser Weissmann de parti pris, ainsi que le fait par exemple O. Hertwig, et à lui appliquer avec ce dernier le mot de Huxley : « La science commet un suicide dès qu'elle se jette dans les bras d'une croyance » (1); nous n'en devons pas moins reconnaître que la notion même d'immortalité est une notion plutôt métaphysique que scientifique. Elle implique avant tout les idées de personnalité et d'indivisibilité. On dit que Dieu est immortel, parce qu'on lui attribue une certaine personnalité invariable; on parle encore de Nature immortelle, parce qu'on la considère comme une et indivisible; on croit enfin à l'âme immortelle, parce qu'on en fait comme le substratum de la personnalité, invariable et indestructible. Lorsqu'au contraire Weissmann parle de l'infusoire immortel, il ne s'agit nullement d'un être invariable et d'une personnalité indivisible : l'infusoire n'est immortel que parce qu'il survit, ou plutôt revit (ce qui n'est pas tout à fait la même chose) dans ses descendants; or, ces derniers sont séparés de leur ancêtre non seulement dans l'espace, mais encore dans le temps; d'un autre côté, Weissmann reconnaît lui-même que l'immortalité des êtres monocellulaires n'est que virtuelle et que certaines causes extérieures défavorables peuvent en amener la destruction.

Pour M. Y. Delage aussi (2), le « métazoaire ne meurt qu'en partie; il se divise en deux parts, l'une qui meurt, l'autre qui continue à vivre, et cela indéfiniment. Il y a en lui deux choses : l'une mortelle, le corps, le soma, l'autre immortelle, les cellules germinales, qu'on pourrait appeler dans leur ensemble le *germen*. Ce germen est immortel exactement à la manière des infusoires; comme eux, bien plus qu'eux, il est fragile. Combien d'œufs et surtout de spermatozoïdes meurent ainsi tous les jours! Mais il est pour eux, comme pour les infusoires, une possibilité de continuer à vivre, s'ils remplissent la condition nécessaire qui est de se rencontrer et de se fusionner dans la fécondation. » M. Y. Delage voit donc dans l'immortalité du germen une qualité purement virtuelle qui, pour se manifester, a besoin de certaines conditions, lesquelles peuvent ne pas se rencontrer toujours. Mais on peut en dire autant de n'importe quel élément histologique de l'organisme. « Les partisans de ces théories, dit avec raison M. F. Le Dantec (3), considèrent que l'immortalité et la mortalité sont des propriétés des éléments histologiques plus ou moins différenciées, alors que ce sont des qualités de l'*agglomération* polyplastidaire, de l'individu métazoaire lui-même. Seulement, certains éléments sont condamnés à la mort élémentaire, par suite de la mort fatale de l'organisme auquel ils appartiennent, mais sans avoir jamais perdu, jusqu'au dernier moment, les propriétés de la vie élémentaire manifestée dans les conditions très spéciales auxquelles ils sont adaptés ».

Pour en revenir aux organismes monocellulaires, nous pouvons dire avec Hertwig (4) que ce qui est immortel, ce n'est pas l'être unicellulaire comme tel, mais l'*ensemble* de ces êtres, issus les uns des autres, rapprochés ou éloignés dans l'espace et dans le temps, en un mot l'espèce; et d'un autre côté, la continuité du plasma germinatif des organismes pluricellulaires ne

(1) R. Virchow. Du transformisme. (*Semaine Médicale*, 1887, p. 383.)

(2) C'est, si nous ne nous trompons, le 21 septembre 1881, au cours de la 54e Assemblée des naturalistes et médecins allemands, tenue à Salzbourg, que Weissmann exposa pour la première fois ses vues dans une conférence intitulée : « Ueber die Dauer des Lebens ». Cette conférence fait partie d'un recueil portant pour titre *Aufsätze über Vererbung* (Iéna, 1892) et renfermant plusieurs essais, dont : « Ueber die Vererbung. — Ueber Leben und Tod. — Die Bedeutung der sexuellen Fortpflanzung für die Selectionstheorie. — Die Kontinuität des Keimplasmas als Grundlage einer Theorie der Vererbung », etc. Mais c'est dans l'ouvrage intitulé *Das Keimplasma, eine Theorie der Vererbung* (Iéna, 1892) que les idées de Weissmann ont reçu leur forme définitive.

(3) Ziegler. Können erworbene pathologische Eigenschaften vererbt werden? (*Beiträge z. pathol. Anat.*, 1886, I.) — Die neuesten Arbeiten über Vererbung und Abstammungslehre. (*Beiträge z. pathol. Anat.*, 1889, IV.)

(1) Weissmann. Ueber die Vererbung, p. 14 et passim, Iéna, 1892.

(2) Weissmann. (*Loc. cit.*, p. 11-12.)
M. Y. Delage (*Rev. philosophique*, juin 1893, p. 584) avait déjà attiré l'attention sur ce fait que Weissmann, « après avoir rejeté bien loin la théorie de Lamarck, en revient en somme à l'idée capitale du fondateur du transformisme ».

(1) O. Hertwig. Zeit- und Streitfragen der Biologie. T. I, épigraphe. Iéna, 1894.

(2) Y. Delage. L'hérédité et les grands problèmes de la biologie générale, p. 199. Paris, 1903.

(3) F. Le Dantec. Evolution individuelle et hérédité, p. 266-267. Paris, 1898.

(4) O. Hertwig. (*Loc. cit.*, p. 79.)

signifie que la continuité de l'évolution ou la traduction biologique de la loi de la conservation de l'énergie et de la matière (1).

Or, Weissmann, nous l'avons dit, reconnaît la continuité de l'évolution organique, déjà entrevue par Lamarck et en faveur de laquelle Darwin a apporté des arguments d'une si grande valeur. La seule différence qui le sépare de ses prédécesseurs, c'est que pour lui l'évolution ne s'accomplit pas à la faveur de la transmission héréditaire des caractères acquis par le soma et qu'il refuse même à ce dernier la faculté d'acquérir des caractères autres que ceux qu'il tire du plasma germinatif, ce dernier étant complètement indépendant du soma. Il faut cependant que le plasma germinatif ait subi des influences quelconques, éprouvé de nombreuses modifications, sans quoi une espèce n'aurait jamais pu se transformer en une autre espèce, et au sein de la même espèce tous les individus présenteraient une ressemblance absolue; et puisque le plasma germinatif ne peut être influencé par le plasma somatique, d'où lui viennent ces influences, quelle est la cause de ces modifications?

III

Pour répondre à ces questions, Weissmann reprend la loi de la sélection naturelle établie par Darwin. Si le plasma germinatif possède une stabilité et une invariabilité quasi absolues, les différences qui existent entre les divers plasmas germinatifs des organismes pluricellulaires ne peuvent être expliqués que si l'on suppose qu'elles ne font que refléter celles qui se sont produites originairement entre les organismes monocellulaires, ancêtres des métazoaires. Ces différences, lorsqu'elles se sont produites, ne pouvaient être dues qu'à l'action des causes extérieures et à celle de la sélection naturelle. Mais, tandis que l'action du milieu extérieur ne dépasse pas les limites du règne des protozoaires et est considérée comme absolument inefficace par rapport aux organismes pluricellulaires, la sélection naturelle persiste et manifeste même son maximum d'action parmi ces derniers, et cela à l'aide de la fécondation. Celle-ci étant la réunion de deux plasmas germinatifs plus ou moins différents, a pour but de créer un nombre de variétés suffisant pour permettre à la sélection naturelle d'opérer le triage, de façon à préserver les plasmas germinatifs les plus aptes et à en assurer la transmission indéfinie, en favorisant en même temps la destruction et la disparition des moins aptes.

On voit, d'après ce court exposé, que, pour soustraire l'organisme pluricellulaire à toute action du milieu extérieur, la reconnaissance de cette action impliquant celle de l'acquisition de caractères nouveaux, Weissmann n'a pas hésité à transformer la sélection naturelle en une force mystérieuse *ayant créé elle-même et de toutes pièces* les conditions de sa propre existence et de ses propres manifestations; « car, ainsi que le dit M. Romanes (2), nous ne pouvons attribuer à la sélection naturelle l'origine de la reproduction sexuelle sans tomber dans cette absurdité qui consiste à considérer la sélection naturelle comme ayant créé les conditions de sa propre activité ». La sélection naturelle n'a de sens qu'autant qu'elle implique l'adaptation plus ou moins directe de l'individu lui-même aux conditions extérieures, laquelle adaptation ne va jamais sans des modifications dans la structure anatomique et consécutivement dans le fonctionnement physiologique, autrement dit sans l'acquisition de caractères nouveaux.

(1) M. Sanson (L'hérédité normale et pathologique, p. 2. Paris, 1893), tout en répudiant les idées de Weissmann, tombe cependant sur ce point dans le même travers que lui et admet implicitement l'immortalité des êtres monocellulaires. « Quand, à propos des êtres monocellulaires, dit-il, asexués par conséquent, qui ne se reproduisent point, mais se multiplient par scission, de ce qu'on appelle maintenant des microbes ou des microorganismes, on parle d'hérédité, l'on fait du mot une application tout à fait fausse. Chez ces êtres-là, c'est l'individu qui se continue dans chacun de ses fragments... Il ne peut y avoir hérédité que quand l'individu provient d'un ovule fécond, animal ou végétal. »

(2) Romanes. Weissmann's theory of heredity. (*Contemporary Review*, 1890, XLVII, p. 686-699.)

Weissmann a certes raison lorsqu'il dit que l'adaptation, ou le développement d'un ou de plusieurs organes à l'aide de l'exercice continu, est loin d'être illimitée et que, de même qu'il est impossible de faire d'un pygmée, en le soumettant à « une alimentation intense, un colosse, on ne parviendra jamais à donner aux muscles d'un individu malingre la force et la consistance de ceux d'un hercule, ni à faire produire au cerveau d'un imbécile des œuvres comme celles d'un Kant ou d'un Leibnitz » (1). Et il conclut en disant que la taille d'un pygmée, la force d'un hercule, l'intelligence d'un Kant ou d'un imbécile existent tout formées dans les plasmas germinatifs dont ces différents individus sont issus. Mais outre que Weissmann confond ici la *prédisposition* avec la *préformation*, on peut lui objecter que le terme *plus apte* ne signifie nullement *absolument parfait*, et qu'un pygmée ou même un imbécile peuvent se trouver tout aussi adaptés aux conditions du milieu dans lequel ils vivent qu'un colosse ou un Leibnitz, l'adaptation s'entendant par rapport *à des conditions données*, non à des conditions quelconques.

C'est sur l'exemple de la myopie, cité par Weissmann lui-même à l'appui de sa thèse, qu'on saisit le mieux le peu de différence qui sépare cet auteur de la conception darwinienne des propriétés acquises et de leur transmission héréditaire, et le malentendu dont résulte cette différence.

On sait que la myopie constitue une anomalie visuelle très répandue dans les sociétés civilisées modernes, et surtout dans leurs classes cultivées. A moins d'admettre que la myopie avait toujours existé à l'état latent dans le plasma germinatif dont sont issus les individus qui en sont affectés, et dont elle constituerait, pour ainsi dire, une propriété innée, ancestrale, Weissmann se voit obligé de reconnaître la myopie comme une propriété acquise. Mais, fasciné par cette idée de l'indépendance complète du plasma germinatif vis-à-vis du plasma corporel, il se refuse d'en admettre la transmission héréditaire, en tant que propriété acquise par le soma. Pour que cette transmission soit possible, la myopie doit être considérée comme résultant d'une variation accidentelle du plasma germinatif, laquelle variation est susceptible de se généraliser grâce à la *panmixie*, qui n'est autre que le relâchement, l'affaiblissement de l'action conservatrice de la sélection, ce qui permet à *tous* les individus, et non pas seulement aux mieux doués, de se reproduire, de se mélanger et de perpétuer de cette façon l'anomalie en question.

Ici Weissmann est presque lamarckien; seulement, pour préserver sa théorie, il est obligé d'admettre une variation *accidentelle* du plasma germinatif, tandis que s'il prenait pour point de départ de la variation le plasma somatique, la modification dont il s'agit s'expliquerait le plus facilement et le plus naturellement du monde par l'adaptation de l'organe à de nouvelles conditions, la production de la myopie étant consécutive à la disparition de celles qui chez l'homme primitif exigeaient une acuité visuelle plus considérable. Et puisque Weissmann admet la transmission héréditaire de la myopie, il ne peut s'agir que de celle d'une propriété acquise par le soma, ce qui n'exclut d'ailleurs pas la possibilité de l'acquisition individuelle de cette anomalie par un grand nombre de myopes, sous l'influence de conditions identiques.

Un autre argument cité par Weissmann en faveur de son opinion consiste dans la non-transmission héréditaire de mutilations répétées souvent et pendant de longues périodes dans l'histoire du monde. C'est ainsi que la rupture de l'hymen des femmes n'a pas été suivie de la suppression de cette membrane; la pratique de la circoncision par les juifs n'a pas entraîné la disparition du prépuce dans cette race. Mais, outre que cette objection pour ainsi dire classique contre la transmission héréditaire de caractères acquis se borne à constater ce fait que *certaines modifications de structure peuvent ne pas être transmises héréditairement*, elle glisse pour ainsi dire à côté de la question, étant basée sur une définition vague, fausse même, des mots « caractère, propriété ». On sait, par exemple, que dans beaucoup de tribus sauvages il existe l'habitude de percer, dans la cloison du nez, un orifice destiné à recevoir un anneau, à titre d'ornement. Cette pratique est le plus souvent générale et se renouvelle à chaque génération, mais peut-on dire que le fait d'avoir la cloison du nez perforée constitue un caractère, une propriété? Et de ce que l'opération doit être recommencée sur chaque individu, peut-on tirer un argument en faveur de la non-transmission des caractères acquis? Evidemment non, car ce qui constitue une propriété, un caractère, aussi bien pour le biologiste et l'anthropologiste que pour le pathologiste, ce n'est pas telle ou telle modification de structure résultant de motifs plus ou moins arbitraires ou accidentels, mais une certaine façon dont l'organisme réagit aux actions du milieu extérieur; et quand on parle de transmission des caractères acquis, on entend par ces derniers des modifications pour ainsi dire *vitales*, capables de diminuer ou d'augmenter la résistance générale de l'organisme, de la favoriser ou la mettre en état d'infériorité au point de vue de la concurrence vitale. Or, on ne voit pas en quoi la présence ou l'absence d'un prépuce ou d'un hymen sont susceptibles d'augmenter ou de diminuer la résistance générale de l'organisme. Weissmann et ses partisans ont le tort de s'attacher outre mesure aux modifications purement anatomiques de l'organisme. Une modification de ce genre ne constitue une propriété qu'en tant qu'elle est accompagnée d'une modification dans le fonctionnement physiologique. Ce sont ces dernières qui intéressent avant tout le biologiste et le médecin (1).

La polydactylie, par exemple, est une simple curiosité anatomique à propos de laquelle la question de transmission héréditaire peut ne pas être posée (quoiqu'il existe des cas où cette transmission paraît établie), « mais, dit Cope (2), la question est tout autre quand il s'agit des caractères de structure dans lesquels nous observons des différences réelles entre les types d'animaux. La classification naturelle est en grande partie basée sur les différences présentées par les organes de la locomotion et de la nutrition; or, ces organes fonctionnent chez les animaux pendant la plupart des heures de veille; leur mouvement est perpétuel et ne cesse qu'avec la mort ». En nous plaçant au point de vue purement médical, nous pouvons dire également que la question est tout autre, en ce qui concerne les modifications de structure qui accompagnent des troubles aussi profonds dans le fonctionnement général de l'organisme que ceux qui sont déterminés par la tuberculose, la syphilis, les affections psychiques.

(1) Weissmann. Ueber die Vererbung, p. 23. Iéna, 1892.

(1) Orth (Ueber die Entstehung und Vererbung individueller Eigenschaften. Festschrift für von Kölliker. Leipzig, 1887) cherche à concilier les idées de Virchow avec celle de Weissmann, en admettant l'existence, d'un côté, de propriétés acquises par le soma, sans modification consécutive du plasma germinatif, et d'un autre côté de propriétés plus fondamentales affectant à la fois ce dernier et le soma. Les propriétés de cette deuxième catégorie seraient donc seules susceptibles de transmission héréditaire.

(2) Cope. The primary factors of organic evolution, p. 400. Chicago, 1896.

IV

La notion de la spécificité cellulaire constitue un des éléments essentiels du système de Weissmann et découle logiquement de la séparation nette, tranchée que cet auteur établit entre le plasma germinatif et le plasma corporel, le premier étant seul capable de reproduire l'individu tout entier, le second étant par essence même caduc, mortel et ne constituant qu'une des innombrables incarnations particulières d'une substance éternelle. Pour employer le langage philosophique, on peut dire que le plasma germinatif est la chose en soi, le noumène, dont le plasma somatique n'est que le phénomène. Voilà donc une première propriété, celle de la reproduction, refusée aux cellules corporelles. C'est le commencement de la différenciation cellulaire, et Weissmann nous dit que celle-ci n'est pas le produit d'une longue évolution, mais existe déjà dans l'œuf lui-même. De là à affirmer que toutes les autres propriétés des différentes cellules ou groupes cellulaires ne sont pas le résultat d'une spécification progressive, d'une adaptation graduelle à des conditions données, à des fonctions déterminées, à une situation topographique définie, mais qu'elles sont déterminées par la nature même, par la structure moléculaire du plasma germinatif et résultent de la division *différentielle* du noyau de la cellule ovulaire, il n'y avait qu'un pas.

La cellule génératrice est une cellule complexe qui possède toutes les propriétés de toutes les cellules de l'organisme; mais, au fur et à mesure de sa division, elle ne transmet à chaque cellule ou groupe cellulaire que les propriétés dont cette cellule ou ce groupe cellulaire ont besoin pour remplir convenablement leur rôle et leur fonction. Les biophores, les déterminantes, les ides et les idantes ne sont que des expressions servant à désigner les différents groupements, de plus en plus complexes, des propriétés cellulaires de l'organisme futur au sein de la cellule génératrice. « De proche en proche, et remontant jusqu'à la première cellule, on arrive à cette conclusion que l'œuf, de par sa structure et sa constitution chimique, contient toutes les causes déterminantes de l'organisme engendré, car il renferme non seulement tous les déterminants qui donneront à chaque cellule son caractère propre, mais aussi les causes qui détermineront jusqu'au bout le moment et le sens de la division de chaque cellule, d'où résulteront la forme et les rapports des organes (1). »

Si cette théorie de la spécificité *originelle* (*von Hause aus*) des cellules était vraie, l'acquisition de caractères nouveaux par l'organisme, et par conséquent leur transmission héréditaire, se trouveraient supprimées. C'est ainsi que M. Bard (2), un des défenseurs les plus convaincus de la spécificité cellulaire en France, mais qui n'en reconnaît pas moins la transmission héréditaire des caractères acquis, se voit obligé d'avoir recours, pour expliquer cette transmission, à ce qu'il appelle l'*induction vitale*, ou l'influence à distance que les cellules exercent les unes sur les autres, les cellules germinatives sur les cellules corporelles et réciproquement. Il est difficile d'attribuer à cette explication un caractère précis et d'y voir autre chose qu'une expression purement verbale, métaphysique même, d'un fait qui ne cadre pas avec l'ensemble de la théorie.

M. Bard croit avoir renversé la notion de l'indifférence cellulaire, en substituant à l'ancienne formule *omnis cellula e cellula* celle-ci: *omnis cellula e cellula ejusdem generis.* Mais il oublie que, puisque, en définitive, toutes les cellules de l'organisme dérivent de l'œuf, il doit nécessairement exister, à l'origine tout au moins, une ressemblance aussi bien entre toutes les cellules de l'organisme qu'entre celles-ci et l'œuf qui leur a donné naissance, et que les différences qui se manifestent progressivement au cours de l'évolution ontogénique sont dues à des causes extrinsèques, indépendantes de la constitution physique ou chimique du plasma germinatif, autrement dit qu'elles sont acquises. Il ne s'agit donc pas de *spécificité*, mais bien plutôt de *spécification*, de différenciation cellulaire, d'adaptation à des circonstances et à des fonctions données, ce qui n'exclut pas l'existence latente, dans certaines cellules, de propriétés autres que celles que rendent nécessaires la fonction et la situation topographique de ces cellules. Et de nombreux faits qu'il nous est impossible d'exposer ici, et que nous ne pouvons que mentionner, tels que le bourgeonnement, la génération alternante, la régénération, le dimorphisme et le polymorphisme, attestent en effet l'existence latente, dans différentes cellules, de propriétés peu ou pas en rapport avec celles qui donnent à ces cellules leur caractère pour ainsi dire spécifique (1).

Au fond, le système de Weissmann resterait ce qu'il est, même sans la théorie de la spécificité cellulaire, car il aurait pu, rien qu'en admettant la division directe, intégrale des cellules sexuelles, faire participer toutes les autres cellules de leurs caractères et propriétés, et cela en dehors de l'intervention des biophores, des déterminantes, etc. En procédant ainsi, il se serait rapproché des notions courantes de l'hérédité, car, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, les faits et observations cliniques ne s'opposent nullement à l'hypothèse d'une hérédité germinative, au sens d'une hérédité de constitution, de prédisposition, chaque cellule de l'organisme héritant des propriétés générales de la cellule germinative qui lui a donné naissance et qui imprime ainsi son cachet à l'organisme tout entier. Si cependant Weissmann a cru devoir introduire la spécificité cellulaire dans son système général, où elle occupe une place si importante, c'était pour mieux marquer, mettre davantage en relief une idée à laquelle il tenait avant tout, celle de la différence irréductible entre le plasma germinatif et le plasma corporel.

V

Telles sont les principales objections que nous avons cru utile d'opposer à la théorie de la continuité du plasma germinatif. Ces critiques s'adressant aux parties essentielles du système, que reste-t-il de ce dernier? Faut-il le considérer comme un simple produit d'imagination, comme une hypothèse purement métaphysique, plutôt que comme une théorie scientifique? Nous nous hâtons de déclarer que pareille conclusion serait exagérée : comprise d'une certaine façon et réduite à ses justes proportions, la théorie de Weissmann, loin d'apparaître en désaccord avec les idées régnantes, n'en constitue pour ainsi dire que le développement logique et se rapporte aux mêmes ordres de faits qu'elle considère à un point de vue différent.

Et tout d'abord, il est facile de voir que l'opposition que Weissmann lui-même et d'autres après lui voudraient établir entre son système et le darwinisme n'est qu'apparente; pour faire cette constatation, il suffit de réfléchir un instant au but poursuivi par chacune de ces deux théories : tandis que Darwin se proposait d'établir l'*origine des espèces*, Weissmann, considérant l'hypothèse du transformisme comme acquise, cherche avant tout à se rendre compte de la façon *dont les espèces se conservent.* Et de même que le premier avait besoin, pour étayer son système et relier ensemble tous les arguments et toutes les démonstrations qu'il avait accumulés en sa faveur, d'admettre la possibilité de l'acquisition progressive de caractères nouveaux et de leur fixation dans l'espèce à la faveur de la transmission héréditaire, de même ce dernier, ne considérant que les espèces déjà fixées, ne pouvait expliquer cette fixité autrement qu'en niant la possibilité de l'acquisition et de la transmission héréditaire de caractères nouveaux. Et si la continuité du plasma germinatif qui résume le système de Weissmann n'est qu'une hypothèse, il n'est que juste de dire que le transformisme en est une autre, envers laquelle on a le droit de se comporter à la manière de Virchow qui, tout en se déclarant l' « ami » du transformisme, disait qu'il ne l'accepterait sans réserves que le jour où il se trouverait en présence d'une démonstration directe, établissant les faits du transformisme d'une façon indiscutable.

Toute hypothèse est légitime, tant qu'on ne la considère que comme une tentative d'explication provisoire de faits réels. Or, la fixité *actuelle* des espèces étant un fait à peu près certain, il est permis de dire que toutes les propriétés actuelles des espèces, de l'espèce humaine en particulier, sont congénitales; en nous renfermant dans une période de temps limitée, nous pouvons donc accorder à Weissmann qu'il ne se fait plus d'acquisition de caractères nouveaux, sans oublier toutefois (ce qui est l'autre côté de la question) que tous les caractères actuellement fixés dans le plasma germinatif ont été acquis lentement, progressivement au cours de l'évolution.

En nous plaçant au même point de vue, nous pouvons dire encore que tous les caractères pathologiques qu'on constate de nos jours dans l'espèce humaine lui sont inhérents, au même titre que les caractères normaux, purement spécifiques, et que la seule différence qui existe entre ces deux catégories de caractères consiste en ceci que les derniers se manifestent chez tous les individus sans exception, tandis que les premiers sont infiniment plus rares et ne constituent que l'apanage de quelques-uns; on peut encore exprimer la même idée en d'autres termes, en disant que la généralité des caractères spécifiques ou normaux (1) est due à ce fait que les conditions favorisant leur manifestation se trouvent réalisées partout et sont les mêmes pour tous les individus, tandis que celles qui favorisent l'éclosion des caractères pathologiques ne se trouvent réalisées que dans certains cas assez rares et varient d'un individu à l'autre.

Lorsque, dans une famille dont tous les membres *connus* avaient présenté jusque-là une santé parfaite, on voit subitement éclore la tuberculose, on peut dire qu'il s'agit d'une propriété nouvelle par rapport à la famille considérée. Mais rien ne nous empêche d'admettre, avec Weissmann, que s'il était possible de remonter l'histoire de cette famille, au delà des ancêtres connus, jusqu'à une époque où l'origine de cette famille se confond avec celle de l'espèce même, nous trouverions probablement que les facteurs constitutifs de la tuberculose avaient toujours existé dans cette famille, qu'ils avaient toujours persisté, mais à l'état latent, dans le plasma germinatif et que, si la tuberculose ne s'est manifestée qu'au bout d'un nombre

(1) Y. Delage. La théorie de l'hérédité de Weissmann. (*Rev. philosophique*, juin 1893.)

(2) L. Bard. La spécificité cellulaire et ses principales conséquences. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 113.)

(1) Voir à ce sujet :
O. Hertwig. (*Loc. cit.*, p. 38-73.)
Y. Delage. (*Loc. cit.*, p. 584-588.)

(1) Nous savons, d'autre part, que des caractères pathologiques, ou plutôt la tendance à présenter ces caractères, peuvent servir, au même titre que les caractères normaux, à caractériser une espèce. Ce fait a été établi par l'étude des maladies infectieuses, et l'immunité naturelle par rapport à certaines infections constitue un caractère particulier propre à une espèce animale et grâce auquel cette espèce reste réfractaire à des processus infectieux que d'autres espèces, plus ou moins voisines, contractent au contraire avec une facilité souvent surprenante. On croyait autrefois qu'il s'agissait là d'une affinité particulière manifestée par le microbe lui-même vis-à-vis de telle ou telle autre espèce animale, mais nous savons aujourd'hui, grâce aux travaux de M. Metchnikoff (L'immunité dans les maladies infectieuses, Paris, 1901), que l'immunité est avant tout l'expression d'une réaction active de l'organisme, se manifestant en présence de certains microbes.

quelquefois très grand de générations, c'est qu'elle a trouvé seulement alors les conditions favorables à son éclosion.

Mais, dira-t-on, le pathologiste, et à plus forte raison le médecin et le clinicien, ne s'occupent pas de l'espèce; leur domaine, infiniment plus restreint, s'arrête à la famille. Eh bien, tout le malentendu créé par le système de Weissmann et toutes les polémiques qu'il a provoquées tiennent à l'extension plus ou moins grande qu'on accorde au terme *hérédité*. Un médecin considère comme héréditaire une maladie ayant existé chez l'un des deux ascendants immédiats, ou chez tous deux; il admettra encore la transmission héréditaire lorsque la même maladie existait chez les grands-parents maternels ou paternels ou chez les collatéraux de la lignée ascendante. Mais s'il est obligé, pour retrouver cette affection, de remonter cinq ou six générations, il mettra sans hésiter l'hérédité hors de cause. A quoi Weissmann lui répond qu'il a tort et qu'il pose à l'hérédité une limite arbitraire. Au point de vue théorique, le médecin a assurément tort; mais, comme il n'a à compter qu'avec les nécessités pratiques, il est en droit, toutes les fois qu'il constate l'éclosion subite d'une maladie constitutionnelle chez un individu dont aucun des ascendants connus n'avait jamais eu cette maladie, de considérer cette dernière comme une acquisition nouvelle et d'en rechercher les causes non dans les propriétés du plasma germinatif dont cet individu est issu, mais dans des conditions extérieures à lui.

Devons-nous en conclure que les propriétés du plasma germinatif ne doivent pas entrer en ligne de compte? Non, et ici le système de Weissmann récupère, en partie tout au moins, ses droits. Mettons plusieurs individus dans des conditions identiques, ces conditions étant supposées comme favorisant l'éclosion d'une maladie donnée : il y a beaucoup de chance (et ce fait est d'observation journalière) pour que certains d'entre eux échappent à la maladie en question et que chez ceux d'entre eux qui l'auront contractée, elle affecte une intensité très inégale. Toutes les personnes obligées de cohabiter avec des tuberculeux ne deviennent pas tuberculeuses, pas plus que tous les enfants de parents tuberculeux ne sont condamnés à contracter fatalement la tuberculose; et on voit, d'autre part, devenir tuberculeux des enfants issus de familles où il ne s'est jamais produit aucun cas de cette affection. C'est donc que les conditions extérieures ne sont pas tout, ou plutôt ne constituent qu'un des facteurs nécessaires à l'éclosion de la maladie. Et quel est l'autre facteur? C'est la susceptibilité de l'organisme, son mode de réaction générale qui le rend plus ou moins résistant contre telle ou telle maladie. C'est, pour employer un terme qui a été très en faveur autrefois et qui tend à être repris de nos jours, la prédisposition individuelle, cette prédisposition pouvant être acquise par chacun pour son propre compte ou être reçue par lui héréditairement, comme une propriété du plasma germinatif dont il est issu, sans que rien chez les générateurs ait pu faire soupçonner la moindre trace de cette même maladie. C'est ainsi que la prédisposition ne suit pas toujours la maladie, elle peut aussi la précéder, et si les maladies des ascendants créent un terrain morbide chez les descendants, on peut dire aussi que le terrain des ascendants prépare la maladie des descendants. Quant aux causes ayant créé ce terrain favorable chez les ascendants, on peut admettre avec Weissmann qu'elles résident dans les propriétés du plasma germinatif des ascendants plus éloignés, ou bien encore avec Weissmann, Weigert (1), Martius (2), qu'elles consistent dans une variation accidentelle du plasma germinatif, avec la réserve que nous avons formulée plus haut à propos de cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, la réunion de ces deux facteurs, l'exposition et la prédisposition, est nécessaire pour produire une maladie diathésique dans le genre de la tuberculose, la première comprenant l'action des facteurs étiologiques extérieurs, la seconde, les propriétés générales de l'organisme, de tous ses groupes cellulaires, des cellules génératrices aussi bien que des cellules somatiques, ces deux groupes cellulaires réagissant l'un sur l'autre, non pas en vertu d'une « induction vitale » mystérieuse et métaphysique, mais par suite de la corrélation qui existe entre toutes les parties de l'organisme et qui fait que les modifications survenant dans quelques-unes de ces parties retentissent, dès qu'elles ont atteint un certain degré d'intensité et de profondeur, sur les autres.

Nous avons nommé plus haut congénitales les propriétés générales de l'organisme que l'individu reçoit avec le plasma germinatif qui lui a donné naissance. Ce faisant, nous avons employé ce mot dans son sens biologique, en accordant, avec Weissmann, à l'hérédité des limites qui sont celles de l'espèce elle-même. Mais au point de vue médical, tout ce qui est congénital n'est pas nécessairement héréditaire, et la tuberculose contractée par le fœtus pendant la vie intra-utérine, par la voie placentaire, est bien une tuberculose congénitale, sans être pour cela nécessairement une tuberculose héréditaire. C'est de la simple contagion. Que faut-il donc pour que nous ayons le droit de considérer une tuberculose comme héréditaire? Faut-il que le bacille soit transmis directement au fœtus par le spermatozoïde ou par l'ovule (1)? Ceci ne serait pas encore suffisant, car le bacille à lui tout seul ne constitue pas toute la tuberculose (2). Il faut que l'enfant reçoive avant tout certaines propriétés générales qui le rendent apte à contracter la tuberculose, il faut que le plasma germinatif lui-même, dont les divisions successives aboutiront à la constitution de son organisme complet, présente une structure favorable à l'invasion ultérieure du bacille et au développement du processus infectieux.

VI

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de la tuberculose (3), parce que c'est elle qui constitue aujourd'hui le principal objet de nos préoccupations pratiques et que c'est elle surtout qui soulève, à l'heure actuelle, la question si troublante de l'avenir de la race. Or, cette question étant liée intimement à celle de l'hérédité, c'est à propos d'elle qu'il importe avant tout de s'entendre sur le sens et la valeur du terme hérédité. Si l'on comprend par hérédité la transmission *univoque* et directe des affections ou tares des ascendants à leurs descendants, on adopte une définition tellement restreinte et terre à terre qu'elle risque de laisser sans explication un très grand nombre de faits et de justifier les objections formulées par Weissmann contre l'acquisition et la transmission héréditaire des caractères acquis. Les partisans de la transmission directe et univoque ne s'aperçoivent pas qu'ils planent en pleine mythologie, car, si leur manière de voir était vraie, elle consisterait à considérer les maladies comme des êtres indépendants de l'organisme malade et pour lesquels la transmission héréditaire signifierait un simple changement de domicile. Or, une maladie constitue un ensemble de réactions qui ont lieu dans l'organisme sous l'influence de certaines causes extérieures, il est vrai, mais que ces causes extérieures auraient été impuissantes à provoquer, si l'organisme n'avait offert un terrain favorable à leur action. Cette dernière s'étend aux cellules génératrices aussi bien qu'aux cellules corporelles, et il y a toutes les chances pour qu'un enfant né de parents tuberculeux soit susceptible de contracter un jour la même maladie. C'est pour avoir négligé ce côté de la question et n'avoir vu encore que le facteur externe de la tuberculose, que M. R. Koch a pu dire, au Congrès de la tuberculose, tenu à Londres en 1901, que « l'on avait attribué autrefois une grande importance à l'hérédité de la tuberculose. Depuis lors, on a pu se convaincre, par des recherches approfondies, que la tuberculose héréditaire existe réellement mais qu'elle est extrêmement rare, de sorte que, au point de vue pratique, on peut ne pas faire état de ce mode de transmission de la tuberculose ».

Mais il existe une catégorie de maladies où l'influence des causes externes paraît, sinon minime, tout au moins très obscure, et dans lesquelles l'hérédité joue un rôle prédominant. Ce sont les maladies mentales, les désordres de l'esprit, à propos desquels tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, et dans leur nombre figurent les aliénistes et les psychologues les plus distingués du siècle dernier, tels que Esquirol (1), Prosper Lucas (2), Morel (3), Moreau de Tours (4), Maudsley (5), etc., ont été frappés par ce fait que la transmission héréditaire univoque et directe constitue presque une exception, et que dans la grande majorité des cas les maladies mentales, en se transmettant d'une génération à l'autre, subissent des métamorphoses multiples et variées et affectent des manifestations vraiment protéiformes : rien, en effet, n'est plus fréquent que de voir la folie devenir suicide ou le suicide devenir folie, alcoolisme, hypocondrie. Il nous est impossible de citer ici des faits, mais il suffit d'ouvrir n'importe quel ouvrage sur la matière pour s'assurer de l'exactitude de ce que nous avançons. Que prouvent donc ces constatations, sinon que les ascendants transmettent à leurs descendants, au lieu de telle maladie particulière, une propriété générale de l'organisation psychique, une certaine façon de réagir aux influences extérieures, de se comporter dans la vie, en un mot une prédisposition, mais une prédisposition tellement générale, tellement sensible, la plus générale et la plus sensible de toutes, qu'il suffit le plus souvent de la moindre excitation pour produire des troubles très profonds et d'autant plus graves qu'ils atteignent les fonctions les plus importantes.

Qu'il s'agisse de maladies mentales ou autres,

(1) Weigert. Neue Vererbungstheorieen. (*Schmidt's Jahrbücher*, 1887, CXXV, p. 199.)

(2) Martius. Krankheitsursachen und Krankheitsanlagen, p. 29. Leipzig, 1898.

(1) La possibilité de ce mode de transmission directe du bacille a été prouvée. Voir à ce sujet :
F. Friedmann. Experimentelle Studien über die Erblichkeit der Tuberkulose (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1901, XLIII, 1-2.) — On y trouvera réunie toute la littérature sur ce sujet.

(2) Martius. Die Vererbbarkeit des konstitutionellen Faktors der Tuberkulose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 nov. 1901.)

(3) Ce que nous venons de dire de la tuberculose s'applique également d'une façon générale à la syphilis. On sait, en effet, qu'il existe deux espèces d'hérédité syphilitique : 1° l'hérédité syphilitique vraie, dans laquelle l'enfant, issu d'un père ou d'une mère syphilitique, présente des accidents franchement spécifiques; 2° l'hérédité dystrophique ou para-syphilitique, dont les manifestations n'ont en soi rien de syphilitique (Fournier, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 juillet 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 235). La première variété est héréditaire au sens très étroit du mot; c'est plutôt de la syphilis par contagion directe. N'est vraiment héréditaire que la deuxième variété, en tant qu'hérédité de prédisposition, non pas de prédisposition à la syphilis elle-même, mais au sens d'un abaissement général de la vitalité de l'organisme; et M. Pinard (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 25 juillet 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 253) dit avec raison : « Si tout ovule ou spermatozoïde imprégné de toxine quelconque peut déterminer consécutivement des dystrophies chez l'individu procréé dans ces conditions, je ne vois plus là rien de spécial à la syphilis. »

(1) Esquirol. Des maladies mentales. Paris, 1838.

(2) P. Lucas. Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle. Paris, 1847-50.

(3) Morel. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine. Paris, 1857.

(4) Moreau. Psychologie morbide. Paris, 1859.

(5) H. Maudsley. Le crime et la folie. (Trad. de l'anglais.) 7e éd. Paris, 1901.

tant qu'on se borne à n'examiner que l'hérédité de similitude, on arrive à déprécier le rôle de l'hérédité, au point de considérer un père atteint de goutte ou de folie et un fils rhumatisant ou hypocondriaque comme affectés de maladies distinctes, acquises par chacun pour son propre compte, n'ayant entre elles aucune relation d'hérédité. Mais dès qu'on admet la métamorphose, la transformation des états morbides, on voit le domaine de l'hérédité s'élargir progressivement et on arrive à cette conclusion que l'hérédité pathologique est avant tout une hérédité de prédisposition. Et de même que Weissmann (1) définit le talent comme « une manifestation, un produit secondaire de l'esprit humain arrivé à un degré très élevé de développement général », nous pouvons définir toute maladie diathésique comme une manifestation d'une propriété générale de l'organisme consistant dans une diminution de sa vitalité générale, de sa résistance à l'action de certains agents nocifs venus de l'extérieur.

VII

Il résulte de notre exposé critique que la théorie de la continuité du plasma germinatif laisse intacte l'hérédité pathologique. Elle nous a, en outre, permis d'approfondir et d'élargir cette notion et de réduire l'hérédité morbide à l'hérédité de prédisposition. Qu'est-ce donc que la prédisposition dont les anciens auteurs faisaient tant de cas et pour laquelle la médecine des dernières années du dix-neuvième siècle, fondée sur les découvertes de la microbiologie et attachée avant tout à la recherche des facteurs externes des processus morbides, n'avait pas assez de mépris? Evidemment la prédisposition, ou le tempérament, tel que le comprenaient les générations médicales qui ont vécu avant les découvertes de Pasteur, faisait partie chez la plupart d'un vitalisme aussi vague que mystique et était destinée à disparaître du vocabulaire médical, le jour où la médecine s'est proposée de devenir une science exacte, basée sur l'expérimentation et sur les recherches de laboratoire. Mais aujourd'hui, après un engouement qui a duré une trentaine d'années, on voit se manifester une tendance, non pas à revenir au point de départ, mais, sans rien abandonner des matériaux énormes accumulés par l'expérimentation et les recherches de laboratoire, à tourner l'attention du côté de l'organisme lui-même, afin de voir si les facteurs constitutionnels ne jouent pas un certain rôle dans la genèse des maladies. Autrement dit, on tend de nouveau à admettre le rôle de la prédisposition, en donnant à celle-ci un fondement scientifique, en l'appuyant sur des données précises et faciles à vérifier. Les recherches entreprises dans ce sens sont loin d'être closes, mais il nous suffit de citer, en ce qui concerne la France, les travaux de M. Charrin et de ses collaborateurs, qui nous permettent d'ores et déjà d'en entrevoir la portée, au point de vue de la pathologie en général et de la question de l'hérédité en particulier. « Sous l'influence des tares paternelles, et plus encore maternelles, les cellules du fœtus sont modifiées au point de vue de leur structure, de leur fonctionnement, de leurs sécrétions; les changements imposés à cet organisme relèvent à la fois de l'anatomie, de la physiologie et de la chimie. On entrevoit ainsi, dans quelque mesure, ce que sont ces changements, dont la variété et l'intensité contribuent à former les divers terrains. Il en résulte que, dès à présent, au lieu de s'en tenir à des mots, de dire que le mal est dû à la prédisposition, aux particularités de ces terrains, on est en droit, dans plus d'un cas, de substituer à ces mots des réalités, d'affirmer, par exemple, que le virus s'est développé grâce à l'alcalinité des plasmas ou à l'augmentation des substances toxiques humorales, conditions saisissables qui fréquemment oscillent dans le même sens que l'état bactéricide; on peut encore invoquer l'hypothermie, capable de s'opposer à la pleine activité des phagocytes, etc., etc. » (1).

(1) Weissmann. (*Loc. cit.*, p. 39.)

Voilà donc l'hérédité de la prédisposition démontrée expérimentalement et la prédisposition elle-même revêtue d'un caractère scientifique qui manquait à la notion vitaliste, laquelle était plutôt une entité que le résumé d'un ensemble de faits réels, incontestables.

Nous pourrions terminer ici notre travail, si la question de la prédisposition n'en soulevait une autre que nous avons déjà mentionnée incidemment et qui s'impose à tous ceux qui réfléchissent au problème si complexe de l'hérédité: l'hérédité étant avant tout germinative, pourquoi voit-on des parents manifestement malades donner naissance à des enfants parfaitement sains ou ne communiquer leurs tares qu'à une partie de leur descendance et cela dans des proportions très inégales? Autrement dit, pourquoi l'hérédité n'est-elle pas absolue au sein d'une seule et même famille? La théorie de Weissmann nous donne à cette question une réponse provisoirement satisfaisante : en admettant, en effet, que toutes les propriétés ancestrales sont localisées dans les innombrables biophores ou molécules du plasma germinatif, on peut facilement imaginer entre ces biophores ou molécules une quantité de combinaisons suffisante pour expliquer toutes les variations qui se produisent dans la descendance d'une seule et même famille. Si l'on se rappelle, en outre, que chaque acte de fécondation n'implique l'activité que d'un seul spermatozoïde et d'un seul ovule, sur des millions de spermatozoïdes qui restent inféconds et sur des milliers d'ovules qui se détruisent sans être fécondés, et qu'il est difficile d'admettre que tous les spermatozoïdes du même mâle et tous les ovules de la même femelle possèdent des propriétés absolument identiques, on comprendra que le produit de chaque acte de fécondation ne possède que les propriétés qu'il tient d'un seul spermatozoïde et d'un seul ovule, et que ces propriétés varient d'un produit à l'autre.

Dr S. Jankelevitch (de Bourges).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Contribution à l'étude du testicule dans quelques infections; orchites expérimentales, par M. Ch. Esmonet.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. H. Roger un certain nombre de cas d'orchites infectieuses, M. Esmonet a repris l'étude de cette question au double point de vue clinique et expérimental.

Des infections aiguës les plus communes, la variole — le fait est depuis longtemps connu — est une de celles qui retentissent le plus facilement sur le testicule : à l'autopsie de 55 varioleux, l'auteur constata 46 fois des lésions orchi-épididymaires. D'ailleurs, les diverses formes de la variole n'entraînent pas ces complications avec une égale fréquence; c'est ainsi que sur 6 cas de variole hémorrhagique primitive le testicule était touché une fois seulement; sur 6 de variole hémorrhagique secondaire, il était intéressé 5 fois; sur 43 de variole discrète, cohérente ou confluente, il y avait 40 fois des altérations testiculaires, et encore faut-il tenir compte qu'un des 3 cas négatifs concerne un enfant qui succomba au quatorzième jour d'une variole congénitale. Au total, l'orchite surviendrait, d'après l'auteur, dans environ 90 % des cas *mortels* de variole, car il importe de remarquer que, dans la statistique de M. Esmonet, la proportion des varioles hémorrhagiques primitives ou secondaires (12 sur 55), formes où les complications testiculaires sont relativement rares, est plus élevée que dans la réalité.

(1) M. Charrin. Le rôle des substances solubles dans la transmission des tares pathologiques des ascendants. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 413.)

L'orchite variolique est ordinairement méconnue en clinique, l'éruption pustuleuse et la sensibilité extrême des enveloppes scrotales ne permettant guère un examen local suffisant.

Au point de vue histologique, la lésion fondamentale est l'infiltration diffuse ou nodulaire du tissu conjonctif, à laquelle s'ajoutent la vasodilatation, les hémorrhagies et des altérations du tube séminipare, variables depuis le catarrhe léger n'entraînant que la desquamation des spermatozoïdes et des spermatocytes, jusqu'au catarrhe intense ne laissant que quelques cellules accolées à la paroi.

Quant à son évolution, l'orchite variolique, d'après les observations de l'auteur, ne se terminerait jamais par suppuration; cependant on admet peut-être trop volontiers que la *restitutio ad integrum* est la règle : le processus aboutirait parfois à un certain degré d'atrophie testiculaire.

Des autres infections étudiées par M. Esmonet, nous dirons peu de choses : la glande séminale n'est que peu ou pas touchée dans l'érysipèle, la diphtérie, la rougeole, la scarlatine; elle fut trouvée indemne dans les cas de broncho-pneumonie, de gastro-entérite, de méningite cérébro-spinale, de tuberculose aiguë, etc.

En ce qui concerne la production expérimentale d'orchites infectieuses, l'auteur l'a réalisée par des injections dans l'artère spermatique, aisées à pratiquer en opérant sur des chiens de forte taille (20 kilogr. au moins). Il a pu obtenir ainsi la tuberculisation du testicule, déterminant une infection qui, d'abord locale, ne tardait pas à se généraliser; toutefois, l'ablation hâtive de la glande ou l'injection d'une solution de naphtol dans le testicule par l'artère spermatique empêchait cette généralisation. A signaler que le chien paraît plus sensible au bacille de la mammite tuberculeuse des vaches laitières qu'au bacille d'origine humaine.

Le bacille d'Eberth et sa toxine entraînent une orchite à type hémorrhagique avec nécrose totale du testicule. Le streptocoque a donné des résultats variables. La toxine diphtérique, introduite par la même voie, fait périr l'animal sans causer de réaction locale.

Histologiquement, l'atteinte portée au testicule dans ces orchites expérimentales peut se traduire par des modifications dans l'évolution spermatogénétique de l'épithélium. Quand il ne s'agit que d'une lésion passagère, réparable, les formes adultes, mûres, de la spermatogenèse peuvent manquer, sans que la vitalité des cellules séminales elles-mêmes soit compromise. A un degré plus élevé, l'épithélium séminal offre les altérations cellulaires habituelles aux processus dégénératifs (dégénérescence granulo-graisseuse, kariolyse, nécrose, etc.), en même temps que le tissu interstitiel réagit, est le siège de vasodilatations, d'hémorrhagies, d'infiltrations fibrino-leucocytaires avec prolifération marquée des cellules du tissu conjonctif; ainsi peuvent se constituer des nodules infectieux. Enfin, en dehors de la tuberculose, ces diverses infections testiculaires sont susceptibles d'entraîner des lésions scléreuses avec atrophie des tubes séminipares.

Ajoutons que, d'après les recherches de M. Esmonet, l'étude de la graisse — et aussi du glycogène — dans le testicule peut fournir des renseignements sur l'état fonctionnel de l'organe : s'il existe, en effet, des cas où une accumulation de graisse est l'indice d'une surcharge ou d'une dégénérescence, la cellule testiculaire n'en est pas moins normalement graisseuse, et cette adipogénie est, aux différentes périodes du développement comme à l'état pathologique, une preuve certaine de l'activité fonctionnelle du testicule. (*Thèse de Paris*, 1903.) — F. F.

Régurgitation et vomissements d'anneaux de tænia, par M. Léger.

En 1900, MM. Sabrazès et Kohler ont relaté l'histoire d'un malade qui, pendant plus d'un an, a rejeté par la bouche, presque tous les matins, trois ou quatre anneaux de tænia roulés en boule et enrobés dans des mucosités. Cette régurgitation se produisait toujours le matin, au saut du lit, les vomissements alimentaires, pourtant fréquents, ne contenant jamais de cucurbitins. MM. Sabrazès et Kohler expliquaient ce phénomène par le passage à travers le py-

lore, pendant le sommeil et à la faveur du décubitus dorsal, de quelques anneaux séparés qui, en vertu de leur contractilité propre, tombaient dans l'estomac et en étaient expulsés au moment du réveil.

De son côté, M. Léger a eu l'occasion d'observer, au Soudan, deux cas de régurgitation d'anneaux de *Tænia inermis*.

Dans le premier, il s'agissait d'un nègre qui, pendant cinq mois, rejeta par la bouche, à peu près quotidiennement, des anneaux de tænia inerme. Cette régurgitation se produisait d'une manière subite et, le plus souvent, en pleine période digestive, ce qui entraînait naturellement l'expulsion simultanée de matières alimentaires. Les anneaux rejetés étaient toujours intacts, non déformés : ils ne faisaient que traverser la poche stomacale sans y séjourner, déterminant dès leur pénétration par le pylore une réaction brusque et vive de l'organe.

La seconde observation a trait à l'auteur lui-même et paraît unique en son genre. Durant tout le temps (cinq mois) que le tænia séjourna dans l'intestin, M. Léger n'éprouva jamais le moindre trouble nerveux ni digestif, et à aucun moment il ne se produisit de rejet d'anneaux par la voie stomaco-buccale. Mais, quatre heures environ après l'expulsion du ver rendu avec sa tête, survinrent subitement, sans malaise préalable, des nausées avec sensation de chatouillement de l'arrière-gorge, suivies d'un vomissement alimentaire dans lequel se trouvaient intacts six anneaux de tænia inerme.

On remarquera que les deux faits en question diffèrent quelque peu du cas observé par MM. Sabrazès et Kohler en ce sens qu'il ne s'agit plus ici d'une *régurgitation matutinale*, le rejet d'anneaux par la bouche ayant lieu en pleine période de digestion, trois heures environ après le repas (*régurgitation post cibum*). Il est probable que les anneaux pénétraient dans l'estomac à la faveur de la béance momentanée du pylore lors du passage du chyme dans le duodénum. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 mai 1903.) — L. CH.

Contribution au traitement de l'otite moyenne catarrhale par les injections intratympaniques de pilocarpine, par M. U. MELZI.

Les otologistes étant loin d'être d'accord sur la valeur thérapeutique des injections intratympaniques de pilocarpine, M. Melzi a récemment expérimenté ce moyen, en se conformant rigoureusement à la technique préconisée par M. Fischenich et qui consiste à faire pénétrer d'abord, à chaque injection, de VI à VIII gouttes d'une solution de pilocarpine à 2 %, puis à augmenter progressivement la quantité de liquide injecté pour atteindre, vers la fin du traitement, la dose de XVI gouttes. On ne procède à une nouvelle injection que quand le cathétérisme a révélé qu'il n'y a plus de liquide dans la caisse. Suivant la gravité des lésions, on pratique de trente à cinquante injections intratympaniques.

Les essais institués par M. Melzi ont porté sur 3 cas de sclérose auriculaire avec participation du labyrinthe, dans lesquels les moyens usuels de traitement (cathétérisme, massage) n'avaient pu améliorer l'audition ni diminuer les bourdonnements. Les résultats de ces essais ont été tout à fait défavorables : non seulement la pilocarpine n'a pas réussi à amener une amélioration de l'ouïe, qu'elle sembla au contraire avoir diminué dans un cas, mais encore elle n'a nullement amélioré les bruits subjectifs, comme le font, en général, les autres procédés thérapeutiques.

Aussi l'auteur estime-t-il qu'on ne saurait partager l'avis de M. Fischenich, pour lequel le médicament en question exercerait une action quasi spécifique sur les processus adhésifs chroniques de la caisse. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Le traitement médicamenteux de la glycosurie dans le diabète, par M. MARTIN KAUFMANN.

On a préconisé nombre de médicaments contre la glycosurie diabétique, mais, après une vogue éphémère, tous sont tombés dans l'oubli. M. Kaufmann a mis à profit le grand nombre de diabétiques en traitement tant dans le service hospitalier qu'à la clinique privée de M. von Noorden, à Francfort-sur-le-Mein, pour faire une étude systématique de la thérapeutique médicamenteuse de la glycosurie diabétique.

L'opium et ses alcaloïdes jouissent depuis longtemps de la réputation d'être antidiabétiques, et cette réputation est fondée jusqu'à un certain point : sur 11 observations, l'auteur compte 6 succès, 3 insuccès et 2 cas douteux; chez 2 malades, notamment, l'opium a incontestablement contribué à faire disparaître la dernière trace de sucre de l'urine. On n'a, d'autre part, jamais observé d'effet nuisible. Mais les opiacés n'ont pas une efficacité certaine; de plus ils ne se prêtent pas à un emploi général.

Quant au bromure de potassium, il est utile, d'après l'expérience de M. von Noorden, dans les cas de glycosurie légère combinée avec la neurasthénie : l'action calmante du bromure sur les symptômes nerveux se fait indirectement sentir sur la glycosurie.

Partant du principe que l'élimination du sucre urinaire est en rapport avec des fermentations internes, on a cherché à combattre le diabète par des médicaments capables de s'opposer à ces fermentations. M. Kaufmann a expérimenté dans 3 cas le bichlorure de mercure aux doses de 0 gr. 005 à 0 gr. 010 milligr. répétées trois fois par jour : 2 fois il a observé une diminution plus ou moins sensible du sucre urinaire; chez le troisième malade — plus légèrement atteint — la médication échoua complètement.

L'acide phénique est employé depuis longtemps dans le diabète; son action étant la même que celle des préparations salicylées, l'auteur a fait une étude approfondie de ces dernières. Administrées à la dose de 3 à 4 grammes par jour, elles n'ont eu aucun effet dans 11 cas de glycosurie grave; dans 5 autres, l'effet fut médiocre ou douteux; dans 2 seulement on enregistra une action favorable. Sur 11 cas de diabète léger, on n'eut, au contraire, qu'un seul insuccès complet, et 8 fois la glycosurie diminua considérablement sous l'influence de la médication; de plus on constata une augmentation de la tolérance pour les hydrates de carbone après la suspension du traitement. Les préparations salicylées n'eurent jamais d'effet nuisible; l'appétit, en particulier, n'eut pas à souffrir du traitement. Le salol agit comme les autres préparations salicylées.

Il paraît donc légitime, étant donnée l'innocuité relative des composés salicylés, d'en faire l'essai chez les diabétiques. Dans les cas graves, on ne devra pas compter sur un succès; dans les cas légers, par contre, on peut s'attendre à voir disparaître, sous l'influence de cette médication, les dernières traces de sucre et augmenter la tolérance pour les hydrates de carbone.

Cinq malades furent traités par la méthylhydroquinone sans aucun résultat.

L'antipyrine, administrée chez 7 diabétiques, eut surtout pour effet de provoquer des troubles gastriques : diminution de l'appétit et parfois vomissements; ces troubles sont suffisants pour expliquer la diminution de sucre urinaire, parfois observée. Dans un cas traité par la pipérazine, il survint une aggravation — et non une diminution — de la glycosurie.

M. Kaufmann a expérimenté, en outre, un certain nombre de ferments et d'extraits organiques. La levure de bière, essayée chez un malade, donna un résultat négatif. L'extrait hépatique, administré dans deux cas, n'a pas eu d'effets bien nets; l'auteur a eu cependant l'impression d'une légère diminution de la glycosurie. La médication pancréatique, prescrite à 7 malades, n'a manifesté aucune efficacité.

Parmi les préparations végétales, le jambul, extrait du *Tyzygium jambolanum*, a produit dans 2 cas une amélioration sensible de la glycosurie; dans 3 cas on obtint une action légère mais sans valeur pratique, et enfin dans 2 cas cette substance fut complètement inefficace. L'effet de la médication cesse bientôt après la suspension du traitement.

Les préparations de myrtilles, administrées dans 3 cas, n'ont pas eu d'action appréciable; il en fut de même de l'infusion de graines de lin et de gousses de haricots.

M. von Noorden use largement des alcalins dans le traitement du diabète, non pour combattre la glycosurie, mais pour prévenir l'intoxication acide. Il n'a jamais observé que l'administration de ces sels eût un effet sur la quantité de sucre urinaire; cependant, l'action favorable de certaines cures hydrominérales ne peut être contestée. Les sels de chaux ont dans le diabète une influence qui se rapproche de celle des alcalins; M. Kaufmann les ordonne, en outre, pour faciliter la digestion du lait et de la crème. Quant aux sels d'urane, l'expérience de M. von Noorden ne plaide pas en faveur de leur efficacité contre la glycosurie.

En résumé, l'opium, les préparations salicylées et le jambul sont les seuls médicaments capables d'influencer — et encore pas régulièrement — la glycosurie. On ne donnera jamais les opiacés dans les cas de diabète léger, car le traitement diététique suffit alors, et d'ailleurs la médication opiacée est précisément déficiente dans les glycosuries légères. Dans les cas graves, par contre, où le régime est impuissant à faire disparaître la glycosurie, la cure opiacée peut être indiquée, surtout s'il s'agit de combattre une névralgie, une névrite, une cataracte ou de l'amblyopie, complications qui cèdent beaucoup plus facilement dès que le sucre a disparu de l'urine. Les préparations salicylées sont incapables de faire rétrocéder une glycosurie grave, mais elles peuvent être utiles, dans le traitement des glycosuries légères, pour amener la disparition des dernières traces de sucre et pour augmenter la tolérance du patient à l'égard des hydrates de carbone. Les indications du jambul sont plus obscures; c'est cependant un médicament à essayer. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 3-4 et 5-6.) — A. J.

De l'influence réciproque des exsudats paramétritiques et de la puerpéralité (grossesse, accouchement et suites de couches), par M. L. BLUMREICH.

Les inflammations du tissu cellulaire pelvien compliquant assez rarement la grossesse, M. Blumreich étudie dans le présent travail l'influence réciproque de ces deux états l'un sur l'autre, à l'occasion de 4 faits qu'il a eu l'occasion d'observer.

Dans la plupart des cas de ce genre, l'infection para-utérine précède la grossesse, et est généralement due à des couches pathologiques antérieures. Chez une des malades de M. Blumreich, elle fut cependant la conséquence d'une appendicite; il est probable qu'en pareille occurrence l'appendice doit occuper une situation rétropéritonéale.

Au point de vue de l'influence de la grossesse sur les lésions para-utérines, il faut distinguer deux éventualités, suivant que ces dernières sont suppurées ou non. Dans le premier cas, il est très possible, comme l'auteur en a vu un exemple, que la grossesse ait sur l'affection paramétritique, au moins au début, une action favorable : le volume de la matrice, tout d'abord enclavée dans le bassin, exerce en effet une véritable compression sur les exsudats, dont la résorption se trouve, en outre, facilitée par l'activité plus grande de la circulation au niveau de la sphère génitale. Plus tard, les conditions changent : le volume énorme de l'utérus entraîne une stase qui ne peut que favoriser la suppuration des exsudats para-utérins. D'autre part, le changement des rapports de l'utérus peut avoir pour conséquence de rapprocher l'un de l'autre, dans un voisinage dangereux, l'abcès formé et le péritoine. Pendant l'accouchement, le passage du fœtus peut aussi causer la rupture de la poche purulente du côté de la séreuse, des organes avoisinants ou du vagin; cette dernière éventualité est la plus favorable, mais elle expose à l'infection utérine. Durant les suites de couches, il ne faut guère compter que sur la résorption des exsudats non suppurés.

Si les infiltrations ou les collections para-utérines sont peu volumineuses, l'accouchement s'effectue sans difficulté. Dans l'hypothèse contraire, elles peuvent déjà, avant le terme, tirailler l'utérus, solliciter ses contractions et provoquer l'accouchement. Si la grossesse va jusqu'au terme, malgré une paramétrite volumineuse, les interventions les plus variées, depuis l'application de forceps jusqu'à la basiotripsie, peuvent devenir nécessaires. Il va sans dire que si l'obstacle était une poche suppurée pointant vers le vagin, on l'inciserait pour livrer passage au fœtus et prévenir la rupture

de la collection dans le péritoine ou les organes du voisinage.

Mais le mieux est de pouvoir éviter cette intervention, vu les dangers d'infection auxquels elle expose; il faut donc traiter ces paramétrites dès leur début ou avant l'accouchement. Si le repos, les émollients, l'influence bienfaisante du début de la grossesse sont sans action sur elles, qu'elles s'aggravent ou suppurent, il n'y a qu'à intervenir sans se préoccuper de la grossesse, celle-ci continuant souvent son cours en dépit d'actes opératoires compliqués. L'interruption artificielle de la grossesse serait de mauvaise pratique, car les contractions utérines exposent à la suppuration si elle n'existe déjà, à la rupture de la poche et finalement à l'infection puerpérale. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 1.) — R. DE B.

Sur l'arrêt de développement des extrémités dans le rhumatisme articulaire de l'enfance, par M. G. Hoppe-Seyler.

Le rhumatisme articulaire guérit presque toujours, chez l'enfant, sans laisser de lésions articulaires durables. Cependant, dans les cas peu nombreux où il prend une marche chronique, on a noté l'épanchement séreux des cavités articulaires, le gonflement périarticulaire avec épaississement de la capsule et des ligaments et raideur parfois considérable de l'articulation; on a signalé aussi, en pareille occurrence, des altérations des surfaces articulaires, une disparition partielle du cartilage qui est remplacé par du tissu fibreux, de l'épaississement des épiphyses. Il en résulte un déplacement des surfaces articulaires, des luxations avec déviation et contracture des extrémités.

M. Hoppe-Seyler a observé une complication plus exceptionnelle. Il s'agit d'un cas de rhumatisme articulaire ayant débuté par des accidents subaigus à l'âge de sept ans, et qui, localisé au début aux genoux et aux articulations tibiotarsiennes, envahit plus tard les articulations coxo-fémorales ainsi que les extrémités supérieures. Après plusieurs alternatives d'amélioration et de rechute, l'affection prit un caractère chronique avec ankylose des articulations et déviation des extrémités. Celles-ci subirent, en outre, un arrêt de croissance, de sorte que, lorsque la malade succomba, à l'âge de vingt-deux ans, aux suites d'une néphrite parenchymateuse, ses membres avaient les dimensions de ceux d'un enfant normal de sept à neuf ans. L'arrêt de croissance n'intéressait pas seulement l'os dans le sens de la longueur, mais aussi dans l'épaisseur; les os longs paraissaient même, à l'examen radiographique, plus minces et moins compacts que ceux d'un enfant d'une dizaine d'années. La tête et le tronc avaient au contraire acquis leur développement régulier.

Des lésions osseuses généralisées de ce genre, comme complication d'une arthrite rhumatismale, n'auraient pas encore été décrites. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — A. J.

PUBLICATIONS ANGLAISES

La mouche comme agent de propagation de la fièvre typhoïde, par Mme Alice Hamilton.

Le présent mémoire est basé sur l'étude de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Chicago pendant les mois de juillet, août et septembre 1902. Cette épidémie a affecté un caractère de gravité particulière dans le dix-neuvième district, qui a fourni près d'un septième de la mortalité totale, bien que sa population ne constitue que 1/36 de la population de la ville. Si l'on cherche à se rendre compte des causes de cette prédilection du mal pour le district en question, on voit que l'on ne saurait invoquer ni la souillure de l'eau potable ou du lait, ni l'ignorance ou le genre de vie des habitants, le dix-neuvième district ne se distinguant en rien, sous ces divers rapports, de nombre d'autres quartiers à population mi-autochtone et mi-étrangère. Mais ce qui frappe dans l'étude des conditions sanitaires de cette partie de la ville, c'est l'état défectueux de la canalisation : beaucoup d'égouts sont trop étroits, et on compte seulement 48 % des maisons qui soient pourvues d'une canalisation suffisante pour l'écoulement des immondices; 7 % ont une canalisation défectueuse; dans 22 % les water-closets ne possèdent qu'un approvisionnement d'eau intermittent; 11 % ont des cabinets communiquant avec les égouts, mais dépourvus de toute prise d'eau; dans 12 %, enfin, les lieux d'aisances sont sans communication avec le système de canalisation.

Or, l'auteur a été à même de constater qu'abstraction faite de la misère des habitants, ce sont les rues les plus mal partagées au point de vue sanitaire qui ont payé le plus lourd tribut à l'épidémie.

D'autre part, Mme Hamilton a institué une série d'expériences en vue d'élucider le rôle de la mouche en tant qu'agent de propagation de la fièvre typhoïde : 18 tubes furent ensemencés avec des mouches recueillies dans deux cabinets d'aisances dépourvus de conduits de canalisation, sur les clôtures de deux cours, sur les murs de deux maisons et dans la chambre d'un typhoïsant; 5 de ces tubes ont parfaitement permis d'isoler le bacille d'Eberth. Aussi, Mme Hamilton est-elle d'avis que, quand les déjections des dothiénentériques sont abandonnées à l'air libre dans des fosses d'aisances ou dans les cours, les mouches sont susceptibles de devenir des intermédiaires très actifs dans la dissémination de l'infection. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 février 1903.) — L. CH.

Interposition subdurale de tissu caoutchouté sans ablation du ganglion de Gasser dans les opérations pour tic douloureux de la face, par M. Robert Abbe.

Dans les opérations intracrâniennes pour tic douloureux de la face, il est recommandé d'enlever à la fois le ganglion de Gasser et la partie accessible de ses branches, afin d'éviter les régénérations qui suivraient des résections trop parcimonieuses. C'est ce qu'avait essayé de faire M. Abbe lors de ses premières interventions; mais, chez un malade, l'hémorrhagie fut tellement abondante que l'auteur dut tamponner et remettre la fin de l'opération au lendemain; ce jour-là encore la perte sanguine lui imposa un nouveau tamponnement; au quatrième jour enfin, il avait commencé à exciser les deux dernières branches du trijumeau, quand l'hémorrhagie reparut et l'arrêta avant qu'il eût pu enlever le ganglion. Devant cette impossibilité de poursuivre l'opération, il eut l'idée d'interposer un fragment de tissu caoutchouté entre les sections nerveuses, de façon à prévenir la réunion de leurs fibres. La guérison fut, en effet, parfaite et se maintient depuis six ans.

Encouragé par ce succès, l'auteur appliqua le procédé en question à 4 autres malades dont la guérison date aujourd'hui de six mois à cinq ans; il opère de la façon suivante : après incision verticale au-dessus du milieu de l'arcade zygomatique, on traverse et on récline les fibres du muscle temporal; on fait à l'os une ouverture de 3 centim. 1/2 et l'on décolle la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne. Pour arrêter l'hémorrhagie, dont tous les opérateurs se plaignent, on applique sur l'os une lamelle caoutchoutée que l'on comprime pendant un certain temps au moyen d'une boulette de gaze. Le sang se coagule par-dessous, bien mieux qu'avec la gaze; celle-ci, en effet, absorbe simplement le sang et ne fait qu'en attirer davantage. Les nerfs une fois reconnus, on les saisit avec des pinces, on les sectionne au ras de leurs orifices de sortie (trous rond et ovale), puis on les sépare du ganglion de Gasser. Après avoir tamponné et asséché la plaie, on applique immédiatement sur les trous rond et ovale un petit morceau de gutta-percha stérilisé au sublimé, mais rincé dans l'eau salée; l'exacte adaptation de ce tissu est assurée par une légère compression avec une boulette de gaze; celle-ci est ensuite retirée et on laisse le ganglion retomber sur le tissu caoutchouté. Il suffit de drainer pendant quelques heures. (*Ann. of Surgery*, janvier 1903.) — R. DE B.

Tuberculose miliaire aiguë primitive de la conjonctive, par M. G. A. Berry.

Les cas de tuberculose de la conjonctive sont fort rares, ce qui nous engage à signaler le fait relaté par M. Berry. Il concerne une petite fille de dix ans, qui fut admise à l'hôpital d'Edimbourg dans les circonstances suivantes :

Trois semaines auparavant, un fragment d'une allumette enflammée lui avait fait une petite brulûre à l'œil droit. Au lieu de guérir, la plaie s'étendit graduellement et l'œil devint rouge; il n'y eut jamais ni douleurs, ni larmoiement, ni photophobie; les paupières n'étaient pas collées le matin; la vue ne fut nullement affectée. Une quinzaine de jours après cet accident apparut sur la joue droite une petite tumeur douloureuse, qui se ramollit et dont l'incision donna issue à un peu de pus caséeux. Quelques jours plus tard une seconde tumeur se développa sous le menton, mais celle-ci resta dure.

En même temps, l'état de l'œil droit n'avait fait qu'empirer. A l'examen, cet œil présente une légère inflammation de la surface conjonctivale des paupières, sans gonflement des follicules. La conjonctive oculaire est congestionnée et enflée, surtout au-dessus et au-dessous de la cornée, bien moins aux angles interne et externe, et dans la partie tuméfiée on remarque nombre de taches d'un gris blanc ou jaunâtres. La cornée est tout à fait claire, la pupille réagit normalement, le cristallin est transparent, la tension du globe et la vision sont normales.

M. Berry extirpa toute la partie tuméfiée de la conjonctive et recouvrit la plaie aussi exactement que possible au moyen de la conjonctive saine qu'il fixa au-dessus et au-dessous de la cornée. La guérison se fit bien, mais, au bout d'une dizaine de jours, les paupières devinrent un peu œdémateuses et enflammées. On percevait alors, à la partie externe de l'angle externe, deux petits nodules durs et mobiles qui se ramollirent bientôt. Les glandes superficielles sous-maxillaires et sous-mentales, qui auparavant n'étaient presque pas tuméfiées, grossirent en même temps et se ramollirent, et il fallut en faire l'extirpation. Enfin, un mois après sa première intervention, M. Berry dut inciser les nodules de l'angle externe de l'œil; il en retira une quantité de pus et de détritus granuleux. La guérison fut parfaite.

L'examen microscopique et l'inoculation aux animaux démontrèrent la nature tuberculeuse des lésions conjonctivales. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai 1903.) — L. DE LA H.

De l'artériorrhaphie appliquée à la cure radicale des anévrysmes, par M. R. Matas.

Les difficultés qu'offre souvent l'extirpation totale du sac anévrysmal et les gangrènes qui en sont parfois la conséquence ont amené M. Matas à soumettre à l'artériorrhaphie 4 cas d'anévrysmes (2 traumatiques et 2 spontanés). Les bons résultats qu'il en a obtenus l'engagent à conseiller la technique suivante :

S'il s'agit d'un anévrysme fusiforme, il ne faut guère songer à rétablir la continuité du canal artériel, puisque l'altération porte sur tout le pourtour du vaisseau; le mieux est donc de viser à l'oblitération complète du sac. Pour ce faire, et après avoir assuré l'hémostase à la racine du membre (compresseur, bande d'Esmarch, etc.), on fend le sac, on le débarrasse des caillots qu'il contient et l'on suture un à un tous les orifices artériels qu'on y découvre : c'est en effet aux orifices de ces vaisseaux secondaires que sont dues les récidives après ligature. Si le sac est trop large, on lui fait un ou deux plis longitudinaux allant de l'un à l'autre des orifices du vaisseau principal — orifices qui sont eux-mêmes suturés —, de façon à diminuer les dimensions du sac; ce qui en reste est « capitonné » par des points de suture accolant la paroi superficielle du sac et la peau qui la double à la paroi profonde. Les altérations scléro-athéromateuses des artères ne nuiraient pas à une bonne et solide occlusion du sac.

En cas d'anévrysme sacciforme, on peut tenter de conserver la lumière du vaisseau. Après ouverture du sac, on suture l'orifice de communication en appliquant à quelque distance de ses bords une série de points de suture analogues à ceux de Lambert. On veille naturellement à ce que les aiguilles ne traversent pas les tuniques du vaisseau, afin que les fils ne se trouvent pas en contact avec le sang. Quand il y a des tissus en excès, on fait par-dessus la première une seconde rangée de sutures. Le reste du sac et la peau sont capitonnés comme précédemment. (*Ann. of Surgery*, février 1903.) — R. DE B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ictères bénins post-opératoires.

I

Ayant eu l'occasion d'observer deux cas d'ictère immédiatement consécutif à des interventions chirurgicales ou obstétricales, nous nous sommes naturellement demandé s'il n'existait pas quelque relation entre ces deux phénomènes. Les données que nous possédons ne sont malheureusement ni assez nombreuses ni assez précises pour résoudre les questions qui se posent à ce propos. Aussi le présent travail a-t-il pour but de présenter les faits et d'en discuter la signification possible, bien plutôt que d'en donner une solution définitive.

Voici tout d'abord les observations qui ont attiré mon attention sur ce sujet.

La première concerne un jeune homme d'une vingtaine d'années, dépourvu de toute tare physiologique ou pathologique. Il était porteur d'une hernie inguinale gauche et se trouvait depuis quelques jours déjà dans un service hospitalier, quand j'eus l'occasion de l'opérer. Selon l'usage en vigueur dans ce service, on le purgea la veille de l'intervention. Cette dernière fut extrêmement simple : la hernie était petite et le sac n'avait guère plus de 3 ou 4 centimètres de long. Je n'eus donc pas à dissocier ni bien loin ni bien longtemps les éléments du cordon pour isoler et réséquer le sac. L'hémorrhagie fut pour ainsi dire nulle et la plaie refermée sans drainage. L'incision, longue de 6 centimètres environ, se réunit par première intention, sans trace d'hématome interstitiel, petite complication pourtant assez commune avec les plaies de la région inguino-scrotale; il est vrai que je m'étais prémuni contre elle en plaçant quelques sutures profondes en U. L'intervention fut exécutée sous chloroforme et sa durée n'excéda certainement pas une demi-heure.

Au point de vue chirurgical, les suites opératoires furent très satisfaisantes; mais, dès le surlendemain de l'intervention, apparut un début de jaunisse et le matin du troisième jour mon malade présentait sur ses muqueuses et sa peau les signes évidents d'un ictère de moyenne intensité. Les urines étaient foncées et rappelaient de tous points — par les réactions usitées en clinique — celles de l'ictère franc, orthobiliaire ou biliphéique.

Des selles, je ne peux rien dire, car, par suite de la purgation administrée la veille de l'opération, le patient était constipé. La température était normale, ainsi que le pouls. S'il ne se produisait pas d'hypothermie ou de ralentissement marqués du pouls, il faut sans doute l'imputer à l'opération, qui devait agir en sens inverse de l'ictère.

Vers le sixième jour, la jaunisse était en voie de disparition : les urines étaient revenues à leur couleur normale et le malade qui, à vrai dire, n'avait guère paru se ressentir de l'affection intercurrente, entrait en convalescence et guérissait sans nouveaux incidents.

Ajoutons que ce jeune homme n'avait pas fait preuve d'une émotivité particulière.

Ma seconde observation concerne une accouchée. Chez cette femme, une grande multipare de trente-neuf ans, existait une rigidité du col utérin : l'orifice externe était bordé de lèvres épaisses, squirrheuses, et portant de nombreuses incisures. Au premier abord — et vu l'âge de la malade, qui confinait à la quarantaine —, on pouvait croire à un cancer utérin, mais les nouvelles que j'ai reçues ultérieurement de cette parturiente me font penser qu'il s'agissait d'un simple rétrécissement cicatriciel.

Quand elle fut admise à l'hôpital, le fœtus venait de succomber. Je n'avais donc plus qu'une chose à faire : broyer la tête, puisqu'il s'agissait d'un sommet, et tenter l'extraction. C'est ce qui fut fait sous anesthésie chloroformique. Toutefois, le passage du fœtus à travers ce col à peine extensible, dont le diamètre n'avait guère plus de 6 centimètres, provoqua une déchirure heureusement limitée.

L'intervention fut courte, et, pour obtenir l'anesthésie, une dose de chloroforme extrêmement faible avait suffi : c'est, en effet, avec la plus grande facilité qu'on endort et qu'on maintient endormies les femmes plus ou moins épuisées par le travail de l'accouchement.

L'intervention se passait à neuf heures et demie du soir. Le troisième jour au matin, soixante heures par conséquent après la délivrance, se montra, comme dans le cas précédent, un ictère léger, mais indéniable, accompagné de tous les signes habituels des ictères vrais ou biliphéiques. Après trois ou quatre jours, la coloration des muqueuses et de la peau se mit à pâlir. La présence de cette jaunisse n'avait que peu ou pas incommodé la malade; son apparition avait pourtant coïncidé avec une légère diminution de la température : elle était tombée à 37° et quelques dixièmes et s'y maintint pendant trois jours, alors que les deux jours précédents et les jours qui suivirent elle demeura un peu au-dessus de 38°.

Douze jours après son accouchement, cette femme tenait à quitter mon service; l'ictère avait presque entièrement disparu et la santé générale ne laissait rien à désirer.

Peu après l'époque où j'observai mon premier cas, j'eus l'occasion de rencontrer dans le service chirurgical d'un de mes collègues un troisième ictérique. Malheureusement, je ne pris aucune note sur lui et mes souvenirs le concernant sont très confus : tout ce que je me rappelle, c'est qu'il s'agissait d'une opération toute récente dans la région inguino-génitale — une castration, je crois — et que l'ictère fut léger dans ses manifestations et très bénin dans ses suites : je ne saurais préciser non plus, n'ayant pu examiner le malade, si l'ictère appartenait à la catégorie des ictères francs ou des ictères dits hémaphéiques.

II

Les faits que je viens d'exposer ne sont pas absolument isolés et, dans la littérature médicale, il nous a été possible d'en collationner quelques-uns de semblables.

Dans une publication de M. Salzer (1) sur les résections intestinales exécutées par Billroth, nous trouvons le cas d'un homme de trente-deux ans, atteint de cancer de l'intestin, et qui subit de ce chef une résection iléo-cæcale. L'opération fut relativement aisée. Le matin du deuxième jour après l'intervention, le malade, mettant à profit l'absence d'une surveillante, s'empara d'un morceau de pain qu'il dévora. Les effets de cette imprudence ne se firent pas attendre : dans la journée il fut pris de fièvre, avec ictère léger, et le soir il succombait. A l'autopsie on constata que la suture avait cédé et qu'une péritonite purulente en avait été la conséquence.

Pareille complication, mais beaucoup moins tragique, s'observa chez un opéré de M. Matlakowski (2).

Il s'agissait d'un homme de soixante-sept ans, atteint d'un cancer colloïde du cæcum. La tumeur, devenue adhérente à la peau, s'était ulcérée et un abcès pariétal en avait résulté. La résection fut laborieuse, mais plus laborieuse encore fut la reconstitution de l'abdomen, car, en même temps que le cæcum, il avait fallu enlever une étendue considérable de la paroi ventrale. On y parvint cependant; l'opération avait duré trois heures. Au bout de deux jours, apparaissait une jaunisse; on notait simultanément une certaine agitation, des renvois et de l'arythmie cardiaque. Le pansement fut défait : on constata un peu de sphacèle de la peau de la paroi. Ces divers symptômes s'amendèrent pourtant peu à peu et le malade finit par guérir.

(1) F. Salzer. Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie chronischer Cæcumerkrankungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1892, XLIII, 1, obs. 21.)

(2) W. Matlakowski. Ueber die Resektion des Blinddarmes bei carcinomatöser und narbiger Stenose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1892, XXXIII, 4-5, obs. 2.)

Dans les deux observations que nous venons de citer, on peut se demander si l'ictère n'était pas d'origine pyohémique, analogue, par exemple, à celui qu'on a depuis lors observé au décours de l'appendicite. Mais, pour les trois faits qui vont suivre, cette interprétation perd de sa valeur.

Chez une femme de vingt-sept ans, M. H. Gilford (1) fit une entérectomie pour un sarcome parti de l'appendice. L'opération fut quelque peu compliquée, vu qu'elle avait débuté par une incision lombaire : on croyait, en effet, à une tumeur rénale. Deux jours après l'intervention, la patiente se plaignit de malaises et une jaunisse apparut; les suites opératoires furent d'ailleurs bonnes et au bout de huit à dix jours cette femme allait tout à fait bien.

M. W. Meyer (2) relate le cas que voici : à la suite d'une entéro-anastomose, faite chez une femme atteinte de cancer du côlon, apparut au second jour un ictère qui, deux semaines plus tard, avait entièrement disparu. Pendant ce temps la température ne dépassa pas 37°8 et le pouls, d'abord un peu rapide les deux premiers jours, revint ensuite à la normale. M. W. Meyer ajoute qu'il considère l'ictère présenté par sa malade comme un ictère « hématogène ».

M. C. Lauenstein (3) aurait enfin observé l'ictère à la suite d'une opération pour gastro-entérostomie. M. W. Meyer pense que dans ce cas il s'agissait également d'un ictère « hématogène ».

A s'en référer à nos deux observations et à celles qui s'en rapprochent le plus parmi les dernières citées, la variété d'ictère chirurgical que nous avons en vue se caractériserait par l'apparition de la teinte jaune vers le deuxième ou troisième jour qui suivrait l'intervention opératoire. Bien que la preuve n'ait pas été fournie pour tous les cas, il semble que ces ictères soient généralement des ictères vrais ou biliphéiques. Comme ceux-ci, ils s'accompagnent de l'abaissement de la température et du ralentissement du pouls : si le phénomène est peu marqué, cela tient à ce que l'apparition de l'ictère coïncide avec un moment où le traumatisme opératoire tend à réaliser une manifestation de sens contraire. Leur pronostic est bénin et ils disparaissent assez rapidement. Ils ne semblent pas exiger d'autre thérapeutique que celle de l'ictère catarrhal.

III

L'ictère peut faire son apparition chez les blessés dans des circonstances assez différentes.

En 1872, Verneuil (4) fit, à l'Académie de médecine de Paris, une communication sur l'*ictère traumatique*. Il en distinguait trois variétés : à la première appartenaient les ictères faisant suite aux contusions et blessures du foie; à la seconde, l'ictère pyohémique, c'est-à-dire ces teintes ictériques ou subictériques qu'on voit survenir chez les opérés en proie à la pyohémie et qui sont du plus fâcheux augure; dans la troisième enfin, Verneuil rangeait ce qu'il considérait comme l'ictère traumatique proprement dit.

Il est aisé de s'apercevoir que les deux pre-

(1) H. Gilford. Sarcoma surrounding a concretion in the vermiform appendix; excision of cæcum; recovery. (*Lancet*, 29 juillet 1893.)

(2) W. Meyer. A successful case of colo-colostomy. (*Med. Record*, 24 nov. 1888.)

(3) C. Lauenstein. Zur Anlegung der Magendünndarmfistel. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 30 juin 1888.)

(4) Verneuil. L'ictère traumatique. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 sept. 1872.)

mières variétés ne rappellent en rien nos observations.

Quant à la troisième — l'ictère traumatique proprement dit —, il est bien difficile d'y voir une espèce étiologique. En effet, sur les 4 malades de Verneuil, deux étaient déjà des « hépatisants » : l'un avait une cholécystite calculeuse, l'autre une cirrhose, et chez tous deux l'ictère apparut assez longtemps après le traumatisme. Il semble donc que c'est par le « rappel de la diathèse », si bien exposé par Verneuil lui-même, qu'on serait en droit d'expliquer cet ictère intercurrent. Quant aux deux malades restants, ils étaient porteurs d'une affection septique (lymphangite, anthrax); de plus, l'ictère survint dans un délai assez considérable après le trauma — dix-sept jours dans un cas —; il semble donc qu'il y ait eu ici *ictère chez des blessés* beaucoup plus qu'ictère traumatique.

Il nous faut donc renoncer à trouver dans cette variété un tableau clinique comparable à celui que nous avons précédemment esquissé.

IV

On peut se demander alors s'il n'y a pas eu chez nos malades simple coïncidence d'un *ictère catarrhal* ou même *émotif* avec une opération. La chose est fort possible, mais peu vraisemblable. L'ictère catarrhal est généralement précédé de malaises, de troubles gastro-intestinaux qui, dans nos observations, faisaient défaut. Quant à l'ictère émotif, le caractère de nos patients et leur situation semblaient permettre de l'exclure : notre parturiente, fatiguée par un long travail — et comme la plupart de ses pareilles — ne demandait plus qu'à en finir. Quant à notre jeune hernieux, on l'opérait sur sa propre demande et il ne manifestait aucune appréhension.

D'ailleurs, si ces ictères avaient l'émotivité pour unique ou principal facteur, ils devraient être extrêmement communs. On devrait même les rencontrer avant les interventions, bien des malades ayant tout loisir d'envisager l'opération qu'ils vont subir. Or, les ictères dont nous nous occupons sont extrêmement rares et je ne sache pas qu'on ait signalé beaucoup de cas de jaunisse chez les personnes en passe d'être opérées : pour notre part nous n'en avons jamais vu.

Nous venons de dire que la physionomie de ces ictères était celle d'un ictère franc, de ceux qu'on désigne sous le nom d'ictères biliphéiques ou par rétention biliaire. Mais, après les remarques plus haut citées de M. W. Meyer, on peut se demander si dans les observations de cet auteur, dans les nôtres et dans celles qui leur ressemblent, il ne s'agissait pas d'*ictères hémaphéiques*. La chose est encore possible; nous en doutons cependant. Comme on le sait, les ictères hémaphéiques s'observent en général à la suite de graves altérations du sang, altérations qui retentissent sur la cellule hépatique et sa sécrétion, que la cause productrice soit d'origine toxique ou infectieuse. Or, pas plus dans nos cas que dans ceux de M. Meyer et de M. Lauenstein, ne semblaient exister de pareilles conditions. Nos deux malades n'étaient sous le coup ni d'une intoxication, ni d'une infection permettant de supposer des altérations graves du sang.

Il est vrai qu'on a également observé de ces ictères dits hémaphéiques comme conséquence de la résorption de vastes épanchements sanguins. Mais ce n'était pas non plus le cas chez nos patients et la chose était bien improbable pour ceux de M. Meyer et de M. Lauenstein : l'entéro ou la gastro-entéro-anastomose sont, en effet, le plus souvent des opérations à peu près exsangues. Nous ne voyons donc aucune raison pour justifier les suppositions, d'ailleurs gratuites, de M. Meyer.

V

Un certain nombre d'auteurs (Bastianelli, Bandler, Stocker, Mintz, Marten, Cohn) ont enfin signalé des cas d'*ictère grave* consécutifs aux opérations sous chloroforme (1). Dans un travail récent, M. Ballin (2) a réuni ces diverses observations et esquissé le tableau clinique de cette grave complication : un jour ou deux après l'opération apparaît un léger ictère, accompagné de vomissements parfois sanguinolents; les jours suivants l'ictère se fonce, pendant que fièvre, délire ou coma, albuminurie, vomissements surviennent ou s'accentuent. La terminaison mortelle est la conséquence presque fatale de ces ictères graves, puisque sur 10 observations elle a été notée 9 fois. M. Ballin, ainsi que la plupart des auteurs qu'il cite, considère ces ictères graves comme dus à une intoxication par l'anesthésique, qui, dans ces faits, avait toujours été le chloroforme.

Toutefois, il est bon de noter que plusieurs de ces cas d'ictère grave sont imputables à une infection pyohémique avec localisation hépatique. Mais, qu'il s'agisse d'infection bactérienne ou d'intoxication chloroformique, on conviendra que le type de nos observations ne rappelle nullement celui des faits groupés par M. Ballin. Nous pensons, de plus, que chez nos malades ou ceux de M. Meyer, de M. Lauenstein, de M. H. Gilford, on ne peut guère invoquer une infection hépatique partie de la plaie opératoire, étant donné que celle-ci évolua, selon toute apparence, d'une manière aseptique.

Par contre, nous sommes obligés de tenir compte de l'influence possible des narcoses chirurgicales sur l'apparition de la jaunisse. M. Nothnagel fut le premier à observer un tel ictère dans des expériences sur les animaux, mais, depuis ses investigations, les articles et les traités spéciaux en font à peine mention.

Ce mutisme ou cette concision trouvent leur explication dans l'extrême rareté des ictères survenant dans ces conditions.

De nos jours, les recherches statistiques étendues auxquelles ont donné lieu les discussions sur la valeur relative des anesthésiques nous ont procuré quelques renseignements plus positifs.

Dans son enquête auprès des chirurgiens scandinaves, enquête qui a porté sur 15,052 narcoses, M. Lindh (3) n'a relevé que 10 cas d'ictère, à savoir : 0.079 % avec la narcose chloroformée (9 cas pour 11,284 anesthésies), 0.047 % avec la narcose éthéro-chloroformée (1 cas pour 2,122 anesthésies), néant avec l'éther seul (1,279 cas), le bromure d'éthyle (362 cas), le bromure d'éthyle associé au chloroforme (5 cas).

D'après un chirurgien russe, M. Grube (4), sur les 40,000 anesthésies pratiquées à l'hôpital de Kharkov, de 1859 à 1896, on n'aurait observé qu'une seule fois l'ictère.

Enfin, au cours d'une discussion récente à la Société de chirurgie de Paris, M. Delbet (5), en parlant de l'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme, émit l'opinion que l'emploi successif de ces deux substances semblait être particulièrement toxique pour la cellule hépatique, beaucoup de patients anesthésiés par ce procédé présentant de l'ictère. Par contre, M. Richelot déclara n'en avoir jamais observé.

Comme on le voit, l'ictère aurait été rencontré avec presque tous les anesthésiques généraux, mais de préférence avec le chloroforme.

Les données physiologiques sur lesquelles on peut étayer l'hypothèse d'un ictère par intoxication chloroformique sont pourtant assez contradictoires.

Dans des expériences sur le chien, M. Nothnagel aurait souvent constaté des urines ictériques. MM. Drapier (1), Kast, Mester (2) Oliari (3) ont également vu des pigments biliaires ou de l'urobiline dans les urines de quelques opérés. M. Hofmeier (4) accuse même l'emploi obstétrical du chloroforme de favoriser l'apparition d'ictères vrais chez les nouveau-nés.

Par contre, MM. Kappeler, Zeller, Vidal, dans de nombreuses recherches sur les animaux ou sur l'homme, n'ont pas trouvé trace de pigments : deux fois seulement M. Vidal a rencontré de l'urobiline.

De ces données, il semble donc résulter que l'élimination des matières colorantes de la bile par les urines après l'inhalation de chloroforme ou d'éther est réellement exceptionnelle ou ne se produit qu'en des proportions extrêmement faibles. Et, en ce qui concerne l'urobiline, vu sa grande diffusibilité, il faudrait supposer une excrétion considérable de cette substance pour qu'un ictère en fût la conséquence.

Dès lors, étant donnée la rareté de l'élimination des produits biliaires par les urines, d'une part, celle de l'ictère chirurgical, d'autre part, il est fort tentant d'imputer aux seuls anesthésiques, c'est-à-dire à une intoxication, toutes les jaunisses apparaissant deux ou trois jours après une opération ayant nécessité la narcose générale. Toutefois, à y regarder d'un peu près, cette conclusion semble devoir perdre de sa légitimité, au moins dans certains cas.

VI

Comme nous l'avons vu, M. Nothnagel, et après lui la plupart des expérimentateurs, mirent les manifestations biliaires au compte d'une altération du foie, d'origine toxique. On note, en effet, de petites dégénérescences ou des hémorrhagies hépatiques chez les animaux ou les individus succombant sous le coup d'une anesthésie chloroformique.

Que cette explication soit recevable pour les cas de mort par chloroforme, ou pour ceux qu'a signalés M. Ballin et où l'on se trouvait en présence d'un véritable ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie, tout comme dans l'intoxication par le phosphore, nous n'y voyons rien à redire. Mais de ces accidents mortels ou presque mortels à ceux qui ont été observés par nous et par quelques autres auteurs, il nous semble qu'il y a loin. Les doses de chloroforme inhalées par nos malades furent minimes, et pourtant ils ont offert une pigmentation très nette. Supposé que celle-ci eût relevé d'une intoxication, il faudrait admettre des lésions sérieuses du foie, lésions qui auraient dû se traduire en clinique par des réactions autrement vives que celles que nous avons notées : il se serait produit, par exemple, une sorte d'ictère grave au petit pied, comme dans la maladie de Weil ou comme dans une observation personnelle de M. Ballin. Chez nos patients, il y a donc disparité entre le phénomène ictère et les symptômes généraux.

Il est une autre raison militant contre l'intoxication en tant que facteur unique de l'ictère chirurgical. Tout anesthésié est en somme un intoxiqué : comment se fait-il alors que l'ictère ne soit pas plus commun? On ne le rencontre qu'une fois sur 1,500 anesthésies (Lindh), c'est-à-

(1) On peut rapprocher de ces faits une observation de M. Marfan (*Mercredi méd.*, 1892, p. 593) où un ictère grave, suivi pourtant de guérison, apparut à la suite d'un empoisonnement causé par l'ingestion de 60 grammes de chloroforme.

(2) M. Ballin. Acute yellow atrophy of the liver as a sequela to appendectomy. (*Ann. of Surgery*, mars 1903.)

(3) A. Lindh. Sammanställning af narkosstatistiken fraan de nordiska länderna för aaret 1 mars 1894 till 1 mars 1895. (*Nord. med. Arkiv*, 1895, XXVII, 4-5.)

(4) W. Grube. Zur Lehre von der Chloroform-Narkose. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, LVI, 1.)

(5) Delbet. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 12 févr. 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 60.)

(1) C. Drapier. Contribution à l'étude des anesthésiques sur la nutrition. (*Thèse de Paris*, 1886.)

(2) Cités par E. Vidal. Influence de l'anesthésie chloroformique sur les phénomènes chimiques de l'organisme. (*Thèse de Paris*, 1897.)

(3) A. Oliari. Dell'urobilinuria nei chloroformizzati. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma*, sept. 1901 et *Semaine Médicale*, 1902, p. 95.)

(4) Hofmeier. Ueber den Einfluss der Chloroformnarkose auf den Stoffwechsel der ersten Lebenstage. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 avril 1883.)

dire que l'intoxication par chloroforme ou éther ne serait guère plus fréquente que la mort par ces substances.

VII

Chez nos malades, il faut donc recourir, comme l'observation clinique nous y oblige d'ailleurs, à l'hypothèse d'une rétention biliaire.

Une rétention biliaire peut être la conséquence d'une polycholie, d'une obstruction ou d'un spasme. Des deux premiers mécanismes, nous ne parlerons pas : la polycholie, toute seule, est à bon droit négligée par les pathologistes comme un facteur d'ictère; quant à l'obstruction, on n'en voyait aucune cause chez nos patients, pas plus que dans les autres observations que nous avons citées.

Il faut donc s'en prendre au spasme.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, le spasme ne saurait être mis au compte de l'émotivité de nos malades.

Il est donc probable qu'il fut de nature réflexe, pathogénie que prévoyait déjà J. Simon (1).

Quel fut le point de départ de ce réflexe?

Théoriquement, il peut être quelconque. Toutefois, on sera frappé de ce fait que la plupart des observations d'ictère chirurgical — bénin ou grave — relatées par M. Ballin ou par nous, concernent des interventions abdominales ou juxta-abdominales. Notre hernieux, par exemple, bien que l'opération se passât en dehors du ventre, fut exposé aux tiraillements de son péritoine; notre accouchée subit des manœuvres intra-utérines, et l'on sait avec quelle facilité les moindres irritations utérines amènent des phénomènes spasmodiques dans les organes abdominaux : on en a la preuve dans les crampes, les renvois, les vomissements qui accompagnent les périodes menstruelles, les inflammations utérines ou para-utérines, le début de la grossesse et le travail. La seule exception qu'on puisse citer est un cas de M. Marten, où il s'agissait d'une résection de la mâchoire; mais les détails de cette observation permettent de songer à un ictère infectieux ou pyohémique.

Le péritoine est bien loin en effet d'être la membrane insensible qu'on s'imagine généralement.

Mettant à profit les interventions sous anesthésie locale, M. Lennander (2) a naguère étudié les réactions du péritoine humain à l'égard de divers excitants : il a pu ainsi constater que le feuillet pariétal était en général sensible à la douleur et que le feuillet viscéral de l'estomac, de l'intestin, du mésentère et de la vésicule biliaire réagit à la douleur, au toucher, à la chaleur et au froid. Certaines zones au voisinage des reins et de la colonne vertébrale lombo-sacrée seraient peu ou point sensibles.

L'inflammation peut d'ailleurs modifier la nature ou l'intensité des réactions de la séreuse.

VIII

Dans l'avenir, ces quelques observations seront sans doute étendues et précisées, mais, dès maintenant, il est permis de supposer que, dans divers états pathologiques et dans certaines conditions topographiques, les réflexes partis du péritoine ou de son voisinage immédiat (globe utérin, séreuse inguino-herniaire) peuvent s'accompagner de spasmes biliaires, tout comme, à l'état physiologique ou pathologique, on voit des spasmes gastro-intestinaux faire suite à des irritations déterminées.

Toutefois, je suis bien éloigné de refuser toute importance à l'intoxication et aux lésions hépatiques. Il est très admissible que la première produit des altérations qualitatives ou quantitatives de la bile par l'intermédiaire de la cellule hépatique. Cette action directe sur le foie ressort des expériences que nous avons citées et même de notre seconde observation : on sait, en effet, combien les femmes enceintes sont exposées à certaines affections hépatiques, et en particulier à l'ictère grave.

Il est bon aussi de se rappeler avec Hanot que, chez certains sujets, la cellule hépatique offre une vulnérabilité spéciale, en quelque sorte congénitale.

Nous pensons donc que tous les facteurs énumérés — altérations du sang, de la bile, du foie; insuffisance de la cellule hépatique; spasme réflexe d'origine péritonéale — concourent à produire les ictères bénins dont nous venons de nous occuper, et même les ictères graves, à cette différence près que dans ces derniers le facteur toxique l'emporte. Pris individuellement, ces divers facteurs ne peuvent rien, mais leur rencontre fortuite chez le même sujet amène l'ictère. La multiplicité même de ces facteurs fait de leur coexistence un véritable hasard; aussi s'explique-t-on parfaitement la rareté du phénomène.

En résumé, à côté des ictères chirurgicaux par pyohémie, par contusion ou blessure du foie, par rappel de la diathèse, par intoxication chloroformique — ictères dont la signification pronostique est généralement grave —, on peut observer chez les opérés des ictères bénins et passagers, dus à une simple rétention biliaire dont le principal facteur est sans doute un réflexe parti de préférence de la région abdominale. Un certain degré de prédisposition hépatique ou d'intoxication favorise leur apparition.

Dr R. de Bovis,
Professeur à l'École de médecine de Reims.

(1) J. Simon. Article « Ictère » *in* Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques de Jaccoud.

(2) K. G. Lennander. Om känselm inom peritonealhaalan och om lokal och allmän narkos vid braack- och bukoperationer. (*Upsala läkareförenings förhandlingar*, 1900-1901, VI, 5-6, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 223.)

LETTRES DE BELGIQUE

Bruxelles, le 6 septembre 1903.

Le onzième Congrès international d'hygiène et de démographie, qui s'est ouvert en cette ville le 2 septembre, aura terminé ses travaux à l'heure où paraîtront ces lignes. Chargé d'en rendre compte aux lecteurs de la *Semaine Médicale*, j'ai pu suivre les plus importantes des discussions qui y ont eu lieu; toutefois, nombre de questions, parmi celles qui y ont été étudiées, sont, de par leur nature même, d'intérêt trop spécial pour trouver utilement place ici. J'ai donc dû faire un choix, et cette manière de procéder m'était d'autant plus imposée que le Congrès ne comprenait pas moins de huit sections, dont chacune avait à son ordre du jour un nombre assez élevé de questions (14 pour une d'entre elles !), le nombre de rapporteurs désignés pour chaque sujet s'élevant parfois jusqu'à 6 : au total — qu'on nous excuse de donner ces chiffres, mais ils sont éloquents —, plus de 200 rapports figuraient à l'ordre du jour.

Qu'une telle quantité de travaux à accomplir en si peu de temps soit de nature à faire progresser beaucoup la science, c'est un point que je laisse à de plus compétents le soin d'élucider, n'ayant pas l'intention de refaire ici le procès, déjà tant de fois instruit, des Congrès en général. Ce que je tiens toutefois à signaler, c'est que l'organisation du présent Congrès a paru se ressentir un peu de cette « pléthore »; c'est ainsi que nombre de rapports n'ont été distribués qu'au dernier moment ou n'ont même pas été distribués du tout, de sorte que leurs auteurs ont dû se borner à les exposer oralement devant les sections respectives.

Les rapports de la tuberculose de l'homme avec celle des bovidés.

Les nombreuses recherches suscitées par l'évolution qu'ont subie dans ces dernières années, à la suite de la communication de M. R. Koch au Congrès de Londres, les opinions relatives à l'unicité ou à la dualité de la tuberculose, et les conséquences qui en découlent au point de vue de la protection de la santé publique, justifiaient amplement qu'un pareil sujet fût mis à l'ordre du jour d'une réunion spécialement consacrée à l'étude des questions d'hygiène.

Le sujet avait été défini, par le Comité d'organisation, dans les termes suivants : la tuberculose humaine et celle des animaux domestiques sont-elles dues à la même espèce microbienne, le bacille de Koch ?

Ainsi posée, la question était difficile à résoudre. Et d'abord, que faut-il entendre par animaux domestiques? S'agit-il seulement des mammifères, ou bien les oiseaux de basse-cour ou d'appartement (gallinacés, perroquets) rentrent-ils aussi dans le cadre de la discussion? Disons tout de suite que, pour la majorité des rapporteurs, la tuberculose aviaire était à éliminer, et qu'en tout cas, en ce qui la concerne, la réponse ne pouvait guère être que négative; seul, M. Gratia (de Bruxelles) a assez longuement étudié ce côté de la question, et a conclu d'une façon très ferme que l'agent pathogène de cette forme de tuberculose est le bacille de Koch, mais un bacille adapté à des conditions biologiques tout à fait particulières, constituant une variété ou une race nettement différenciée et qui, pratiquement, peut être considéré comme très peu dangereux pour l'homme.

Quant aux rapports entre la tuberculose humaine et celle des autres mammifères, notamment des bovidés, on peut dire que la question n'a pas fait un pas bien sensible à la suite des présents débats, car aucun fait nouveau n'a été apporté. La majorité des rapporteurs, M. Gratia, M. de Jong (de Leyde), M. Arloing (de Lyon), M. Fibiger (de Copenhague), se montrent hautement favorables à la doctrine de l'unicité, et insistent longuement sur les diverses raisons — déjà maintes fois exposées dans ce journal même — qui militent en faveur de leur opinion. M. Schütz, le collaborateur de M. Koch, devait présenter un rapport; à sa place, c'est M. Kossel (de Berlin) qui est venu défendre la thèse du chef de l'école bactériologique allemande, en s'appuyant surtout sur les résultats des recherches faites par l'Office sanitaire impérial, qu'il a tout récemment communiqués à la Société de médecine berlinoise (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 242-243), et ses conclusions ont été vigoureusement soutenues, entre autres, par M. Löffler (de Greifswald) et M. Kirchner (de Leipzig). Mais que faut-il conclure de ces recherches, demandent les unicistes? Elles peuvent avec tout autant de raison être invoquées contre la théorie dualiste, puisqu'un certain nombre de bovidés ont été incontestablement infectés par des bacilles d'origine humaine; la seule déduction que l'on en puisse tirer, c'est que le bacille humain est sensiblement moins virulent pour le bétail que le bacille bovin, ce que personne ne songe à contester.



Au fond, il semble que l'on puisse assez facilement trouver un terrain de conciliation. Qu'il y ait des différences au point de vue de la virulence, sans doute aussi en ce qui concerne les caractères culturaux, etc., entre le bacille des bovidés et celui de l'homme, la chose n'est pas douteuse. S'agit-il là de différences spécifiques — en d'autres termes les deux microbes constituent-ils des espèces distinctes — ou bien simplement de variations correspondant à des races, lesquelles ont pris naissance par suite des conditions de milieu et sont devenues fixes, on ne saurait en décider pour le moment; au reste, c'est là une question de doctrine qu'un Congrès ne peut trancher à la pluralité des voix, ainsi que le fait fort justement remarquer M. Gratia, car, dans le domaine scientifique moins que partout ailleurs, l'opinion de la majorité ne saurait être considérée comme étant toujours l'expression de la vérité absolue. Peu importe, d'ailleurs; il suffit que le bacille bovin puisse à l'occasion infecter l'homme — et les dualistes les plus convaincus sont forcés d'admettre qu'il en est ainsi — pour que soient justifiées les mesures tendant à éviter la consommation de viande ou de lait provenant d'animaux tuberculeux.

La question était dès lors jugée; écartant du débat tout point doctrinal, l'assemblée vote une résolution qui, après avoir — pour donner satisfaction aux dualistes — déclaré que « la tuberculose humaine est particulièrement transmise d'homme à homme » porte que « il y a lieu de prescrire des mesures contre la possibilité de l'infection de l'homme par les animaux ».

Réglementation de la vente du lait destiné à la consommation.

Les fraudes multiples dont le lait est l'objet, et les graves conséquences que ces fraudes ont pour la santé publique, notamment en ce qui concerne la mortalité infantile, rendent nécessaires des mesures propres à assurer la pureté des produits de l'industrie laitière mis à la disposition des consommateurs. Mais l'ingéniosité des fraudeurs, d'une part, la variabilité de composition chimique du lait normal d'autre part, apportent de sérieux obstacles à la constatation et par suite à la répression de la fraude, ce qui explique les divergences profondes d'opinion des auteurs en matière de réglementation de la vente du lait.

Deux courants principaux se sont fait jour au Congrès, quand cette question a été discutée : les uns, avec M. Van Engelen (de Bruxelles), se basant principalement sur les résultats de l'analyse quantitative du lait, demandent que soit déclaré impropre à la vente tout lait qui, pour 100 c.c. mesurés à la température de 15° C., ne renfermera pas au minimum 11 gr. 50 centigr. de matières sèches et 2 gr. 60 centigr. de graisses; les autres, suivant en cela M. Bordas (de Paris), estiment qu'admettre une règle aussi précise serait vouloir laisser échapper le fraudeur — lequel, s'il a un lait dont la teneur en éléments utiles est supérieure au minimum légal, aura toute faculté de le diluer —, tout en exposant à des poursuites injustes le producteur qui, en raison de circonstances diverses, et dont il peut ne pas être responsable, aura obtenu un lait ne remplissant pas les conditions réglementaires; aussi, le seul moyen de déceler la fraude, c'est de comparer, au point de vue de leur composition chimique, un échantillon de lait prélevé chez le débitant et un échantillon recueilli par l'expert lui-même à l'étable. Mais, répond à cela M. Van Engelen, vous permettez ainsi la mise en vente de laits, naturels assurément, mais ayant une valeur alimentaire tout à fait insuffisante, tel celui d'une vache de race hollandaise qui produisait par jour la quantité énorme de 45 litres de lait renfermant un taux infime de matières grasses.

On le voit, la divergence entre les deux camps était profonde; à dire vrai, elle tirait surtout son origine du point de vue différent auquel se plaçaient M. Van Engelen et M. Bordas, le premier envisageant seulement les conditions que doit remplir un lait pour être propre à la consommation, le second visant plus particulièrement à réprimer la fraude.

Ce qui complique encore le problème, c'est que l'étude chimique du lait ne saurait suffire pour s'assurer des qualités de ce liquide au point de vue hygiénique, car elle ne renseigne en rien sur l'état de l'animal producteur : à cet égard, seule l'inspection sanitaire des étables offre quelque certitude; aussi un vœu tendant à rendre cette inspection obligatoire est-il adopté à l'unanimité. Finalement, on vote la conclusion proposée par M. Bordas, déclarant que l'« on ne doit considérer comme lait et vendre comme tel que le lait entier, c'est-à-dire un lait provenant de la traite complète et fourni par des vaches saines »; mais satisfaction partielle est donnée à M. Van Engelen, car l'assemblée émet le vœu que l'on fixe par région — il ne saurait y avoir en pareille matière de règle uniforme — le taux minimum de substances utiles que doit contenir le lait pour pouvoir être mis en vente; enfin, à la demande de M. Bordas, on adopte un vœu relatif à la prescription de mesures rendant impossible la confusion entre le lait pur et le lait écrémé, telles que vente de ce dernier dans des locaux spéciaux, ou sa dénaturation à l'aide de substances colorantes, etc.

Mode d'action et origine des substances actives des sérums préventifs et des sérums antitoxiques.

Nous serons bref sur cette question, d'intérêt plus théorique que pratique, et dont la solution paraît jusqu'ici avoir été poursuivie au moyen d'hypothèses, toutes sujettes à critique, plutôt que par la discussion serrée de faits positifs, indiscutables.

En ce qui concerne l'origine des substances actives, faut-il admettre qu'elles prennent naissance aux dépens de la cellule sensible, comme le soutient M. Ehrlich (de Francfort-sur-le-Mein), dont les travaux sur la question sont universellement connus? Pour cet auteur, la toxine s'unirait à une partie seulement de la cellule impressionnée, le récepteur; mais cette cellule tendrait à récupérer sa composition normale et par conséquent à reformer le récepteur dont la toxine s'est emparée; or, la réaction cellulaire dépassant le but, le récepteur est reproduit en quantité surabondante : l'excès quitte le protoplasme, se répand dans les humeurs et constitue l'antitoxine. Celle-ci, pour M. Ehrlich, serait donc identique au récepteur; or, fait observer M. Bordet (de Bruxelles), c'est précisément là le point faible du système, car nombre d'expériences plaident contre cette identité.

Pour M. Pfeiffer (de Königsberg), c'est dans les organes hématopoiétiques (moelle osseuse, rate, ganglions lymphatiques) que naissent les substances antitoxiques; mais tous ces organes ne sont pas à proprement parler hématopoiétiques, tandis que tous sont élaborateurs de phagocytes, et M. Metchnikoff (de Paris) tire argument de ce fait pour défendre sa théorie de l'origine phagocytaire des substances en question; M. Wasserman (de Berlin) insiste lui aussi sur l'importance du rôle des leucocytes dans la production des antitoxines.

Quant au mode d'action des sérums, c'est là un problème qui n'est pas moins ardu à élucider, et dont la solution ne paraît reposer jusqu'ici que sur de pures hypothèses. Pour les uns, en effet, et c'est là l'opinion de M. Ehrlich, la combinaison de la toxine et de l'antitoxine se fait en proportion fixe, invariable, à la façon d'une véritable combinaison chimique : de même qu'un acide et qu'une base neutralisent complètement leurs affinités pour former un sel, de même la toxine et l'antitoxine se neutraliseraient parfaitement pour donner un composé privé de toute action toxique ou antitoxique. Cette manière de voir est très vivement combattue par M. Bordet : si toxine et antitoxine se combinaient en proportions fixes, invariables, il arriverait, quand on verse un excès de toxine dans de l'antitoxine, que le mélange se composerait de toxine *tout à fait* neutralisée et de toxine *nullement* neutralisée; or, ce n'est pas du tout ce qu'on observe, car, bien au contraire, toute la masse de toxine se trouve plus ou moins atténuée. C'est pour expliquer ce fait d'ordre expérimental que M. Ehrlich a dû faire intervenir les toxones, mais ce n'est là de nouveau qu'une hypothèse ne reposant encore sur aucune base positive.

Parmi les autres questions d'ordre général qui ont été discutées, citons aussi l'*ankylostomasie*, affection parasitaire fréquente dans les pays houillers, et dont la prophylaxie, à en juger par les travaux du Congrès, consisterait surtout à éviter la souillure du sol des mines par les matières fécales; et la *valeur du sérum antidiphtérique au point de vue de la prophylaxie*, question qui a été rapportée par MM. Aaser (de Christiania), Ehrlich, Netter (de Paris), Spronck (d'Utrecht) et de Torday (de Budapest), lesquels ont tous conclu à l'efficacité préventive de la sérothérapie.

Dr F. Farnarier (de Paris).

LETTRES D'AMÉRIQUE

La prostatectomie aux Etats-Unis.

A plusieurs reprises déjà, j'ai eu l'occasion de montrer, dans celles de mes correspondances plus spécialement consacrées à l'état actuel de la chirurgie aux Etats-Unis, que d'une façon générale et même presque exclusive l'intérêt de nos confrères américains se concentrait sur les questions de technique opératoire et sur les perfectionnements qu'il est possible d'y apporter. La question du traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique en est une nouvelle preuve. Il y a peu d'années encore, c'était là un chapitre de chirurgie pour ainsi dire inconnu en Amérique, et le cathétérisme vésical était considéré comme le dernier mot dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. Depuis, cependant, des doutes se sont élevés sur l'utilité, voire sur l'innocuité d'une pareille thérapeutique, et il est juste de dire que, à l'heure actuelle, le traitement palliatif par la sonde est totalement abandonné, sinon par la généralité de nos confrères américains, du moins par ceux d'entre eux qui marchent à l'avant-garde du progrès chirurgical. Ceux-ci sont actuellement d'accord pour déclarer que le traitement rationnel de l'affection en question consiste dans une ablation précoce, même hâtive, de la glande hypertrophiée. Mais l'accord cesse quand il s'agit de déterminer quelle est la meilleure voie pour procéder à la prostatectomie. Disons dès maintenant qu'une tendance semble se dessiner qui ferait de la prostatectomie périnéale l'opération classique, habituelle, la voie haute ou sus-pubienne étant réservée à des cas spéciaux où l'intervention périnéale se trouverait contre-indiquée en raison de certaines conditions particulières.

C'est ainsi que M. le docteur James E. Moore, chirurgien en chef du *Northwestern Hospital* de Minneapolis et professeur de clinique chirurgicale à l'Université de l'Etat du Minnesota, tout en étant un des partisans les plus convaincus de l'opération périnéale systématiquement pratiquée, n'hésite pas, cependant, dans un nombre de cas relativement élevé, à renoncer à la voie périnéale en faveur de la voie sus-pubienne. Ce chirurgien estime que les progrès de la technique permettront dans un avenir peu éloigné d'avoir recours à la prostatectomie périnéale dans une proportion de faits encore plus forte qu'aujourd'hui.

Le point de départ des études faites par M. Moore sur les procédés d'ablation de la prostate remonte à des constatations qu'il eut l'occasion de faire au sujet du massage de cet organe par le rectum. Il remarqua, en effet, à ce propos, que dans les cas où la prostate est inaccessible par le rectum, il suffisait d'introduire une sonde dans la vessie et d'en diriger le bec en bas et en arrière peur rendre la prostate accessible dans toutes ses parties à la main placée dans le rectum. D'autre part, pour opérer par la voie sus-pubienne, on est obligé d'ouvrir la vessie, quelquefois même d'y pratiquer plusieurs ouvertures. Or, chacune de ces incisions faites sur un organe creux renfermant un contenu septique et virulent est inutile, puisque la cystite concomitante de l'hypertrophie prostatique a une tendance naturelle à guérir spontanément aussitôt après l'ablation de la glande hypertrophiée; elle est dangereuse, parce que l'ouverture du foyer infectieux que représente la vessie est susceptible de devenir le point de départ d'une infection généralisée et par conséquent fatale.

Quant à la possibilité de conserver intact l'urèthre prostatique en adoptant la voie sus-pubienne — comme M. Freyer, par exemple, l'a avancé à propos du procédé qu'il a fait connaître en Angleterre dans le courant de l'année dernière —, M. Moore pense qu'il s'agit là d'une simple utopie, en raison des connexions intimes que la glande contracte avec la paroi uréthrale au niveau où les canaux éjaculateurs et prostatiques pénètrent dans la paroi de l'urèthre.

Bien que l'expérience clinique ait prouvé qu'on peut sacrifier une zone étendue de l'urèthre prostatique sans que le fonctionnement normal de la vessie dans la miction s'en trouve notablement compromis, il y aurait avantage à conserver le plus possible de la paroi uréthrale, parce que plus la perte de substance est grande, plus la tendance au rétrécissement est marquée. Or, M. Moore estime que c'est encore en intervenant par la voie périnéale que l'on a le plus de chances de ménager l'urèthre. D'ailleurs, conformément aux idées émises et défendues par M. John B. Murphy (de Chicago), M. Moore pense qu'il n'est jamais utile de pratiquer l'ablation de cette sorte de pont glandulaire qui réunit les deux lobes prostatiques et que traversent les canaux éjaculateurs et prostatiques, puisque le pont en question n'est jamais le siège de l'hypertrophie, le lobe dit médian ou valvule de Mercier étant toujours un bourgeon greffé sur l'un des lobes latéraux de la prostate et subissant le sort du lobe latéral lors de l'ablation de celui-ci.

Un argument important de M. Moore en faveur de la voie périnéale est la plus grande facilité qui en résulte pour le drainage. Dans l'opération sus-pubienne, en effet, le drainage ne peut forcément être fait qu'en sens contraire à la pesanteur, d'où la persistance de clapiers purulents dans la vessie. C'est là un fait qui n'est pas sans présenter une certaine

importance, puisque dans la prostatectomie sus-pubienne on est souvent obligé d'avoir recours à une opération périnéale complémentaire n'ayant d'autre but que d'assurer l'efficacité du drainage.

La principale contre-indication admise par M. Moore est un état mou et friable ou très vasculaire de la prostate dans sa totalité ou en partie. En pareil cas, il donne la préférence à l'intervention sus-pubienne.

Quant aux détails de la technique de M. Moore, il y a peu de choses à signaler d'une manière particulière. Je dirai seulement, sans insister sur la position de Trendelenburg qu'il donne à ses malades, qu'aux incisions en Y ou en croissant généralement en usage en France, il préfère une longue incision antéro-postérieure allant du scrotum à l'anus. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que le chirurgien de Minneapolis croit utile d'agrandir l'incision en la complétant par un V renversé donnant naissance à l'Y classique.

La plupart des chirurgiens du Nord-Ouest partagent les idées de M. Moore. Je citerai notamment à Saint-Paul même, la ville jumelle, M. le docteur Archibald MacLaren, par qui j'ai vu pratiquer une prostatectomie suivant la même technique.

A Rochester du Minnesota, M. le docteur Charles H. Mayo donne également la préférence à l'opération périnéale. Cependant ce chirurgien reconnaît à l'intervention par la voie sus-pubienne des indications beaucoup plus étendues que ne le fait M. Moore. C'est ainsi, par exemple, que chez les sujets obèses il pratique toujours la prostatectomie sus-pubienne, combinée ou non suivant les cas avec une incision périnéale destinée à faciliter le drainage. C'est encore à la voie haute qu'il a recours si la vessie présente une dilatation considérable. Il en est de même lorsque le réservoir urinaire renferme des calculs, ou quand il s'agit d'une opération secondaire, la vessie ayant été explorée une première fois lors d'une taille sus-pubienne faite pour calcul ou toute autre cause.

Contrairement à M. Moore, M. C. H. Mayo donne, pour la prostatectomie, la préférence à l'incision curviligne transversale, parce qu'il estime que, créant ainsi une vaste cavité comparable à celle du vagin, on obtient un meilleur accès vers les parties profondes de la loge prostatique.

A Chicago, M. le docteur Albert J. Ochsner a longtemps été un partisan décidé de la voie sus-pubienne pour la prostatectomie totale. Actuellement, il a presque complètement abandonné ce procédé pour la voie périnéale, sauf dans les cas où il existe un lobe faisant une saillie notable à l'intérieur de la cavité vésicale. Un des principaux avantages que M. Ochsner reconnaît à l'intervention périnéale, c'est qu'elle permet d'établir après l'opération un drainage satisfaisant de la vessie, laquelle se trouve généralement infectée chez les sujets atteints d'hypertrophie de la prostate. Ce chirurgien a également adopté l'incision en fer à cheval pour ouvrir la loge prostatique.

En somme, si le traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'ablation de l'organe ne saurait encore être considéré comme une question définitivement réglée parmi les chirurgiens américains, l'entente s'est néanmoins établie sur un certain nombre de points essentiels. La question reste à l'ordre du jour et on continue à lui porter un vif intérêt, ainsi qu'en ont témoigné les discussions auxquelles j'ai eu l'occasion d'assister dans différents congrès et sociétés savantes. Il est vraisemblable que, dans un avenir plutôt rapproché, la prostatectomie passera à l'état de question classée, tout comme l'appendicectomie.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Hystérectomie abdominale totale précésarienne, par M. Jean Roger. In-8°, 21 p. avec fig. Alexandrie, 1903.

Chez une jeune femme arabe, primipare, en travail depuis trois jours — durant lesquels elle avait été confiée aux « soins » peu aseptiques de matrones indigènes —, l'auteur dut pratiquer d'abord l'opération césarienne pour un rétrécissement extrême du bassin, puis, le surlendemain, une hystérectomie abdominale totale nécessitée par des accidents d'infection péritonéale, vraisemblablement dus à l'ensemencement du péritoine par le liquide amniotique au cours de l'hystérotomie; la malade n'en succomba pas moins. Cela étant, M. Jean Roger s'est demandé si, dans les cas de ce genre, afin d'éviter tout risque de contamination péritonéale par le contenu septique de l'utérus au moment où l'on incise ce dernier, il ne conviendrait pas de faire une hystérectomie *précésarienne*, c'est-à-dire d'enlever complètement l'utérus par voie abdominale et de le confier aussitôt à un aide chargé d'en extraire le fœtus.

Une première question se posait : l'interruption de la circulation placentaire — de si brève durée qu'on veuille la supposer —, avant l'extraction de l'enfant, n'aurait-elle pas pour effet de produire chez celui-ci des phénomènes d'asphyxie? L'auteur a cherché à élucider expérimentalement ce point, en opérant sur une chèvre à terme, dont l'utérus renfermait deux chevreaux : après avoir pédiculisé en masse le kyste fœtal à sa base, à l'aide de deux rangées de clamps entre lesquels porta la section, il « jeta la pièce dans les bras d'un aide » qui l'ouvrit aussitôt et en retira les deux petits parfaitement vivants; trente secondes environ s'étaient écoulées depuis la pose du premier clamp jusqu'à la mise au jour des deux fœtus.

D'ailleurs, pour réduire au minimum la durée de cet intervalle entre la cessation de la circulation placentaire et l'établissement de la respiration fœtale, on peut ne sectionner les vaisseaux utérins qu'en dernier lieu, quand toutes les autres connexions de l'utérus ont été supprimées. Voici comment M. Jean Roger décrit l'opération, telle qu'il l'a pratiquée sur le cadavre :

On ouvre la cavité abdominale et on extériorise l'utérus, puis on lie les vaisseaux utéro-ovariens et les ligaments ronds, on décolle la vessie et on effondre les ligaments larges; l'utérus étant soulevé par un aide, de façon à bien dégager le bassin, et maintenu perpendiculaire au plan du détroit supérieur, on pince les insertions vaginales au moyen de deux rangées de clamps, entre lesquelles on procède à la section du vagin avec le thermocautère. L'utérus ne tient plus alors que par les vaisseaux utérins, qui sont à leur tour sectionnés entre deux pinces : le kyste fœtal est aussitôt confié à un aide qui l'ouvre et en retire l'enfant; l'opération est enfin terminée par la ligature des vaisseaux utérins, la suture du vagin, la « péritonisation » du bassin, etc.

Pour l'auteur, cette intervention *pourrait* remplacer l'opération de Porro dans les cas où la tête fœtale n'est pas encore engagée dans l'excavation; elle *devrait* lui être préférée toutes les fois que l'infection utérine est probable, ou seulement possible. — F. F.

De la valeur séméiologique de l'hydropisie de l'amnios dans l'auto-intoxication gravidique, par M. Véron.

On sait que trois grands facteurs dominent, par leur fréquence, l'étiologie de l'hydramnios : la syphilis, le mal de Bright et les affections cardiaques.

En ce qui concerne particulièrement les brightiques, l'hydropisie de l'amnios s'accompagne généralement, chez elles, d'autres accidents provoqués par les lésions rénales, tels qu'anasarque, albuminurie, troubles de la vue, lumbago, douleurs épigastriques, céphalalgie, vomissements, etc., et il est rare de voir l'hydramnios traduire, à elle seule ou à peu près, l'insuffisance fonctionnelle de l'émonctoire urinaire ainsi que celle des autres appareils d'assimilation et de désassimilation habituellement lésés dans l'auto-intoxication gravidique. Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler l'observation publiée par M. Véron et qui a trait à une primipare de seize ans, hospitalisée à la Maternité de Rennes, dans le service de M. le professeur Perret, et chez laquelle l'auto-intoxication gravidique ne s'est révélée, pendant la plus grande partie de la grossesse, que par l'hydropisie de l'amnios. Cette hydropisie est restée, jusqu'à l'époque de la parturition, le signe le plus appréciable de l'auto-intoxication. Ce n'est que durant les trois dernières semaines de la gestation qu'à l'hydramnios est venu s'ajouter un œdème localisé aux membres inférieurs et à la région sus-pubienne. *L'albuminurie a toujours fait défaut.*

Soumise, pendant le dernier mois de sa grossesse, au régime lacté, partiel d'abord, absolu ensuite, la patiente présenta néanmoins deux crises d'éclampsie. Mais tout porte à croire que les accidents éclamptiques auraient été beaucoup plus graves, si l'on n'avait pas eu soin de recourir à la diète lactée.

Au point de vue pratique, la conclusion qui se dégage de cette observation, ainsi que de quelques autres faits analogues déjà signalés, c'est qu'en présence d'une grossesse compliquée d'hydropisie de l'amnios — lorsqu'il est impossible, pour expliquer cette complication, d'invoquer soit la syphilis des générateurs, soit un état pathologique de la mère, tel que cardiopathie ou tuberculose — il convient de songer, même en l'absence d'albuminurie, à l'auto-intoxication gravidique et d'instituer, en conséquence, un traitement approprié, notamment le régime lacté. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.) — L. CH.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Nouvelles expériences concernant la nature et le traitement de la fièvre de foin, par M. A. Thost.

L'asthme de foin constitue aujourd'hui un syndrome plutôt qu'une affection, syndrome dont les éléments sont extrêmement variables, leur nombre augmentant ou diminuant, selon l'idée que chaque auteur se fait relativement à la nature, à l'étiologie et à la pathogénie de l'affection. Multiples sont en effet les théories qui cherchent à expliquer l'étiologie et la pathogénie de cette maladie. A la conception primitive qui la considérait comme l'effet d'une irritation spéciale de la seule muqueuse nasale par le pollen des graminées, survenant à une époque déterminée de l'année, d'autres se sont ajoutées successivement qui ont voulu établir une identité entre la fièvre de foin d'un côté, le coryza dit spasmodique, l'hydrorrhée nasale, l'asthme bronchique, etc., de l'autre. On comprend qu'à cette variété de conceptions quant à la nature de l'affection correspondent des divergences en ce qui concerne le traitement, et rien ne prouve mieux, en effet, notre impuissance thérapeutique que le nombre des moyens proposés en vue de combattre l'asthme de foin.

Ce sujet nécessite donc de nouvelles études et de nouvelles expériences. Une tentative intéressante a été faite dans cette voie par M. Dunbar, directeur de l'Institut d'hygiène de Hambourg, dont M. Thost relate aujourd'hui les recherches qui, si elles venaient à être confirmées, auraient pour résultat de restreindre le cadre de l'état morbide en question en le ramenant à sa conception primitive.

M. Dunbar est en effet parvenu à isoler du pollen des graminées un poison qui n'est autre que la matière albuminoïde fixée sur les granules d'amidon se trouvant à l'intérieur des grains de pollen. Ce poison est soluble dans la salive, les larmes, le mucus nasal et le sérum sanguin. Introduit en solution dans les fosses nasales ou les yeux de personnes prédisposées, il provoque, même en plein hiver, tous les symptômes de la fièvre de foin, accompagnés, lorsque la solution a été introduite par la voie sous-cutanée, de vertige, de douleurs thoraciques, d'enrouement, de démangeaisons et de troubles respiratoires allant jusqu'à la suffocation. Chez les individus non prédisposés, la réaction est au contraire insignifiante.

M. Dunbar put ensuite, en injectant la substance active à des cobayes, à des chèvres et à des chevaux, obtenir un sérum qui conférait aux personnes prédisposées à la fièvre de foin une immunité de très courte durée contre l'action de la toxine, et procurait un certain soulagement à celles qui présentaient déjà un ou plusieurs symptômes de la maladie artificiellement provoquée. Les injections d'un mélange de sérum et de toxine n'étaient suivies d'aucun effet, même chez les individus prédisposés.

Ces expériences ont été faites sur un très grand nombre de sujets et ont toujours donné les mêmes résultats. Leur intérêt théorique est incontestable. Mais, avant de leur accorder une valeur définitive, il est sage d'attendre qu'elles

soient confirmées par d'autres expérimentateurs : ce qui leur manque avant tout, c'est la preuve qu'il existe une identité parfaite entre la fièvre de foin spontanée et les troubles déterminés artificiellement par la toxine des graminées. Toutefois, lors même que cette preuve ne serait pas faite, les expériences de M. Dunbar ne nous fourniraient pas moins un moyen de diagnostic d'une certaine valeur, qui permettrait de différencier la vraie fièvre de foin d'un grand nombre d'autres affections auxquelles on a voulu la rattacher et qui n'ont avec elle rien de commun. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin 1903.) — S. J.

Présence de protozoaires dans le sang des sujets atteints de typhus exanthématique, par M. E. Gotschlich.

Dans 6 cas typiques de typhus exanthématique, l'auteur a réussi à déceler, dans le sang, la présence d'un protozoaire qui, de par ses caractères morphologiques, se rapprocherait de l'agent pathogène de la fièvre du Texas (*Apiosoma* ou *Pyrosoma* ou encore *Pyroplasma bigeminum*, Smith). Le parasite observé par M. Gotschlich se présente sous trois aspects : tantôt il se trouve à l'intérieur des globules rouges (*forme endoglobulaire*), tantôt il évolue librement dans le liquide sanguin, affectant soit la forme *kystique*, soit celle de *corps flagellés*.

Dans la variété endoglobulaire, le protozoaire est piriforme et ses dimensions varient de 1 μ à la moitié d'une hématie. De la juxtaposition de deux corpuscules de ce genre résultent des formations rappelant, par leur aspect, des haltères ou des pyrosomes. Parfois on observe aussi des formes amiboïdes et des bâtonnets. Les contours du parasite, lisses et réguliers, se colorent, le plus souvent, d'une façon plus intense que les parties centrales, où l'on voit de petites granulations qui, dans la coloration d'après le procédé de M. Romanovsky, apparaissent en rouge sur le fond bleu de la masse protoplasmique. Sur une préparation vivante et non colorée, le parasite présente des mouvements spontanés énergiques : s'agit-il de la forme en bâtonnet, on a l'impression d'un bacille qui danserait à l'intérieur du globule sanguin, s'abaissant et s'élevant tour à tour; les parasites piriformes, plus volumineux, se heurtent contre la paroi de l'érythrocyte et la font bomber au dehors, de sorte que les contours du globule rouge se modifient, pour ainsi dire, sans cesse. Quelquefois, l'hématie infectée est prise, en entier, d'un mouvement oscillatoire *in situ*, au milieu de globules normaux et complètement immobiles.

La variété kystique offre une forme ronde ou ovale et atteint, la plupart du temps, la grosseur d'un érythrocyte. Le petit kyste prend assez mal les couleurs, mais il renferme un certain nombre (de 3 à 6) de corpuscules sphériques ou piriformes fortement colorés. L'auteur serait porté à croire que ces kystes représentent une forme de sporulation.

Enfin, dans 4 cas, M. Gotschlich a observé, à côté des deux variétés sus-mentionnées, des formes flagellées, rappelant par leur aspect des spermatozoïdes et constituées par un corps ovale portant un long flagellum entortillé. Des formations analogues paraissent, du reste, avoir été notées dans le sang des sujets atteints de typhus exanthématique par MM. Levachev, Mott, Hlava, Thoinot et Calmette.

Sans doute, le nombre des faits sur lesquels se base le présent mémoire est encore restreint; de plus, les trois formes du parasite n'ont été observées concurremment que chez un malade, les autres cas ayant fourni seulement deux variétés, voire même la seule forme endoglobulaire. Enfin, les parasites étaient loin d'être nombreux dans chaque préparation, ce qui tient, peut-être, à ce que le sang soumis à l'examen a été retiré du doigt et non pas des organes internes. Quoi qu'il en soit de ces objections, il n'en reste pas moins qu'il s'agit ici non pas de produits de dégénération des éléments sanguins, mais d'un parasite qui ne se confond, d'ailleurs, nullement avec l'hématozoaire du paludisme.

En terminant, l'auteur fait remarquer que si les recherches ultérieures confirmaient la présence constante du parasite en question dans le sang des sujets atteints de typhus exanthématique, cette constatation cadrerait bien avec les données épidémiologiques concernant cette maladie, qui s'observe surtout, comme on le sait, dans les prisons, dans les asiles et, d'une façon générale, dans des locaux infestés par des punaises, lesquelles seraient susceptibles de jouer un rôle important dans la propagation du protozoaire. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 mai 1903.) — L. CH.

Un symptôme non encore apprécié du rachitisme, par M. R. Neurath.

L'auteur a depuis longtemps remarqué, chez les rachitiques, l'existence d'un symptôme qui permettrait de poser le diagnostic de rachitisme, pour ainsi dire, à distance, et qui consiste en une déformation particulière du squelette des phalanges : leur portion moyenne est épaissie, tandis que leurs extrémités conservent un volume normal et paraissent comme enfoncées entre les parties hypertrophiées. Lorsqu'on examine la main du petit patient à la lumière, le contour des doigts rappelle celui d'un collier de perles. Cet aspect devient encore plus net si l'on a soin de regarder la main de profil, ce qui tient à ce fait que l'hypertrophie porte principalement sur la face dorsale de la phalange.

Au niveau des parties hypertrophiées, la peau conserve son état normal; toutefois, elle paraît tendue et se laisse difficilement plisser.

Plus rarement, la déformation des doigts revêt un autre caractère : tantôt la phalange et la phalangine forment un cône, en même temps que l'on constate un épaississement dorso-palmaire de la phalangette, le squelette du doigt affectant ainsi, dans son ensemble, l'aspect d'une quille très mince; tantôt il existe une déformation de la phalangette en baguette de tambour.

M. Neurath n'a pas eu l'occasion d'étudier le substratum anatomique du phénomène en question. L'examen radiographique, tout en mettant en évidence les limites irrégulières des larges zones d'ossification caractéristiques du rachitisme, a permis de reconnaître l'absence de toute altération osseuse dans les parties épaissies, de sorte que l'hypertrophie semble devoir être attribuée à des productions périostiques, dépourvues de sels de chaux et qui ne donnent pas d'ombre appréciable sur l'image radiographique.

L'altération dont il s'agit ne s'observerait que dans le rachitisme et serait particulièrement fréquente au cours de la première année de la vie. Chez les enfants ayant dépassé un an, elle serait l'indice d'une forme grave de rachitisme, s'accompagnant toujours d'une hypertrophie considérable des épiphyses et des extrémités des côtes.

On peut à peine confondre cette déformation avec la phalangite hérédo-syphilitique, qui porte principalement sur la phalangette et donne lieu à une déformation en tronc de cône, tandis que le processus rachitique intéresse, dans une égale mesure, toutes les phalanges et leur communique un aspect fusiforme. Le diagnostic différentiel d'avec le *spina ventosa* tuberculeux ne présente guère de difficultés.

En ce qui concerne l'évolution du symptôme en question, il va sans dire qu'elle suit une marche parallèle à celle des autres manifestations rachitiques, et s'atténue sous l'influence d'un traitement approprié.

D'après les recherches auxquelles M. Neurath s'est livré, la littérature médicale serait fort sobre de renseignements sur les altérations rachitiques des doigts. M. Kassowitz considère les modifications des métacarpiens et des phalanges comme rares, même dans les formes graves de rachitisme. M. Monti ne les admet que dans les cas où le processus morbide est très accentué. Seul, M. Fischl signale, comme phénomène constant, le rachitisme des phalanges avec altération *en forme d'olives*. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 juin 1903.) — L. CH.

Recherches bactériologiques sur l'agent pathogène du chancre mou, par M. E. Tomasczewski.

On sait que les essais de culture du bacille de Ducrey avaient longtemps échoué. M. Lenglet, d'une part, et MM. Bezançon, Griffon et Le Sourd, d'autre part, ont réussi à mettre la spécificité de ce microorganisme hors de doute en reproduisant le chancre simple par inoculation de cultures pures (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 462 et 1900, p. 427). M. Tomasczewski a mis à profit une épidémie de chancre mou observée, l'année dernière, à la clinique de M. le professeur Neisser, à Breslau, pour vérifier les recherches en question et pour étudier les caractères biologiques de l'agent pathogène de la chancrelle.

L'auteur a été à même de se convaincre que le streptobacille se développe exclusivement sur le sang gélosé, dans le liquide condensé au fond des tubes de sang gélosé, ainsi que sur le sang non coagulé de lapin ou d'homme. Un des caractères les plus importants des colonies qui se forment sur le sang gélosé est leur indivisibilité : le fil de platine soulève la colonie *in toto*. Ces colonies sont formées de bacilles polymorphes, qui tendent à se disposer parallèlement les uns aux autres ou en chaînettes. Examinés en goutte pendante, les streptobacilles restent complètement immobiles; ils se laissent très facilement décolorer par le procédé de Gram.

Les inoculations que M. Tomasczewski a pratiquées sur des animaux (souris, cobayes et lapins) sont restées négatives. Par contre, les expériences qu'il a instituées sur lui-même ont toujours été couronnées de succès : il réussit à reproduire un chancre mou typique, même après quinze passages successifs du bacille de Ducrey sur sang gélosé. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 2.) — L. CH.

Fractures de la clavicule chez les nouveau-nés dans l'accouchement par le sommet, par M. N. Muus.

Les fractures de la clavicule chez les nouveau-nés ont jusqu'ici passé pour ainsi dire inaperçues; il s'agit là cependant d'un accident beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense, à en juger par le présent travail.

Sur 1,700 accouchements effectués dans les maternités de Copenhague, M. Muus a noté 22 fois cet accident (1.3 %). On l'observe deux fois plus souvent chez les enfants des multipares que chez ceux des primipares. C'est la clavicule de l'épaule antérieure qui se brise le plus habituellement (dans les quatre cinquièmes des cas). Presque toujours il s'agit de gros enfants. Cinq fois l'accouchement avait nécessité l'application du forceps.

La fracture occupe le tiers moyen de la clavicule; il n'y a ni déformation ni hématome et les symptômes fonctionnels paraissent nuls; même au palper, il ne semble pas que l'enfant souffre. Ce n'est donc que par la crépitation — quand on passe la main sur la clavicule ou mieux qu'on mobilise le bras — qu'on peut en faire le diagnostic. La fracture est quelquefois sous-périostique et on ne la reconnaît qu'au bout de quelques jours, grâce au cal qui s'est formé. La consolidation est rapide, en une ou deux semaines, et il est exceptionnel que le port d'un bandage soit nécessaire : l'existence de ces fractures une fois diagnostiquée, il suffit d'éviter toute manœuvre brutale ou maladroite.

Quant à leur mécanisme de production, il est difficile de s'en prendre uniquement aux manœuvres obstétricales, car l'auteur les a vu survenir dans 4 cas où le dégagement des épaules s'était opéré spontanément. Il est donc probable que la compression de la clavicule contre la symphyse pubienne (ou contre le promontoire quand c'est la clavicule postérieure qui se brise), sous l'influence des contractions utérines, est le principal agent de ces fractures. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 juin 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Une forme rare de maladie du cœur [rétrécissement pulmonaire] chez un adulte, par M. J. R. O'Brien.

S'il est vrai que le rétrécissement congénital de l'orifice pulmonaire constitue une des variétés les plus communes de lésions orificielles du cœur, il est rare de constater cette affection chez des adultes ayant dépassé l'âge de vingt ans, vu que la majeure partie des sujets qui en sont atteints meurent avant d'arriver à cet âge. Aussi nous paraît-il intéressant de résumer le cas observé par M. O'Brien.

Un jeune homme de vingt-trois ans se plaignait de lassitude et d'asthme survenant au moindre effort; il était pâle, mais paraissait

bien nourri; ses antécédents héréditaires et personnels étaient excellents.

Le pouls était plein, mou et nettement dicrote. Le tracé sphygmographique montrait une forte élévation systolique, faisant subitement place à une descente en dicrotisme. Dans la position verticale, le pouls s'accélérait (de 15 à 20 pulsations par minute). Il y avait des pulsations très marquées des carotides, mais le pouls veineux était très faible. A l'inspection de la paroi thoracique, on remarquait seulement un léger mouvement à la pointe du cœur; la palpation révélait un choc marqué dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne mamillaire, sans ébranlement de la région précordiale. La percussion mettait en évidence une matité nette, d'un travers de doigt de largeur, à la droite du sternum, atteignant à gauche la ligne mamillaire; la matité supérieure du cœur s'arrêtait sur la ligne parasternale, à la hauteur de la troisième côte.

A l'auscultation, on entendait un murmure systolique intense d'un caractère un peu rude, couvrant presque le petit silence, ne remplaçant ni ne surpassant le second bruit, ayant son intensité maxima au niveau du deuxième cartilage costal gauche et sous le sternum; on le percevait aussi au niveau du deuxième cartilage costal droit, où il était toutefois moins intense qu'à gauche; en haut, on l'entendait jusqu'à la clavicule, sans qu'il se propageât cependant dans les carotides. Ce murmure allait en s'affaiblissant vers la pointe et n'était plus perceptible dans l'aisselle. Du côté gauche il se propageait à travers le thorax vers le sommet du poumon; il en était de même à droite, mais plus faiblement. Il était aussi perçu dans le dos entre les omoplates, surtout du côté gauche. Le second bruit était dédoublé et exempt de tout murmure.

Le siège de ce bruit, ses caractères, son mode de propagation, le dicrotisme du pouls, etc., permettaient d'éliminer l'hypothèse d'une affection mitrale, aortique ou tricuspidienne, ou d'une persistance du canal artériel. Quelques-uns des symptômes présentés par ce malade ressemblaient, il est vrai, à ceux que l'on observe dans les cas de tumeur médiastinale, mais en pareille occurrence on constate, en outre, des troubles dus à la compression veineuse et bronchique, qui faisaient ici défaut. Pour toutes ces raisons, l'auteur conclut qu'il s'agissait d'une sténose pulmonaire avec hypertrophie du ventricule droit. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai 1903.) — L. DE LA H.

Du traitement chirurgical de la paralysie faciale par anastomose nerveuse, par M. H. Cushing.

La rareté des anastomoses nerveuses tentées au bénéfice du facial, et le résultat opératoire satisfaisant obtenu par M. H. Cushing, rendent particulièrement intéressante l'observation relatée dans le présent travail.

Un homme de trente ans avait reçu à la région mastoïdienne droite un coup de feu qui avait divisé le nerf facial correspondant dans l'aqueduc de Fallope. Une intervention immédiate permit l'extraction du projectile, logé à la base du crâne. Une fois l'incision de recherche du projectile guérie, ce qui nécessita trois semaines, on pratiqua l'anastomose du tronc du facial (bout périphérique) avec le tronc du spinal (bout central) : une incision faite le long du bord postérieur de la parotide et du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien mit les deux nerfs à nu; le nerf facial ne se bifurquait pas au moment de pénétrer dans le sterno-cléido-mastoïdien; les deux segments nerveux isolés furent réunis par trois points de suture à la soie fine; l'anastomose ainsi obtenue reposait sur le ventre postérieur du muscle digastrique.

Dès le second jour qui suivit l'opération, on notait ces phénomènes d'amélioration, communs après les tentatives de régénération nerveuse, et dont le mécanisme est assez inexplicable : la paupière supérieure manifesta en effet quelque mobilité et le larmoiement diminua. Au dixième jour, le blessé s'en alla chez lui, muni d'une pile électrique, et pendant les mois suivants il se traita ou se fit traiter assez régulièrement. Durant tout ce temps l'amélioration fut lente, mais progressive.

Lors du dernier examen du malade, neuf mois après l'intervention, l'occlusion unilatérale de la paupière droite était impossible, mais quand les deux yeux se fermaient, elle s'opérait assez naturellement, sauf vers l'angle interne de l'œil : pour obtenir une occlusion parfaite, il fallait que le sujet relevât son épaule; en outre, quand il tournait vivement la tête à gauche ou soulevait brusquement son épaule droite, les muscles de la face se contractaient simultanément, ce qui lui faisait faire une sorte de grimace. (*Ann. of Surgery*, mai 1903.) — R. DE B.

Le diagnostic des lésions intestinales dans le cas de contusion abdominale, par M. R. G. Le Conte.

Se basant sur 10 cas de contusion abdominale, dont 4 furent traités par la laparotomie, M. Le Conte discute la valeur des symptômes de cet accident au point de vue diagnostique et opératoire.

Les deux principales complications pouvant nécessiter une intervention sont l'hémorrhagie et la blessure de l'intestin. Si la première est d'un diagnostic assez facile, il n'en est pas de même de la seconde, et comme, cependant, on ne saurait appliquer systématiquement la laparotomie à tous les blessés, il importe de dépister au plus tôt la rupture de l'intestin et la péritonite qui lui fait suite. On a signalé à cet égard la douleur et la rigidité locales de la paroi abdominale; mais, à s'en rapporter à ces deux signes, M. Le Conte aurait opéré 6 malades, qui pourtant guérirent spontanément. Les deux symptômes qui avant tout ont servi de guide à l'auteur sont l'augmentation *progressive* de la rigidité abdominale et l'expression de la face (facies grippé). Les autres signes, tels que la douleur abdominale profonde et irradiée, le caractère de plus en plus thoracique de la respiration, les vomissements persistant après la disparition du shock, la tuméfaction du ventre, l'accélération du pouls, la chute secondaire de la température, etc., sont utiles, mais ils sont trop inconstants et, quand ils existent, se manifestent trop tardivement pour qu'on puisse compter beaucoup sur eux. (*Ann. of Surgery*, avril 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

La gastro-enterostomia; metodi operativi; indicazioni; risultati. In-8°, 330 p. avec fig. Rome, 1903. — **La gastro-entérostomie; méthodes opératoires; indications; résultats,** par M. A. Mattòli.

Colliger dans un livre tout ce qu'on a proposé en matière de gastro-entérostomie, le passer au crible de la critique aidée par l'expérience personnelle clinique et par des recherches de laboratoire, présenter les résultats obtenus par les chirurgiens italiens, voilà la tâche entreprise par M. Mattòli.

Après un court historique de l'opération et l'exposé des notions anatomiques correspondantes, l'auteur étudie les méthodes d'anastomose en général, en insistant particulièrement sur le bouton de Murphy et ses dérivés. Il adopte la division en gastro-entérostomies antérieures et postérieures, et à côté de celles-ci il range la gastro-duodénostomie. Cette dernière intervention assure, il est vrai, la restitution intégrale de la fonction gastro-intestinale — puisqu'elle permet au chyme de se déverser en amont de l'ampoule de Vater —, mais elle est difficile à exécuter. En ce qui concerne les deux grandes voies pour la gastro-entérostomie, l'auteur préfère la postérieure, et surtout la méthode de von Hacker, réservant la voie antérieure aux cas où, par suite de la brièveté du mésocôlon ou d'adhérences postérieures de l'estomac, etc., la méthode postérieure est inexécutable.

Dans la plupart des cas il pratique l'anastomose à l'extérieur de l'abdomen; l'opération est notablement facilitée par l'hémo-entérostat de Bigi, petit instrument formé de deux tiges métalliques, de 15 centimètres de longueur sur 5 à 6 millimètres de diamètre, engainées par des tubes de caoutchouc et que l'on fixe sur le pli de l'estomac ou de l'intestin au moyen de deux anneaux en caoutchouc; on place un de ces instruments sur l'estomac et un sur l'intestin, puis, le côlon et l'épiploon une fois réintroduits dans l'abdomen, on fait chevaucher les tiges métalliques sur les bords de la plaie abdominale. Après une suture séro-séreuse postérieure, on incise, à un demi-centimètre en avant, séreuse et musculeuse de l'estomac et de l'intestin que l'on suture ensemble; on ouvre alors les muqueuses; au devant de cette « bouche » on complète les deux cercles de sutures séro-musculeuse et séro-séreuse. L'ouverture du mésocôlon est alors fermée par quatre points de suture, et il ne reste plus qu'à renfermer dans l'abdomen les viscères abouchés. Les sutures sont faites à la soie n° 0 et avec une petite aiguille de Hagedorn tenue à la main.

M. Mattòli étudie ensuite les divers moyens qui visent à écarter le péril de l'infection par le fait de l'ouverture des cavités viscérales : gastro-entérostomie en deux temps, gastro-entérostomie avec ouverture une fois les sutures achevées; de ce chapitre de critique, il dégage la conclusion que la méthode la plus sûre, c'est la technique habituelle irréprochablement accomplie.

En ce qui concerne le *circulus viciosus* ou reflux, il résulte des expériences de l'auteur que la gravité des phénomènes du reflux est due à l'insuffisance ou au manque de fonctionnement de l'anse efférente, car ni la bile ni le suc pancréatique n'exercent une action fâcheuse sur la digestion gastrique. Ces conclusions expérimentales furent confirmées par un fait clinique où M. Mattòli — des phénomènes graves s'étant déclarés — dut intervenir une deuxième fois et exécuter une entéro-entérostomie pour obvier à une coudure de l'anse efférente; une troisième intervention fut nécessitée par la répétition des mêmes phénomènes, obligeant à une gastro-entérostomie antérieure qui fut suivie d'un succès définitif.

Parmi les nombreuses méthodes proposées pour éviter le reflux, celle qui répond le mieux à son but est la gastro-entérostomie en Y de Roux. Malheureusement elle est longue, difficile, car elle oblige à des anastomoses termino-latérales, et expose au danger d'infection parce que les deux moignons de l'intestin sectionné doivent rester quelque temps ouverts. Cela étant, l'auteur a eu l'idée d'exécuter la même opération au moyen d'anastomoses latérales. Après avoir pratiqué une gastro-entérostomie comme d'ordinaire, par voie antérieure ou postérieure, il « exclut » de 12 à 15 centimètres de l'anse afférente en invaginant le bord libre avec des points séro-musculaires, puis établit l'anastomose entre l'anse afférente et l'anse efférente immédiatement au-dessous de la portion exclue. Cette manière de faire permet donc d'éviter la section de l'intestin avec ses risques d'infection, sans compter qu'elle ne comporte qu'une anastomose latérale, plus facile à exécuter, et qu'on peut s'arrêter à la simple gastro-entérostomie si l'opération a été quelque peu complexe ou si le malade ne paraît pas assez résistant. Cette technique, basée sur des recherches expérimentales, a été essayée avec succès chez l'homme, dans un cas de sténose cicatricielle, par M. A. Mugnai (d'Arezzo) et dans un cas d'estomac en bissac par l'auteur lui-même.

Quant au point de savoir si l'on doit préférer la suture au bouton métallique, ou inversement, M. Mattòli se déclare nettement en faveur de la suture, s'appuyant en cela sur les données cliniques et statistiques. Il insiste particulièrement sur les indications créées par l'ulcère rond de l'estomac ou du duodénum, par l'estomac en bissac, la gastrectasie, la gastroptose, ainsi que par les cas de dyspepsie grave avec pylorospasme.

A la fin de son livre, l'auteur réunit la statistique intégrale des chirurgiens italiens en matière de gastro-entérostomie; elle comprend 1,028 opérations avec 209 décès, soit une mortalité globale de 20.33 %; la statistique personnelle de M. Mattòli figure dans ce total avec 16 cas tous suivis de guérison.

Contribution au traitement de l'épilepsie, par M. U. Alessi.

Nombre d'épileptiques étant en même temps anémiques, et la névrose comitiale s'accompagnant le plus souvent de troubles gastro-intestinaux, l'auteur préconise pour les cas de ce genre un traitement basé sur un régime alimentaire reconstituant, avec repos mental et physique aussi complet que possible. En outre, il administre à ses malades, comme seul médica-

ment, une poudre comprenant 0 gr. 001 milligr. d'arséniate de soude, 0 gr. 005 milligr. de phosphure de zinc, 0 gr. 08 centigr. de phosphate de chaux, 0 gr. 20 centigr. de rhubarbe pulvérisée et autant de pancréatine, cette dose devant être répétée deux ou trois fois par jour, avant chaque repas.

Sous l'influence de cette médication, on verrait l'état général se remonter assez rapidement, et les crises diminuer de nombre pour disparaître complètement dans les cas les plus favorables : M. Alessi cite des exemples de guérison datant ainsi de plusieurs mois.

Il va sans dire que ce moyen de traitement ne saurait donner de bons effets chez tous les épileptiques. L'auteur prend soin de faire remarquer, en effet, qu'il a obtenu des succès seulement chez des malades à hérédité peu chargée et n'ayant eux-mêmes que des stigmates physiques ou fonctionnels médiocrement accentués. Au contraire, chez un certain nombre d'épileptiques lourdement tarés et offrant des signes graves de dégénérescence, les mêmes moyens n'ont donné que des résultats nuls ou incertains; c'est là une preuve nouvelle, dit M. Alessi, que le clinicien doit viser à traiter non l'épilepsie, mais l'épileptique. (*Riforma med.*, 22 avril 1903.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La gélatine comme moyen de traitement des diarrhées infantiles.

Depuis un an, M. le docteur E. Weill, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Lyon, a institué, en collaboration avec MM. A. Lumière et M. Péhu, une série d'essais de traitement de la diarrhée infantile par des solutions de gélatine à un taux défini, incorporée au contenu des biberons.

La gélatine commerciale renfermant un grand nombre d'impuretés et pouvant aussi contenir des agents infectieux, notamment des spores de bacilles tétaniques, il convient de n'en user qu'après stérilisation, encore que l'emploi de cette substance par voie digestive soit loin d'exposer le patient aux accidents redoutables qui sont propres aux injections sous-cutanées de sérum gélatiné, faites dans un but d'hémostase. Voici quelle est la manière de procéder, adoptée par MM. Weill, Lumière et Péhu : après avoir préparé 500 grammes ou 1 litre d'une solution de gélatine à 10 %, on la filtre soigneusement et on porte le récipient dans un autoclave à 120°, pendant une demi-heure (en cas d'urgence, on pourrait se contenter d'une simple ébullition prolongée durant trois quarts d'heure). Puis, sans laisser complètement refroidir le liquide, on le répartit dans des tubes à essais, dont chacun contient 10 c.c. de la solution, c'est-à-dire 1 gramme de gélatine. Il ne reste plus qu'à incorporer le contenu de chacun de ces tubes au lait que renferme le biberon : à cet effet, comme la gélatine se solidifie à la température d'environ 22°, on doit, au préalable, chauffer légèrement le tube au bain-marie.

On commence habituellement par administrer 3 grammes de gélatine dans les vingt-quatre heures, pour augmenter progressivement la dose à raison de 1 gramme par jour. Du reste, la gélatine purifiée étant dépourvue de toute toxicité et paraissant agir surtout mécaniquement, on peut sans inconvénient incorporer au contenu de chaque biberon deux tubes au lieu d'un seul, de façon à donner quotidiennement de 12 à 14 grammes de gélatine.

La préparation serait très bien acceptée par l'enfant et ses effets ne tarderaient pas à se traduire par une diminution du nombre des selles qui, de huit à douze par jour, tomberait à trois, puis à deux. En même temps, l'aspect des déjections serait rapidement modifié : les grumeaux disparaîtraient, les selles deviendraient plus consistantes et se rapprocheraient peu à peu du type normal, la teinte verdâtre s'atténuant et les matières devenant progressivement jaune foncé d'abord, puis jaune franc. Ces modifications se manifesteraient souvent dès l'administration du quatrième ou cinquième tube de gélatine. L'amélioration serait parfois temporaire, mais, en pareille occurrence, il suffirait de reprendre la médication pour obtenir finalement la transformation complète de l'aspect des selles.

Il s'en faut, cependant, que l'emploi de la gélatine constitue un moyen toujours efficace et applicable indistinctement à tous les troubles digestifs aigus ou chroniques chez les nourrissons : cette médication serait surtout indiquée contre les gastro-entérites simples, avec selles fréquentes, diarrhéiques, modifiées au point de vue chimique et bactériologique, souvent accompagnées de vomissements, mais sans retentissement notable sur l'état général. Dans les cas de cette catégorie, l'addition au lait de gélatine stérilisée, chimiquement pure, en solution aqueuse, se montrerait de beaucoup supérieure aux remèdes usuels et produirait une amélioration, parfois en quelques heures. S'agit-il, au contraire, moins d'une gastro entérite que d'une véritable infection digestive, où les phénomènes morbides, loin de rester localisés à l'intestin, intéressent toute l'économie (température très élevée, broncho-pneumonie surajoutée, râles congestifs aux bases des poumons, spléno et hépatomégalie, albuminurie), la gélatine, tout en modifiant rapidement les selles, resterait à peu près sans effet sur l'état général et sur les complications. Enfin, dans les cas de choléra infantile, les selles elles-mêmes ne subiraient aucune modification sous l'influence de la médication gélatinée.

La valeur diagnostique et thérapeutique de l'eau oxygénée dans les affections de l'estomac.

Ayant prescrit à un malade pour lequel le diagnostic hésitait entre un ulcère et un cancer de l'estomac une potion contenant 6 grammes d'eau oxygénée pour 200 grammes de véhicule, M. le docteur N. Novicov (médecin militaire russe) constata que chaque prise de ce médicament, administré par cuillerées à bouche toutes les deux heures, provoquait des douleurs gastriques tellement violentes qu'après la troisième cuillerée le patient renonça à continuer la mixture. Cette sensibilité extrême de la muqueuse gastrique à l'égard d'une solution faible de peroxyde d'hydrogène militait en faveur de l'hypothèse d'ulcère de l'estomac et, de fait, sous l'influence d'un traitement approprié, le malade ne tarda pas à guérir.

Fort de cette constatation, notre confrère a eu l'idée d'employer, d'une façon systématique, l'eau oxygénée dans le but de faciliter le diagnostic de l'ulcère de l'estomac, diagnostic qui, comme on le sait, ne laisse pas que d'être embarrassant en l'absence d'hématémèses, les autres manifestations cliniques de cette lésion étant loin d'être pathognomoniques. En utilisant le peroxyde d'hydrogène en solution faible, M. Novicov a été à même de reconnaître, dans plusieurs cas, l'existence d'un ulcère gastrique et de voir ensuite ce diagnostic confirmé par le succès du traitement.

D'autre part, notre confrère a ainsi pu se rendre compte de la valeur thérapeutique de l'agent médicamenteux en question : à en juger d'après ses observations, l'eau oxygénée rendrait de bons services dans les cas de gastrite, en arrêtant les vomissements et en exerçant une action désinfectante sur le tube digestif. A ce titre, elle serait également indiquée contre les gastro-entérites infantiles. Enfin, M. Novicov en a aussi obtenu des résultats encourageants dans le traitement de la constipation habituelle par atonie intestinale.

La médication surrénale dans le traitement de l'atonie vésicale.

Les bons effets que M. le docteur G. Vassale, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Modène, a obtenus dans le traitement de la gastrectasie atonique par l'extrait de substance médullaire de capsules surrénales (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 76 et 84) ont engagé un autre confrère italien, M. le docteur G. Moresco, chirurgien de l'hôpital Galliera de Gênes, à essayer la médication surrénale contre cette forme particulière de rétention d'urine qui est liée à l'abolition complète ou à une diminution notable de la contractilité normale des fibres musculaires du réservoir urinaire. Estimant que l'efficacité du remède est due, en grande partie, à son action locale sur les éléments musculaires, M. Moresco a jugé utile d'introduire le médicament directement dans la vessie et de le laisser le plus longtemps possible en contact avec les parois de cet organe. N'ayant pas à sa disposition d'extrait de substance médullaire de capsules surrénales, notre confrère s'est borné à expérimenter l'adrénaline du commerce, qui posséderait les mêmes propriétés, mais serait beaucoup moins active.

Chez deux malades qui présentaient une rétention complète d'urine par atonie des parois vésicales, M. Moresco commença par injecter, tous les matins, dans la vessie 150 c.c. d'une solution d'adrénaline à 0.02 ‰, laissant séjourner ce liquide pendant une heure et plus, jusqu'à ce que le patient éprouvât le besoin d'uriner. Ayant constaté la tolérance parfaite du réservoir urinaire à l'égard de ces injections, il porta bientôt le titre de la solution à 0.04 ‰. Après quelques séances (quatre dans un cas et six dans l'autre), l'organe commença à récupérer sa contractilité, et au bout d'une quinzaine de jours les deux malades étaient à même de vider, en grande partie, leur vessie sans le secours du cathétérisme, ce qu'ils étaient, depuis longtemps, incapables de faire.

L'usage du poisson chez les albuminuriques.

Appelés à donner leurs soins à un albuminurique, qui se nourrissait chaque jour avec 3 ou 4 litres de lait et cinq ou six soles, MM. les docteurs G. Daremberg et F. Moriez (de Cannes) ne furent pas peu surpris de voir la quantité d'albumine éliminée en vingt-quatre heures doubler dès que le malade eut, sur leur conseil, remplacé le poisson par du poulet et des cervelles. En présence de ce fait, nos confrères se sont demandé si, contrairement aux recommandations classiques, il ne conviendrait pas de prescrire aux albuminuriques l'usage du poisson. Les essais cliniques qu'ils ont institués à cet égard sont venus pleinement confirmer cette manière de voir, en montrant que l'usage du poisson très frais, pris deux ou trois fois par semaine au repas de midi, fait complètement disparaître l'albuminurie ou, tout au moins, diminue, dans une mesure considérable, la quantité d'albumine éliminée en vingt-quatre heures.

Cette *cure de poisson* serait particulièrement indiquée toutes les fois que l'on a affaire à une albuminurie minima inconstante, ne donnant jamais plus de 0 gr. 50 centigr. d'albumine en vingt-quatre heures, et consécutive à une maladie infectieuse, telle que la scarlatine, la syphilis, la dysenterie épidémique, les oreillons, etc., etc. En pareille occurrence, il conviendrait de recourir, pendant trois ou quatre semaines, à l'usage du poisson très frais, et cela d'autant plus que le régime mixte ordinaire ne suffit pas toujours à faire disparaître l'albumine.

L'emploi des préparations ovariennes à titre d'hémostatique chez les individus hémophiliques.

On sait que l'hémophilie constitue pour ainsi dire l'apanage du sexe masculin, les filles étant généralement exemptes de cette diathèse que, devenues mères, elles peuvent cependant transmettre à leurs fils. Cette particularité semblerait indiquer qu'un organe propre à la femme exerce une action en quelque sorte inhibitrice sur la tendance hémophilique, en influençant probablement la coagulabilité du sang. Partant de ce fait que des épistaxis graves s'observent couramment, chez les jeunes filles, à l'approche de la puberté et lorsque le fonctionnement de l'ovaire est encore mal établi, M. le docteur S. Zavadier, exerçant à Fouriesburg (Afrique du Sud), s'est demandé si la glande ovarique n'est pas précisément l'organe qui s'oppose aux manifestations de l'hémophilie. Après avoir eu l'occasion d'arrêter une épistaxis abondante par l'emploi d'une préparation ovarienne, notre confrère n'hésita pas dans un cas d'hémophilie grave — après avoir eu recours sans le moindre succès aux styptiques usuels — à essayer l'ovariothérapie et en obtint un résultat très encourageant.

Rappelons, à ce propos, que M. le docteur E. Fuller (de New-York) a récemment proposé dans le même but l'emploi de l'extrait thyroïdien (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 84).

REVUE CRITIQUE

Que faut-il entendre sous la dénomination de « maladie de Banti »?

I

En parlant de « ce syndrome encore assez mal connu » qui porte le nom de *maladie de Banti*, M. Chauffard pouvait, naguère encore, s'exprimer ainsi : « Ces faits incontestables en eux-mêmes et bien observés ne soulèvent qu'une objection, c'est que nous les connaissons mal et qu'ailleurs qu'en Italie on n'a guère eu l'occasion de les signaler » (1). Depuis lors, les choses ont quelque peu changé : la maladie de Banti a été maintes fois observée ailleurs qu'en Italie... sans qu'elle soit, du reste, pour cela mieux connue aujourd'hui qu'il y a quelques années. A l'heure actuelle, il règne même à l'égard de cette affection et de la place qu'elle doit occuper en pathologie la plus grande incertitude, les uns s'attachant, avec M. Senator (2), à élargir les cadres de la conception élaborée par le clinicien italien, tandis que d'autres vont jusqu'à contester toute individualité propre à la maladie de Banti, dans laquelle ils ne voient qu'une des phases avancées de l'anémie splénique. Aussi M. Launois nous paraît-il être dans le vrai lorsqu'il déclare « qu'une revision s'impose dans les observations publiées et que la nouvelle modalité clinique est loin d'être aussi fréquente qu'on tend à l'admettre actuellement » (3).

C'est précisément cette œuvre de revision critique que nous nous proposons de faire dans ce travail, de manière à dégager le plus nettement possible la signification exacte du syndrome auquel on doit appliquer la dénomination de *maladie de Banti*.

II

On savait depuis longtemps que toutes les affections du foie et, en particulier, la cirrhose de cet organe retentissent sur la rate en amenant son hypertrophie. Par contre, l'existence d'une filiation inverse des phénomènes morbides, où la splénomégalie précède la lésion du foie et en devient la cause, est de notion toute récente. Mise en lumière par M. Chauffard, elle trouve son expression la plus typique dans l'affection que M. Banti a, pour la première fois, décrite dans ce journal sous le nom de *splénomégalie avec cirrhose du foie* (4).

Dans une série de publications ultérieures (5), le professeur de Florence a complété l'étude anatomo-pathologique et clinique de la nouvelle espèce morbide, et c'est en nous inspirant de l'ensemble de ces travaux que nous allons esquisser rapidement les principaux traits de la maladie en question.

La splénomégalie avec cirrhose du foie passe par trois étapes successives.

Pendant le *stade préascitique* ou *anémique*, c'est d'abord la tuméfaction de la rate qui constitue, à elle seule, toute la symptomatologie de l'affection : la rate prend un développement très considérable et dépasse le rebord des fausses côtes de plusieurs centimètres; elle ne subit, d'ailleurs, aucune déformation; mobile pendant la respiration, elle est dure, lisse et indolore. Viennent ensuite les symptômes anémiques (faiblesse croissante, pâleur des téguments, décoloration des muqueuses, dyspnée et palpitations au moindre effort, souffles caractéristiques dans la région précordiale, etc.). Cette phase de la maladie dure habituellement de trois à cinq ans, parfois même beaucoup plus longtemps.

Le *stade intermédiaire* qui lui succède s'annonce par des modifications dans l'état des urines : celles-ci deviennent moins abondantes, plus colorées et riches en urates; on note de l'urobilinurie, en même temps que les téguments et les conjonctives prennent une teinte jaunâtre et qu'on voit apparaître des troubles gastro-intestinaux.

Au bout de quelques mois, c'est la troisième phase, le *stade ascitique*, qui commence à se manifester par la production d'un épanchement liquide dans la cavité péritonéale, en même temps que le foie diminue de volume : dès lors on se trouve en présence d'un tableau clinique qui rappelle la cirrhose atrophique de Laënnec, avec cette différence que l'évolution de la maladie est ici beaucoup plus rapide, le patient succombant, la plupart du temps, en moins d'une année.

Les lésions anatomiques portent principalement sur la rate et sur le foie, les ganglions lymphatiques et la plupart des autres organes restant indemnes, à moins d'une complication ou d'une maladie intercurrente. La rate est très augmentée de volume et pèse de 1 kilogramme à 1 kilogr. 500; sur les coupes, on note la sclérose des corpuscules de Malpighi; les veines de la pulpe splénique sont rétrécies et la texture réticulée de cette pulpe est conservée en maints endroits, mais les filaments en sont épaissis (*fibro-adénie*). Le foie revêt les caractères de la cirrhose atrophique de Laënnec.

Pour compléter ce tableau clinique et anatomo-pathologique, il convient d'ajouter que son étiologie reste jusqu'à présent complètement inconnue et que, dans les antécédents des malades observés par M. Banti, on n'a noté — et c'est là un point important — ni paludisme, ni syphilis, ni alcoolisme. D'autre part, les ensemencements pratiqués avec du sang et du suc splénique sont toujours restés stériles. Néanmoins, le professeur italien serait porté à admettre qu'on se trouve en présence d'une maladie de nature probablement infectieuse : l'agent pathogène agirait, en premier lieu, sur la rate; les substances toxiques qui prendraient ensuite naissance dans cet organe pénétreraient dans le torrent circulatoire et détermineraient d'abord une anémie progressive, puis — par leur passage constamment renouvelé à travers le foie — elles amèneraient un processus d'endophlébite portale avec cirrhose interlobulaire.

Enfin, nous aurons épuisé la partie la plus essentielle de la caractéristique de l'entité morbide en question, lorsque nous aurons encore ajouté que la splénectomie peut enrayer la marche progressive de la maladie et amener la guérison complète, et cela même en présence d'un début de cirrhose du foie.

III

Tels sont, d'après les travaux de M. Banti lui-même, les principaux traits de la splénomégalie avec cirrhose hépatique. Or, il s'en faut que toutes les observations qui ont été publiées sous le titre de *maladie de Banti* soient réellement conformes à cette description. Il s'est produit à l'égard de cette affection ce qui survient pour la plupart des modalités cliniques nouvelles : méconnues au début, elles ne tardent pas, du moins quant à leur nom, à acquérir une notoriété si considérable que les cliniciens ne sont que trop portés à les voir un peu partout. En ce qui concerne particulièrement la maladie de Banti, nous avons vu que naguère encore elle pouvait être considérée comme une sorte d'apanage exclusif de l'Italie : c'était même là l'unique objection que M. Chauffard croyait pouvoir faire à la conception de la splénomégalie avec cirrhose hépatique (1). Comme le dit très judicieusement M. Banti, si les premiers cas de la maladie dont il s'agit ont, en effet, été publiés tous par des auteurs italiens, ce n'est pas que l'affection fît réellement défaut « ailleurs qu'en Italie », mais c'est tout simplement parce qu'au début on n'y prêtait pas une attention suffisante à cette entité morbide. Et d'ailleurs, M. Chauffard lui-même, après avoir noté que les faits qui se rattachent à la maladie de Banti, « ne sont passibles que d'une objection, leur rareté, leur non-constatation en dehors de l'Italie », n'ajoute-t-il pas : « chez un splénomégalique aleucémique que j'ai observé, le foie, sain en apparence, était cependant touché (urobilinurie, hypoazoturie...) et plus tard l'apparition de l'ascite signalait le début de la phase de cirrhose »? (2) Or, qu'est-ce que ce tableau clinique, sinon celui de la maladie de Banti?

On comprend que nombre d'autres faits du même ordre aient pu être envisagés sous un angle différent, tant que la maladie de Banti restait fort peu connue en dehors de l'Italie. A cet égard, l'observation publiée par M. Grouzdev (3) est particulièrement instructive : chez un homme de vingt-quatre ans, on constata l'existence d'une hypertrophie de la rate, ainsi que de l'anémie avec ascite et quelques autres symptômes (du côté de l'intestin et des urines) de cirrhose atrophique du foie au début. La splénomégalie et les manifestations anémiques dataient d'environ dix ans, tandis que les troubles attribuables à une lésion hépatique étaient apparus tout récemment. On avait d'abord songé à une cachexie paludéenne, mais une enquête approfondie sur les antécédents du malade ne tarda pas à faire rejeter cette hypothèse. M. Grouzdev se demandait quels étaient les rapports réciproques qui unissaient la lésion du foie et celle de la rate, sans pouvoir démêler, dans cet ensemble symptomatologique insolite, autre chose qu'une simple coïncidence accidentelle, lorsque l'étude de la littérature récente concernant les hyperplasies de la rate lui fit connaître les travaux de M. Banti et lui donna, en quelque sorte, le mot de l'énigme.

Voilà donc un cas qui se rattache incontestablement à la maladie de Banti et dont la signification exacte avait facilement pu échapper, cette entité morbide n'ayant pas encore attiré l'attention des cliniciens russes (4).

Mais, à côté de faits où la splénomégalie avec cirrhose hépatique est méconnue en tant qu'individualité nosologique, il en est d'autres, par contre, que l'on désigne sous le nom de maladie de Banti, alors qu'en réalité ils ont des rapports fort éloignés avec cette affection, ce qui ne contribue pas peu à augmenter la

(1) A. Chauffard. Des hépatites d'origine splénique. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 177-178.) — Pathologie générale et séméiologie du foie, *in* « Traité de pathologie générale » de Bouchard, t. V, p. 15. Paris, 1901.

(2) H. Senator. Ueber Anaemia splenica mit Ascites (Banti'sche Krankheit). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 nov. 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 373.)

(3) P.-E. Launois. Maladies de la rate, *in* « Traité de médecine et de thérapeutique » de Brouardel et Gilbert, t. V, p. 517. Paris, 1903.

(4) G. Banti. La splénomégalie avec cirrhose du foie. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 318-319.)

(5) G. Banti. Nuovi studi sulla splenomegalia con cirrosi epatica. (*Policlinico*, 1er mars 1898.) — Splenomegalie mit Lebercirrhose. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, 1898, XXIV, 1.) — Splenomegalia con cirrosi epatica. (*Accademia medico-fisica fiorentina*, séance du 11 janv. 1900, in *Riforma med.*, 23 janv. 1900.) — Splenomegalie primitive. (*Riforma med.*, 1er, 2, 4 et 5 mars 1901.)

(1) Il convient, cependant, de faire remarquer que, dès 1896 — deux ans après la publication du premier travail de M. Banti —, MM. Roque et Bret ont relaté une observation de *splénomégalie avec cirrhose du foie* (*Province méd.*, 29 août 1896), observation qui, passée à peu près inaperçue, n'en constitue pas moins un exemple typique de la maladie de Banti et répond beaucoup mieux au tableau tracé par le clinicien italien que nombre d'autres faits décrits plus récemment sous cette dénomination.

(2) A. Chauffard. Pathologie générale et séméiologie du foie, *in* « Traité de pathologie générale » de Bouchard, t. V, p. 15. Paris, 1901.

(3) S. Grouzdev. De la maladie de Banti (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 et 23 fév. et 2 mars 1902.)

(4) M. Sandwith (*Brit. Med. Journ.*, 12 sept. 1903, p. 581) vient de déclarer qu'il a eu l'occasion d'observer maintes fois, en Egypte, un complexus clinique caractérisé par de l'ascite avec hypertrophie de la rate et du foie, en l'absence d'antécédents de paludisme, de syphilis et d'alcoolisme, sans arriver à saisir la signification de ce syndrome singulier; ce ne fut qu'à la lecture de l'article de M. Senator sur la maladie de Banti qu'il trouva la solution du problème.

confusion, comme nous allons pouvoir nous en rendre compte en passant rapidement en revue quelques cas de cette catégorie.

IV

A en juger d'après les observations typiques recueillies par M. Banti (1) et par d'autres cliniciens italiens, notamment par MM. Silva (2), Cavazzani (3), Bonardi (4), Ascoli (5), Rinaldi (6), Guicciardi (7), etc., la maladie en question présenterait toujours une évolution essentiellement chronique. C'est précisément la durée plus ou moins longue de la phase préascitique, pendant laquelle la splénomégalie existe seule, qui permet d'établir la filiation clinique des phénomènes morbides et de rapporter le point de départ de l'affection à la rate, puisque dans le premier stade — qui peut avoir une durée de cinq ans et plus — on chercherait vainement un signe de lésion du foie.

La chronicité paraît, par conséquent, absolument inhérente à la maladie de Banti. Aussi n'est-on pas peu surpris de trouver dans la littérature médicale deux observations présentées comme des cas de maladie de Banti *à évolution aiguë*. L'une, sur laquelle nous reviendrons plus loin, appartient à MM. Oulmont et Ramond (8), l'autre, publiée par M. Murrell (9), est bien faite pour montrer jusqu'à quel point peut aller la confusion créée par l'emploi d'une même dénomination pour désigner des états morbides différents. En effet, l'auteur anglais fait suivre la relation de son cas de « maladie de Banti aiguë » de réflexions que nous nous ferions scrupule de ne pas transcrire dans leur traduction littérale ; « Il se peut — commence par déclarer M. Murrell — qu'il s'agisse ici d'un cas d'anémie pernicieuse, mais je suis enclin à le considérer comme un exemple de maladie de Banti aiguë. Les opinions diffèrent quelque peu sur ce qui constitue la maladie de Banti. La plupart des auteurs emploient les expressions *maladie de Banti*, *anémie splénique*, *cachexie splénique*, *pseudo-leucémie splénique*, *lymphadénome splénique* et *splénomégalie primitive* comme des termes synonymes. Cependant, Senator parle de la maladie de Banti comme d'une anémie splénique avec cirrhose du foie. Dreschfeld estime que l'anémie splénique des adultes — dans laquelle il existe habituellement, en dehors de l'anémie et de l'hypertrophie de la rate, des hémorrhagies répétées (épistaxis, hématémèses et melæna) — constitue une phase précoce de la maladie de Banti, l'augmentation accentuée du volume du foie apparaissant ultérieurement. Il considère évidemment le développement de tissu fibreux dans la rate et la cirrhose hépatique comme indispensables pour le diagnostic d'un cas de maladie de Banti vraie. Toutefois, dans ses ouvrages classiques, Banti ne fait point cette distinction et parle tout simplement d'une tuméfaction notable de la rate, ainsi que du foie, « tuméfaction indépendante de tout état morbide préexistant, et qui ne s'accompagne d'aucune altération leucémique du sang ». Le cas en question présente à peu près tous les traits essentiels de la maladie, telle qu'elle est décrite par Banti lui-même ; 1° anémie progressive idiopathique; 2° troubles graves de toutes les fonctions organiques; 3° fièvre irrégulière; 4° hémorrhagies; et 5° issue fatale ».

Voilà, en vérité, une singulière description de la maladie de Banti : se peut-il qu'elle soit réellement empruntée aux travaux du clinicien italien relatifs à la *splénomégalie avec cirrhose du foie?* Il n'en est rien : les « ouvrages classiques » invoqués par M. Murrell se rapportent, en réalité, tout simplement à l'anémie progressive et à l'anémie splénique et datent de 1881 et 1883, alors que la première description de l'ensemble symptomatique et anatomo-pathologique, que l'on devait plus tard désigner sous le nom de *maladie de Banti*, ne parut qu'en 1894.

En résumé, confusion complète de l'*anémie splénique*, qui a fait l'objet d'une monographie de M. Banti en 1883, et de la *splénomégalie avec cirrhose du foie*, décrite et individualisée par le même auteur beaucoup plus tard, et, comme suite de cette confusion, tendance à voir une soi-disant *maladie de Banti à évolution aiguë* là où il s'agissait, en réalité, d'une simple anémie pernicieuse progressive.

Pour n'être pas passible des mêmes objections, le fait relaté par MM. Oulmont et Ramond n'en est pas moins loin d'être probant : une jeune fille de vingt-deux ans est prise brusquement de fièvre avec courbature et pâleur générale des téguments; la langue sèche et rôtie, les gencives fuligineuses, les narines pulvérulentes, la diarrhée profuse, le pouls à 140 et la température oscillant entre 39° et 40° rappellent les symptômes d'une fièvre typhoïde grave. Mais, d'une part, l'absence de phénomènes nerveux, de ballonnement du ventre, de taches rosées, de séroréaction de Widal, et, d'autre part, la présence d'une rate énorme, à surface lisse, mesurant 27 centimètres de long sur 14 de large, permettent d'éliminer ce diagnostic. La malade succombe « quinze jours après son entrée à l'hôpital, trente-six jours après le début probable de l'affection ».

Dans ce tableau clinique *en raccourci*, il est d'autant plus difficile de voir un cas de maladie de Banti que rien n'y indique l'existence de cette altération hépatique, de cette *phase ascitique* qui constituent la terminaison habituelle de l'affection décrite par le clinicien italien. A l'autopsie, « le foie, de consistance, de coloration et de volume normaux, pesait 1,500 grammes. L'examen microscopique révélait néanmoins de profondes lésions », et c'est précisément sur l'existence de ces lésions, qui « étaient toutes récentes, alors que celles de la rate *semblaient* plus avancées en âge », que MM. Oulmont et Ramond se basent pour formuler la conclusion suivante : « Il semble donc rationnel d'admettre, à côté de la forme chronique, une forme aiguë de maladie de Banti. »

Sans compter qu'un fait isolé — alors même que sa valeur intrinsèque serait très considérable — ne saurait en aucune façon autoriser une généralisation aussi hâtive, rien ne nous paraît moins fondé que la conclusion dont il s'agit. En effet, ce qui permet d'individualiser la maladie de Banti, c'est la certitude avec laquelle on y établit la filiation clinique des phénomènes morbides, ayant leur point de départ dans la rate et n'intéressant que secondairement la glande hépatique. Or, cet élément principal du diagnostic fait précisément défaut dans l'observation de MM. Oulmont et Ramond.

Aussi, sans nous arrêter davantage à l'hypothèse d'une forme aiguë de la maladie de Banti, allons-nous aborder l'examen d'une autre tentative faite également en vue d'élargir les cadres de la conception formulée par le professeur de Florence, tentative qui mérite d'être analysée de près, en raison de son originalité, ainsi qu'en considération de l'autorité que l'on attache aux travaux du clinicien allemand qui en a été le promoteur.

V

Dans sa retentissante communication à la Société de médecine berlinoise, M. Senator (1) commença par déclarer qu'il se rallie à l'hypothèse de M. Banti sur les rapports de cause à effet entre les lésions spléniques et les phénomènes hépatiques, bien que cette hypothèse soit en contradiction avec les idées généralement admises. Mais, tout en étant porté à reconnaître que le point de départ de l'affection siège dans la rate, M. Senator estime que les cadres de la maladie de Banti doivent être élargis, de manière à comprendre aussi les cas d'anémie splénique accompagnés d'ascite (ascite ne faisant naturellement pas partie d'une anasarque), mais sans cirrhose nettement constatée du foie. En exceptant les faits de ce genre, on se verrait obligé de décrire, en dehors de la maladie de Banti, encore une autre forme morbide, qui serait constituée par une anémie avec splénomégalie et ascite, sans cirrhose hépatique bien nette. Or, cette dernière circonstance mise à part, rien ne permet, aux yeux de M. Senator, de différencier l'anémie splénique avec ascite d'avec la maladie de Banti; aussi rattache-t-il, par exemple, à cette affection 3 cas publiés par M. Osler (2), alors que cet auteur lui-même, en discutant le diagnostic différentiel de ses observations, a soin de déclarer que, personnellement, il n'a pas eu l'occasion de voir un cas de maladie de Banti (3).

D'après M. Senator, l'ascite serait loin d'être toujours inféodée à la cirrhose hépatique. C'est ainsi que, chez un de ses malades, il a vu disparaître, sous l'influence d'un régime tonique, de l'arsenic, de la médication martiale, etc., un épanchement péritonéal assez considérable, alors que l'hypertrophie de la rate et les autres symptômes morbides subsistèrent et qu'en dehors de l'ascite il n'existait aucun signe pouvant être attribué à une cirrhose du foie. Chez un autre patient, l'épanchement ne se reproduisit plus après la ponction (remontant à huit mois); s'il existe réellement, dans ce cas, une hépatite interstitielle, il est étrange de voir disparaître l'ascite qui en dépend, bien que l'hypertrophie splénique, considérée comme la cause première de la lésion hépatique et de l'épanchement, ait fait des progrès plus ou moins considérables.

D'autre part, M. Senator estime que la symptomatologie elle-même de la maladie de Banti — comme l'avait du reste signalé déjà M. Rinaldi (4) — doit également être élargie, la réalité clinique étant beaucoup plus variée que ne le laisserait supposer la description quelque peu schématique de l'affection. Le clinicien de Berlin attire particulièrement l'attention sur la fréquence des hémorrhagies. M Banti a, il est vrai, noté des épistaxis, mais sans leur attacher une grande valeur. Les hémorrhagies gastro-intestinales sont, d'ailleurs, plus fréquentes et jouent un rôle beaucoup plus important : elles constituent souvent le premier symptôme qui frappe le malade, se répètent

(1) Il va sans dire qu'il nous est impossible d'analyser, voire même d'énumérer toutes les observations de maladie de Banti que nous avons trouvées dans la littérature médicale : cette manière de faire ne pouvant, d'ailleurs, qu'être fort peu profitable pour le lecteur, nous avons préféré systématiser les matériaux et indiquer seulement, à titre d'exemples, les faits les plus saillants.

(2) B. Silva. Un caso di splenomegalia con cirrosi epatica. (*Riforma med.*, 16 et 17 avril 1896.)

(3) A. Cavazzani. Sopra un caso di splenomegalia con cirrosi epatica. (*Riforma med.*, 18 et 19 nov. 1896.)

(4) E. Bonardi. Contributo clinico alla conoscenza della splenomegalia susseguita da cirrosi epatica (malattia del Banti). (*Gazz. degli Osped.*, 3 janv. 1897.)

(5) V. Ascoli. Anemia cronica con cirrosi del fegato (M. di Banti). (*Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, séance du 16 janv. 1897, in *Supplem. al Policlinico*, 23 janv. 1897, p. 285.)

(6) S. Rinaldi. Contributo alla conoscenza della splenomegalia primitiva con cirrosi epatica. (*Riforma med.*, 1er, 2 et 3 juillet 1897.)

(7) G. Guicciardi. Sopra un caso di splenoepatomegalia primitiva. (*Gazz. degli Osped.*, 24 oct. 1897.)

(8) P. Oulmont et F. Ramond. Sur un cas de splénomégalie aiguë (maladie de Banti à évolution rapide). (*Bull. méd.*, 22 janv. 1902.)

(9) W. Murrell. A case of acute Banti's disease. *Lancet*, 26 avril 1902, p. 1177.)

(1) H. Senator. (*Loc. cit.*)

(2) W. Osler. On splenic anæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv. 1900.)

(3) Il est à signaler que M. Osler ne discute le diagnostic de maladie de Banti qu'à propos des observations IX et XV de son mémoire, tandis que M. Senator a en vue les cas I, IX et XII; or, dans le premier et dans le troisième de ces faits on note des *antécédents paludéens*, qui, à vouloir se conformer strictement à la description donnée par M. Banti, suffisent à eux seuls pour faire rejeter le diagnostic en question.

(4) Rinaldi. (*Loc. cit.*)

ensuite plus ou moins fréquemment au cours de l'évolution de l'affection et peuvent amener le dénouement fatal. D'autres hémorrhagies ne seraient pas rares : hémoptysies, hématuries, hémorrhagies buccales, purpura.

M. Senator attribue également une très grande importance à l'étude du sang. A cet égard, M. Banti n'a signalé que la diminution du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine, c'est-à-dire des phénomènes qui caractérisent l'anémie chronique simple. Or, des recherches hématologiques plus minutieuses semblent indiquer que, sinon au début de l'affection, du moins au cours de son évolution ultérieure, la morphologie du sang présente des caractères particuliers qui, suivant M. Senator, permettraient de différencier la maladie de Banti d'avec toutes les autres formes d'anémie et d'avec la leucémie. Ces caractères comprendraient une diminution plus ou moins considérable du nombre des globules rouges, un abaissement beaucoup plus marqué encore du taux de l'hémoglobine, ainsi qu'une diminution du nombre des leucocytes, tantôt sans aucun changement dans les rapports qui existent d'ordinaire entre les diverses variétés de globules blancs, tantôt avec une formule leucocytaire modifiée au désavantage des cellules polynucléaires neutrophiles. En résumé, *oligocytémie, oligochromémie et leucopénie*, telle serait la triade hématologique propre à la maladie de Banti.

M. Senator reconnaît, il est vrai, que les faits sur lesquels se base cette caractéristique sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse la considérer comme définitive, mais il est porté à croire que, si elle venait à être confirmée par des recherches ultérieures, elle serait à même de faciliter le diagnostic de la maladie de Banti. Or, bien que, depuis la communication de M. Senator, l'hématologie de la maladie de Banti ait fait l'objet d'un assez grand nombre de travaux (1), nous estimons, avec M. Ludwig Kast (2), que le moment n'est pas encore venu de fixer une formule hématologique qui serait assez caractéristique pour permettre d'établir le diagnostic différentiel de cette affection. Sans doute, lorsqu'on voit, dans un certain nombre de splénomégalies primitives, le taux des leucocytes tomber au-dessous de 3,000, on ne saurait méconnaître la valeur de ce symptôme, qui indique l'existence d'un trouble grave de l'hématopoièse. Reste encore à savoir si cette leucopénie constitue un phénomène constant et propre à une *forme déterminée* de la splénomégalie primitive et si le domaine de celle-ci se superpose exactement à celui de la maladie de Banti, deux questions qu'il serait prématuré de vouloir résoudre à l'heure actuelle.

VI

Sans contester l'importance de la contribution que M. Senator a apportée à la symptomatologie de la maladie de Banti, nous croyons que l'interprétation des faits, telle qu'elle est formulée par le clinicien allemand, prête à confusion. C'est ainsi qu'il est porté à voir la maladie de Banti dans la plupart des cas publiés comme cirrhoses hépatiques et qui, sans répondre parfaitement à aucune des formes typiques de cirrhose (cirrhose portale, cirrhose biliaire, maladie de Hanot), se distinguent par le volume extraordinaire de la rate, par une anémie particulièrement accentuée ou par une tendance à des pertes de sang, notamment à des hémorrhagies gastro-intestinales, celles-ci n'étant sous la dépendance ni d'une congestion passive, ni d'une rupture de veines variqueuses, ni de l'ictère. Or, on ne saurait faire entrer ces « cirrhoses hépatiques avec splénomégalie, cirrhoses du foie avec anémie splénique, cirrhoses hépatiques avec diathèse hémorrhagique, etc. » dans les cadres de la maladie de Banti sans méconnaître le rôle primordial de la rate dans cette affection et la filiation caractéristique des phénomènes cliniques qui n'intéressent le foie que d'une manière secondaire. C'est en s'inspirant des idées de M. Senator que l'on a pu décrire sous le nom de maladie de Banti des cas qui sont loin de correspondre au type établi par le professeur de Florence et dans lesquels il est difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer la nature des rapports entre la splénomégalie et les lésions hépatiques. A titre d'exemple, il nous suffira de citer l'observation publiée, il y a quelques mois, par M. J. Kast (1) et dans laquelle l'ordre chronologique des symptômes morbides semble avoir été l'inverse de la filiation propre à la splénomégalie primitive avec cirrhose du foie, puisque dans les antécédents du malade on note l'existence d'une « affection hépatique ».

D'autre part, le peu de cas que M. Senator fait de la cirrhose hépatique, qu'il considère comme un élément contingent dans la maladie de Banti, cadre mal avec la physiologie pathologique de cette affection, telle que nous pouvons la concevoir d'après les travaux de M. Banti lui-même. A l'appui de sa manière de voir, le clinicien allemand invoque, il est vrai, deux faits où l'ascite disparut malgré l'évolution progressive de la maladie, d'où il conclut que l'ascite, loin d'avoir nécessairement pour cause une hépatite interstitielle, pourrait être sous la dépendance de certains facteurs locaux, tels que l'obstruction des voies lymphatiques de la cavité abdominale, par exemple. Il convient, toutefois, de faire remarquer que la disparition de l'épanchement péritonéal n'implique en aucune façon l'absence d'une lésion cirrhotique du foie. Nous n'en voulons pour preuve que l'un des cas relatés par M. Marchand : il s'agit d'un malade qui avait subi une laparotomie, l'ascite ayant fait soupçonner l'existence d'une péritonite tuberculeuse; après l'intervention, l'épanchement ne se reproduisit plus; or, le patient ayant succombé trois ans plus tard, on trouva à l'autopsie, à côté des lésions spléniques caractéristiques de la maladie de Banti, une forme particulière de cirrhose du foie, attribuable à la syphilis congénitale et qui, loin d'être en pleine évolution, paraissait, au contraire, tout à fait parachevée (2). L'observation que vient de publier M. Fichtner (3) n'est pas moins instructive à cet égard, puisqu'elle a trait à un cas de maladie de Banti avec participation du foie, notamment avec cholélithiase (4) et avec ascite très accentuée, laquelle a néanmoins disparu complètement ou à peu près pendant de longues années.

En présence de ces faits, il convient de se demander, avec M. Fichtner, si la disparition de l'épanchement péritonéal n'indiquerait précisément pas une forme particulière de cirrhose hépatique, propre à la maladie de Banti. Il se peut aussi que ce phénomène témoigne d'une sorte d'arrêt dans l'évolution du processus cirrhotique, lequel ne serait pas encore assez avancé pour que la formation d'une circulation collatérale ne pût avoir raison de la stase sanguine.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, on voit qu'il n'est point nécessaire de chercher les causes de l'ascite en dehors du foie et qu'à cet égard les vues théoriques de M. Senator, pour ingénieuses qu'elles soient, n'ébranlent en rien la solidité de la conception formulée par M. Banti.

Nous en dirons autant de l'objection faite par M. Marchand, qui met en doute l'existence d'une relation de cause à effet entre la splénomégalie et les lésions cirrhotiques du foie, et se montre plutôt porté à admettre une filiation inverse ou une atteinte simultanée des deux organes sous l'influence d'une cause commune. Cette opinion, soutenue aussi par M. Wentworth (1), ne fait que reproduire les vues exprimées, dès 1899, par M. Ramoino (2) et que M. Banti a réfutées, en faisant remarquer qu'entre le début de la tuméfaction de la rate et les premières manifestations de la cirrhose hépatique il s'écoule nombre d'années (jusqu'à dix ou onze) et qu'il serait tout à fait surprenant de voir un processus cirrhotique du foie présenter une aussi longue durée; en outre, si l'on adoptait l'hypothèse de M. Ramoino, on ne comprendrait guère comment la splénectomie a pu, dans un cas, arrêter l'évolution d'une cirrhose hépatique au début (3).

VII

Il nous reste à aborder les arguments invoqués par un certain nombre d'auteurs pour contester à la maladie de Banti la valeur d'une entité morbide.

L'hypothèse, soutenue par M. Chiari (4) et par M. Marchand, que le complexus clinique en question pourrait être sous la dépendance de la syphilis héréditaire tardive ne nous arrêtera pas longtemps, puisque, de l'aveu même de M. Marchand, il s'en faut que l'on puisse incriminer la vérole dans tous les cas de maladie de Banti : « d'autres éventualités » (*andere Möglichkeiten*) ne sont pas à exclure, sans qu'il soit, d'ailleurs, possible de les préciser en l'état actuel de nos connaissances.

Il en est à peu près de même pour le paludisme, auquel on a également voulu faire jouer un rôle dans l'étiologie de la maladie de Banti. M. Senator, entre autres, admet qu'au cours de l'infection malarique il peut se manifester un syndrome clinique qui ne diffère en rien de la splénomégalie avec cirrhose du foie, telle qu'elle a été décrite par M. Banti. Sans contester que, parmi les cas publiés sous le nom de *maladie de Banti*, il puisse en être quelques-uns qui, en réalité, se rapportaient à des cirrhoses atrophiques du foie d'origine paludéenne, il importe de se rappeler que dans les observations relatées par M. Banti, ainsi que dans nombre d'autres faits, la malaria, pas plus que la syphilis et l'alcoolisme, ne pouvait en aucune façon être mise en cause.

Reste encore l'opinion d'après laquelle la maladie de Banti, loin de constituer une individualité nosologique, se confondrait avec l'anémie splénique. Cette manière de voir, dont M. Maragliano (5) et quelques autres cliniciens italiens s'étaient fait les défenseurs, vient

---

(1) Voir notamment (outre les mémoires cités au cours de cet article) :
Pribram. Ueber Banti'sche Krankheit. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 fév. 1902.)
A. Borissowa. Beiträge zur Kenntnis der Banti-schen Krankheit und Splenomegalie. (*Virchow's Arch.*, 1903, CLXXII, 1.)
Von Starck. (*Medizinische Gesellschaft in Kiel*, séance du 4 juillet 1903, in *Münch. med. Wochensch.*, 8 sept. 1903, p. 1571.)

(2) L. Kast. Ueber Blutbefunde bei Morbus Banti. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 mai 1903.)

(1) J. Kast. Ein Fall von Banti'scher Krankheit. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 mars 1903.)

(2) F. Marchand. Zur Kenntnis der sogenannten Banti'schen Krankheit und der Anæmia splenica. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mars 1903.)

(3) Fichtner. Zur Kenntnis der Banti'schen Krankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 août 1903.)

(4) Sans vouloir se prononcer sur la nature des rapports qui ont pu exister entre la cholélithiase et la cirrhose ultérieure, M. Fichtner se refuse, toutefois, à y voir une simple coïncidence, des calculs biliaires ayant également été trouvés, au cours de l'intervention opératoire, dans un autre cas incontestable de maladie de Banti.

(1) A. H. Wentworth. Association of anemia with chronic enlargement of the spleen. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 3, 10, 17, 24 et 31 oct. 1901.)

(2) G. B. Ramoino. Rapporto morboso fra milza e fegato. (*Gazz. degli Osped.*, 6 août 1899.)

(3) Pour ces arguments, ainsi que pour la réfutation d'autres objections formulées contre la notion de *splénomégalie primitive avec cirrhose du foie*, voir l'article, déjà cité, de M. Banti : Splenomegalie primitive. (*Riforma med.*, 1er, 2, 4 et 5 mars 1901.)

(4) H. Chiari. Ueber Morbus Bantii. (*Prag. med. Wochensch.*, 12 juin 1902.)

(5) E. Maragliano. Splenomegalia primitiva con anemia. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juin 1898.)

encore d'être soutenue par M. Lang (1). Elle paraît, à première vue, d'autant plus plausible que, d'après M. Banti lui-même, « on pourrait être tenté de considérer la splénomégalie avec cirrhose non comme une entité morbide, mais plutôt comme un stade plus avancé de l'anémie splénique ». Cependant, a soin d'ajouter le même auteur, si la splénomégalie avec cirrhose « n'était qu'un stade terminal de l'anémie splénique, il faudrait s'étonner de ce que ce stade est atteint si rarement et de ce que, dans les cas d'anémie splénique qui ont duré deux ans et plus, le foie ne présente pas encore les signes d'une cirrhose évidente ». Au surplus, comme le fait judicieusement remarquer le professeur de Florence, pour différencier ou identifier d'une manière scientifique deux formes morbides, il faut s'appuyer sur les causes, et celles-ci nous sont inconnues dans l'anémie splénique comme dans la splénomégalie avec cirrhose (2).

Malgré ces réserves formulées par M. Banti à l'égard de la non-identité des deux maladies en question, nous estimons que la splénomégalie avec cirrhose du foie mérite de prendre une place à part dans le vaste groupe pathologique auquel on donne le nom d'*anémie splénique*. Alors même que les recherches ultérieures établiraient qu'il y a là réellement une sorte de *famille naturelle*, il importe, pour le moment, et en attendant cette synthèse éventuelle, de scinder l'étude des anémies spléniques, de dissocier cet ensemble touffu qui englobe trop de choses disparates, comme l'a montré, une fois de plus, la discussion qui vient d'avoir lieu au cours de la dernière session de l'Association médicale britannique (3).

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

CHIRURGIE PRATIQUE

L'usage interne du bleu de méthylène comme moyen de faciliter le diagnostic des fistules uréthro-périnéales.

Il y a environ un an, nous avons eu l'occasion de signaler un cas dans lequel un chirurgien américain, M. le docteur Th. G. Davis (de Bridgeton), ayant affaire à un abcès ischio-rectal opéré deux fois sans succès, pratiqua, avant d'intervenir, une injection de bleu de méthylène dans le trajet fistuleux, ce qui lui permit de suivre aisément toutes les anfractuosités de ce trajet et d'assurer l'ablation radicale des parties atteintes (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 325).

De son côté, M. le docteur R. L. Sutton, médecin de la marine des Etats-Unis, fut récemment à même de se rendre compte que l'*usage interne* du bleu de méthylène est susceptible de rendre d'excellents services pour dépister l'existence d'une fistule communiquant avec les voies génito-urinaires. Appelé à donner ses soins à un jeune homme de vingt-huit ans, admis à l'hôpital pour un abcès périnéal, M. Sutton incisa cet abcès et procéda, à l'aide d'un fin stylet mousse, à un examen minutieux de la poche en vue de s'assurer que celle-ci ne communiquait ni avec le rectum, ni avec les organes génito-urinaires. Cette exploration donna un résultat négatif; la miction se faisait, d'ailleurs, librement et sans effort apparent, de sorte que l'hypothèse d'une infiltration d'urine par rupture de la vessie ou de l'urèthre ne paraissait guère plausible. On ne trouva, non plus, aucun orifice anormal conduisant dans le rectum ou dans l'anus. La plaie fut pansée avec de la gaze stérilisée, et, comme le patient présentait un léger écoulement uréthral purulent, on lui prescrivit des capsules contenant du bleu de méthylène et de l'essence de santal. Or, le lendemain, en renouvelant le pansement, on constata que la gaze avait pris une coloration bleu indigo.

Ce fait amena à pratiquer un examen plus attentif de l'urèthre et on découvrit alors, immédiatement en avant de la portion membraneuse du canal, les traces d'un ancien rétrécissement annulaire. Afin d'élucider le diagnostic et de lever tous les doutes, on procéda à un nettoyage soigneux de la plaie extérieure et on y appliqua un étroit coussinet de gaze, solidement fixé en place au moyen d'un bandage en T, en même temps qu'on faisait continuer l'usage des capsules de bleu de méthylène. Le pansement, enlevé dans la soirée du même jour, était encore taché de bleu, comme la première fois, bien que le malade n'eût éprouvé aucune difficulté à évacuer la quantité normale d'urine par les voies naturelles. L'urèthre ayant alors été soumis pendant une huitaine de jours à la dilatation graduelle au moyen de bougies, l'écoulement d'urine par la fistule cessa complètement et la plaie put être fermée sans encombre.

Se basant sur ce fait, M. Sutton estime que le procédé en question, aussi sûr que facile à mettre en pratique, mériterait d'être appliqué toutes les fois qu'il y a lieu de soupçonner l'existence d'une fistule communiquant avec les voies urinaires, ainsi que dans les cas où le trajet fistuleux est trop tortueux et trop irrégulier pour permettre le passage d'une sonde.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Les tumeurs, par MM. S. Duplay et M. Cazin. In-8°, 462 p. avec fig. Paris, 1903.

Le traité des *Tumeurs* de MM. Duplay et Cazin, comme tous les ouvrages d'ensemble, ne se prête guère à une analyse sommaire, et nous n'en rendrions pas compte s'il ne renfermait quelques chapitres consacrés à des sujets qui n'ont pas encore pris place dans les livres classiques et qui ont été jusqu'ici assez négligés en France.

Les *endothéliomes*, notamment, ont été l'objet d'une étude spéciale, d'après les données les plus récentes sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces tumeurs, que certains auteurs confondent avec les sarcomes, alors que leur structure et leur mode d'évolution méritent bien qu'on leur assigne une place à part dans le groupe des néoplasmes. C'est ainsi que beaucoup de sarcomes dits *vasculaires*, et, en particulier, les tumeurs auxquelles on donnait autrefois le nom d'*anévrysme des os*, sont en réalité des endothéliomes. Après une description histologique détaillée des deux types principaux, le type *alvéolaire* et le type *tubulaire*, MM. Duplay et Cazin étudient les *cholestéatomes* néoplasiques qu'ils rangent, avec M. Dor, parmi les endothéliomes, ces tumeurs cholestéariques étant dues à la prolifération monstrueuse des cellules endothéliales différenciées qui tapissent les fibrilles des espaces sous-arachnoïdiens ou fibrilles d'Axel Key, de même que les *psammomes*, ou sarcomes angiolithiques de Cornil et Ranvier, doivent être regardés comme des endothéliomes arachnoïdiens.

En ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie du cancer, les auteurs, après avoir passé en revue tous les travaux publiés dans ces dernières années sur les pseudo-parasites des néoplasmes cancéreux, maintiennent les conclusions auxquelles ils étaient arrivés dans leurs travaux antérieurs (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 349 et 354; 1892, p. 61; 1893, p. 329; 1894, p. 156 et 416). Aucun fait probant n'est venu, en effet, démontrer la transmissibilité du cancer de l'homme aux animaux ou d'un animal à d'autres animaux d'espèce différente. En outre, si les cancers sont transmissibles, dans une même espèce animale, d'un individu à un autre, c'est-à-dire s'ils sont contagieux dans une même espèce, la contagion ne paraît s'effectuer que d'une façon assez exceptionnelle, lorsque, sans doute, certaines conditions de réceptivité spéciale se trouvent réalisées. Quant à la *théorie parasitaire du cancer*, on peut dire que tous les éléments jusqu'ici décrits comme des parasites des cancers épithéliaux se rattachent à des dégénérescences de la cellule néoplasique; les adversaires de cette théorie restent donc en droit de lui opposer, sous des formes diverses, cette idée, malheureusement théorique aussi, que le cancer est dû à une perturbation de l'évolution cellulaire, la cellule épithéliale étant elle-même le parasite qui envahit l'organisme.

Après un chapitre consacré aux *déciduomes malins*, dont la pathogénie n'est pas encore élucidée, puisque les uns font rentrer ces tumeurs dans le groupe des sarcomes, tandis que d'autres les considèrent comme des épithéliomes, MM. Duplay et Cazin étudient, sous le nom de *tératomes malins* — par opposition avec les tératomes bénins, tels que les kystes dermoïdes —, les néoplasmes à tissus multiples dans lesquels on rencontre des éléments épithéliaux, disposés soit comme dans le carcinome, soit comme dans les différentes variétés de cancers épithéliaux, au milieu d'une trame conjonctive qui prend par places tantôt un aspect sarcomateux, tantôt un aspect myxomateux, et renferme en outre, çà et là, des cellules de cartilage, des cavités kystiques, des fibres musculaires, etc. De même que l'on place le point de départ des kystes dermoïdes dans des inclusions épithéliales provenant des téguments internes ou externes, de même il paraît très rationnel d'admettre que ces mêmes débris embryonnaires puissent donner naissance à des tumeurs malignes.

MM. Duplay et Cazin terminent leur ouvrage en exposant les nouvelles méthodes de traitement des affections cancéreuses, notamment les tentatives de sérothérapie dirigées contre le cancer, ainsi que les essais tout récents dans lesquels on a cherché à faire intervenir les divers agents physiques, tels que l'électricité, le froid, les rayons de Röntgen.

Sur un procédé pour aborder les abcès sous-diaphragmatiques du foie, par M. Pacheco Mendes.

Les abcès hépatiques postéro-supérieurs ou sous-diaphragmatiques sont accessibles soit par la voie abdominale, soit par la voie pleurale. L'incision abdominale n'est pas sans offrir de graves dangers et de sérieuses difficultés. Quant au procédé transpleural, il offre l'avantage d'assurer un accès facile sur l'abcès, par le chemin le plus court; mais, malgré toutes les précautions, et quoiqu'on cherche à obtenir par des points de suture la symphyse pleurale et la réunion des lèvres de l'incision de l'abcès à celles de la plaie cutanée, le malade n'est pas à l'abri des complications qui peuvent survenir à la suite de l'ouverture de la plèvre: l'infection et le pneumothorax. C'est pour éviter toute contamination de la séreuse pleurale que M. Pacheco Mendes a mis en pratique sur un malade, porteur d'un abcès sous-diaphragmatique du foie, un procédé qui lui a permis d'évacuer le foyer sans ouvrir la plèvre. Après résection sous-périostée des huitième et neuvième côtes, sur une longueur de 10 centimètres pour l'une et de 8 centimètres pour l'autre, l'auteur a pu décoller le feuillet pariétal de la plèvre des côtes sous jacentes, jusqu'au point de réflexion de ce feuillet sur le diaphragme; le cul-de-sac costo-diaphragmatique étant ainsi dégagé et refoulé en haut, le diaphragme mis à nu a été incisé à sa partie inférieure et cette incision a donné issue au pus, sans aucun risque de pneumothorax ni d'infection pleurale.

Dans l'application de ce procédé parapleural transdiaphragmatique, il faut, toutefois, se méfier de l'absence d'adhérences entre la face supérieure du foie et la face inférieure du diaphragme; aussi, dès que l'on n'est pas certain de ne pas dépasser la limite des adhérences et de ne pas ouvrir ainsi la cavité abdominale, il est prudent de fixer la surface séreuse du foie aux lèvres de la plaie diaphragmatique. (*Rev. de chir.*, juin 1903.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la pathogénie de la phtisie pulmonaire, par M. E. Aufrecht.

Depuis la découverte du bacille de Koch, on a presque complètement laissé de côté l'étude de la pathogénie de la phtisie: l'infection du

(1) G. Lang. De l'anémie splénique et de la maladie de Banti (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai 1903.)

(2) G. Banti. La splénomégalie avec cirrhose du foie. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 319.)

(3) Discussion on the pathology of splenic anæmia. (*Brit. Med. Journ*, 12 sept. 1903, p. 573-581.)

poumon par inhalation de poussières renfermant des bacilles de la tuberculose est, en effet, considérée comme un fait définitivement acquis, de même que le développement initial des tubercules dans les ramifications bronchiques terminales. Or, l'examen histologique du poumon d'un malade mort d'une pleurésie hémorrhagique a contribué à modifier la manière de voir de M. Aufrecht à ce sujet, et à orienter ses recherches dans une autre direction. Deux foyers de la grosseur d'une noisette dans le sommet du poumon droit constituaient, dans ce cas, la seule lésion tuberculeuse reconnaissable à l'œil nu, et une coupe microscopique ayant touché par hasard l'artériole afférente à l'un de ces foyers, dans son axe longitudinal, on constata l'obstruction du vaisseau par un thrombus et un épaississement considérable de sa paroi, tandis que le champ d'irrigation de ce vaisseau, atteint de nécrobiose, était transformé en une masse amorphe, de consistance caséeuse.

L'auteur a, par la suite, retrouvé, dans nombre de cas, les mêmes altérations des vaisseaux au voisinage de tubercules caséifiés, avec épaississement considérable des parois vasculaires. Il en conclut que les lésions de la phtisie pulmonaire, loin de débuter dans les ramifications terminales des bronches, consistent en une prolifération des éléments cellulaires des vaisseaux sanguins, ayant pour résultat un infarctus et la nécrobiose consécutive de la région irriguée par ce vaisseau. Il est d'ailleurs parvenu à reproduire expérimentalement des lésions identiques à celles de la tuberculose humaine en injectant dans les veines d'un lapin le bacille de la tuberculose bovine en culture pure.

La dégénérescence caséeuse ne devrait donc pas être considérée comme résultant uniquement de l'action du bacille de Koch sur le tissu sain, mais bien comme la conséquence de troubles de nutrition dépendant d'une lésion vasculaire primitive; les bacilles qui traversent les parois vasculaires et pénètrent dans ces foyers nécrobiotiques y trouvent des conditions éminemment favorables à leur développement.

Les lésions tuberculeuses diffuses, la pneumonie desquamative ou caséiforme, ne seraient de même que la conséquence d'une réaction inflammatoire au voisinage de tubercules caséeux primitifs. Ces réactions inflammatoires existent autour de chaque tubercule et la pneumonie desquamative ne se distingue que par la grande extension des lésions. Quant aux agents — comme certaines poussières — qui passent pour faciliter l'éclosion de la tuberculose, leur action se réduirait, d'après l'auteur, à favoriser l'inflammation des bronchioles et des alvéoles entourant les tubercules, mais ils ne joueraient pas de rôle direct dans l'étiologie de ces derniers.

Pour M. Aufrecht, il existe en outre une différence fondamentale entre le tubercule cru et le tubercule caséeux, ce dernier ne représentant pas, comme on le croit généralement, une simple transformation nécrobiotique du premier. Les tubercules caséeux se trouvent surtout dans les organes ayant des artères terminales, tels que le poumon, les reins, la rate; ils seraient dus à la nécrobiose résultant de l'oblitération du vaisseau. Les tubercules crus, au contraire, se forment de préférence dans les organes, comme le foie, dont tous les vaisseaux sont reliés entre eux par de riches anastomoses, et c'est l'irritation causée par les bacilles de Koch sur les éléments constituant la paroi du vaisseau sanguin qui provoquerait la prolifération cellulaire leur donnant naissance.

On a considéré la prédilection de la tuberculose pour les lobes supérieurs des poumons comme une preuve de l'infection par les bronches, par suite de la ventilation imparfaite des sommets pulmonaires. Mais cet argument peut, au même titre, être mis à profit pour étayer la théorie de l'infection par les vaisseaux sanguins, attendu que la circulation dans le poumon dépend beaucoup des mouvements respiratoires.

Rejetant l'hypothèse de l'infection par inhalation, M. Aufrecht devait rechercher les voies de pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme. Un de ses élèves, M. Gördeler, a observé, dans plusieurs cas où les ganglions du médiastin adhéraient à un vaisseau sanguin, le passage des bacilles tuberculeux à travers les parois vasculaires intactes; ayant, en outre, examiné les amygdales, ainsi que les ganglions cervicaux et bronchiques, d'un grand nombre d'individus dont la mort n'était pas due à la phtisie pulmonaire, il a constaté plusieurs fois la présence de bacilles de Koch, soit dans les amygdales, soit dans les ganglions; il en conclut que les amygdales doivent être considérées comme l'organe principal de l'infection tuberculeuse. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — A. J.

La paralysie traumatique du nerf spinal consécutive aux fractures de la base du crâne, par M. J. Krähenmann.

C'est un accident de plus à inscrire parmi les « suites » des fractures du crâne guéries, et tel en est le principal intérêt. Il s'agit, en effet, non point d'une paralysie d'origine centrale, mais d'une lésion du tronc nerveux à son passage *dans le trou déchiré postérieur;* or, dans un certain nombre de types de fractures crâniennes, le trou déchiré est intéressé, mais le traumatisme est souvent trop grave et trop rapidement mortel pour que la paralysie spinale ne passe pas inaperçue. Cela suffit à expliquer la rareté apparente de cette complication.

M. Krähenmann n'en donne effectivement que 2 observations émanant de la pratique de M. Kaufmann (de Zurich), et dans la littérature il n'a pu en réunir que 3 autres, publiées par MM. Sauer, Schlodtmann, Schneider : l'étude de ces 5 faits, bien observés, n'en fournit pas moins les éléments d'une bonne description clinique.

Il convient de remarquer, d'ailleurs, que si, en pareil cas, la paralysie spinale est d'importance majeure, il s'y mêle presque toujours quelques traits surajoutés, quelques signes annexes, démontrant que les deux nerfs voisins, le glosso-pharyngien et le pneumogastrique, et parfois même le grand hypoglosse, ont « souffert », eux aussi. De là résulte un certain complexus, qui se retrouve, à quelques nuances près, dans les 5 observations.

Voici, d'abord, les deux faits inédits de M. Krähenmann : un maçon de quarante-deux ans tombe sur la tête d'une hauteur de 11 mètres; il a une perte de connaissance qui dure trois heures, avec hémorrhagie par la bouche et le nez; dès les premiers jours, on note une difficulté particulière de la déglutition, sans autres accidents. Au bout de cinq semaines, le blessé quitte l'hôpital cantonal, et, quatre mois après, l'examen pratiqué pour établir les conséquences de l'accident et le taux de l'indemnité révélait une paralysie complète de la moitié gauche du voile du palais et de la moitié correspondante du pharynx, une paralysie absolue de la corde vocale gauche, une anesthésie totale de la moitié gauche du palais, de la muqueuse pharyngée et de l'épiglotte, l'abolition des réflexes, enfin une paralysie complète du sterno-mastoïdien et du trapèze gauches. Ces diverses paralysies provoquaient des troubles fonctionnels sérieux: la déglutition, impossible pour les aliments solides, ne pouvait s'accomplir que très lentement même pour les liquides, et s'accompagnait souvent d'accès de toux, de régurgitation par le nez, etc.; la voix était sourde, le parler difficile; l'abduction du bras gauche n'atteignait qu'avec peine l'angle droit. Les désordres furent considérés comme définitifs, et le taux de l'indemnité évalué à 40 ou 50 %.

Chez le second blessé, il s'agit encore d'une chute sur la tête, de 4 mètres de haut, suivie d'une perte de connaissance prolongée et d'hémorrhagie bucco-nasale. La gêne de la déglutition est signalée dès le début, et aussi la difficulté de la parole. Neuf mois après, l'examen détaillé aboutit à des constatations très analogues à celles que nous venons d'exposer : paralysie et atrophie du sterno-mastoïdien et du trapèze, paralysie de la moitié droite du voile du palais et du pharynx, de la corde vocale droite, etc.; de plus, la sensibilité au goût avait disparu sur la base de la langue, à droite, et, un peu, sur le côté droit.

Il est vrai que, chez ces deux blessés, comme dans les 3 autres faits antérieurs, le diagnostic de fracture du crâne n'a pas été démontré ni vérifié; pourtant il doit être tenu pour fort probable, et l'auteur fait observer avec raison qu'après un traumatisme de ce genre, quand on constate une paralysie de la septième ou de la huitième paire, on n'hésite pas à admettre la fracture : n'est-il pas rationnel de conclure dans le même sens, lorsqu'on relève les signes d'une lésion des neuvième, dixième et onzième paires?

Or, les signes en question se résument ici dans les termes suivants : 1° paralysie du sterno-mastoïdien et du trapèze; toutefois le faisceau moyen de ce dernier muscle, qui s'attache à l'acromion et qui est innervé par les branches du plexus cervical, reste indemne, ce qui explique l'absence de bascule de l'omoplate; 2° troubles de la déglutition; 3° troubles de la phonation, en rapport avec la paralysie récurrentielle; 4° anesthésie du pharynx et du larynx, d'ailleurs inconstante; 5° troubles de la sensibilité gustative, inconstants aussi, mais qui sont, lorsqu'ils existent, d'un réel intérêt pour le diagnostic.

M. Krähenmann conseille, en effet, très justement, de les rechercher, et, *en présence d'une gêne précoce de la déglution et de la parole, d'explorer la langue et les muscles du cou, sterno-mastoïdien et trapèze.* La paralysie de ces muscles passe aisément inaperçue dans les débuts; dépistée de bonne heure, et rapprochée des autres signes, elle permet de conclure à la lésion des nerfs du trou déchiré.

Le pronostic de cette complication est loin, d'ailleurs, d'être aussi sérieux qu'on pourrait le croire dans les premiers temps : à la longue, les accidents fonctionnels s'atténuent et disparaissent en grande partie, et, si le sterno-mastoïdien et le trapèze restent atrophiés, ils finissent par être bien suppléés. L'auteur a vérifié le fait, non sans quelque surprise, chez ses deux blessés : alors que l'incapacité de travail avait été primitivement évaluée à 40 ou 50 %, tous deux, revus, l'un au bout de neuf mois, l'autre au bout de cinq ans et demi, travaillaient à peu près comme auparavant. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 1-2.) — L.

Contribution à l'étude de l'action de la morphine sur la sécrétion du suc gastrique, par M. H. Holsti.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur les effets de la morphine à l'égard de la sécrétion du suc gastrique : les uns estiment, avec M. Hitzig, MM. Leubuscher et Schäfer, M. Abatkov, que cet alcaloïde entrave l'activité sécrétoire de la muqueuse stomacale, tandis que d'autres, comme M. Kleine et M. Riegel (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 322), le considèrent comme un excitant de la sécrétion du suc gastrique. Cela étant, M. Holsti a jugé utile d'instituer, à son tour, une série de recherches en vue d'élucider cette question.

Ses investigations ont porté, en premier lieu, sur 11 sujets atteints d'hypersécrétion gastrique. On commença par déterminer la quantité et la composition de leur suc gastrique après un repas d'épreuve; puis, on leur injectait sous la peau, en même temps qu'on leur faisait prendre un autre repas d'épreuve, de 0 gr. 01 centigr. à 0 gr. 015 milligr. de morphine. On pratiquait ensuite, à des intervalles d'une heure à une heure et demie, des analyses du contenu stomacal. Dans la plupart des cas (9 sur 11), la morphine a paru exercer, pendant les premières phases de la digestion, une action inhibitrice sur la sécrétion, action qui se traduisait tant par l'abaissement de la quantité du suc gastrique sécrété que par la diminution de l'acidité du contenu stomacal. Une heure ou une heure et demie après l'injection, on constaterait, par contre, une suractivité dans le chimisme gastrique. Toutefois, ce phénomène n'a été observé que 7 fois sur 11.

Dans 3 cas (polyarthrite chronique, neurasthénie et fistule gastrique) où les injections de morphine furent pratiquées à jeun, les résultats ont été à peu près les mêmes : pendant la première demi-heure, l'action de l'alcaloïde est restée nulle; puis, on a noté une hyposécrétion qui dura une heure et demie à deux heures pour faire ensuite place à de l'hypersécrétion.

Enfin chez 3 malades (2 dyspepsies nerveuses et 1 cas de dilatation de l'estomac avec hypersécrétion), l'auteur a étudié l'action de l'usage *prolongé* de la morphine : les résultats furent contradictoires, l'alcaloïde ayant dans 2 cas entravé l'activité gastrique, tandis que chez le troisième patient il agissait comme excitant de la sécrétion stomacale. Quoi qu'il en soit, la quantité de liquide contenu dans l'estomac a toujours augmenté sous l'influence de l'emploi de la morphine, en même temps que son acidité était constamment moindre qu'à l'état normal, ce qui semble correspondre à des troubles de

motilité de l'organe. Aussi M. Holsti serait-il porté à attribuer les effets nuisibles exercés sur l'estomac par la morphine à une influence fâcheuse sur la motilité plutôt qu'à des troubles sécrétoires. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — L. CH.

Du traitement de la tuberculose laryngée par la galvanopuncture, par M. L. GRÜNWALD.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une infiltration tuberculeuse de la muqueuse du larynx, on doit se rappeler, d'abord, que l'infiltration s'étend toujours bien au delà des limites visibles, et ensuite que la tuberculose laryngée à l'état d'infiltration est susceptible de guérison, tant que la muqueuse n'est pas endommagée soit par des ulcérations, soit par des lésions résultant d'un traitement intempestif, les solutions de continuité favorisant l'infection secondaire. Le traitement de choix sera donc celui qui, tout en permettant d'atteindre la partie profonde de l'infiltration, laissera la muqueuse intacte.

L'électrolyse semble bien répondre à ces conditions, mais c'est un procédé extrêmement lent et qui finit par fatiguer les patients bien avant que le but désiré soit atteint. Aussi M. Grünwald, après avoir essayé pendant quelque temps cette méthode, s'est-il vu obligé d'y renoncer et de la remplacer par la galvanopuncture qu'il pratique de la façon suivante : le larynx étant suffisamment anesthésié, on applique sur l'infiltration une fine pointe en platine qu'on fait rougir et qu'on enfonce doucement; quand on se trouve sur du tissu sain, on éprouve une résistance très grande et qui empêche la pointe de pénétrer; on ne s'arrête que lorsqu'on a créé un canal dans lequel la pointe du cautère se meut librement; toute la séance ne dure qu'une dizaine de secondes. La réaction consécutive à ce traitement est minime; dans les cas les plus graves, on voit survenir des douleurs et de la dysphagie dont la durée ne dépasse pas huit jours; chez beaucoup de malades, en revanche, la dysphagie qui existait avant le traitement disparaît immédiatement après la première galvanopuncture. La cicatrisation se fait insensiblement.

Après l'avoir appliqué un grand nombre de fois, M. Grünwald croit pouvoir considérer ce procédé comme doué d'une grande efficacité, à la condition qu'on ne l'emploie que dans des cas appropriés, c'est-à-dire contre l'infiltration circonscrite des parties molles, en dehors de toute lésion cartilagineuse. Il faut ajouter que la galvanopuncture facilite l'inspection de la partie sous-glottique du larynx, inspection que l'infiltration dont la région sus-glottique est le siège rend souvent impossible. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juin 1903.) — S. J.

Evolution de la grossesse et de l'accouchement après une rupture utérine, par M. V. STROGANOV.

La présence d'une cicatrice utérine est à bon droit redoutée comme une cause de rupture en cas de nouveau travail. Si l'on en juge par l'observation de M. Stroganov, pareil accident n'est pourtant pas fatal.

Une femme de vingt-six ans, atteinte d'un rétrécissement du bassin (diamètre sous-promonto-pubien de 10 centimètres), mais dont les quatre premières couches s'étaient bien passées, avait eu, lors de son cinquième accouchement, une rupture utérine pour laquelle on dut pratiquer une laparotomie; à l'opération, on avait constaté une déchirure de la face antérieure du segment inférieur, que l'on avait fermée par trois ou quatre points de suture.

Un an plus tard, cette femme revint, un peu avant le terme d'une nouvelle grossesse, consulter M. Stroganov qui se hâta de provoquer l'accouchement. L'enfant se présentait par le siège : dès que le col permit l'introduction des doigts, on essaya d'abaisser un pied, car la présentation ne s'engageait pas. L'enfant fut ensuite extrait assez rapidement; il était vivant et pesait 3,150 grammes. Dans la crainte qu'il ne se fût de nouveau produit quelque lésion utérine, on explora l'utérus aussitôt après la délivrance. Il fut aisé de retrouver l'ancienne cicatrice; elle était fort épaisse et offrait des bosselures correspondant aux points de suture : c'étaient elles, sans doute, qui avaient gêné l'engagement du siège.

L'heureuse issue de cet accouchement fait penser à M. Stroganov qu'on peut à l'avenir se montrer plus conservateur dans le traitement des ruptures, et ne pas leur appliquer systématiquement l'hystérectomie. Néanmoins, il faudrait, en cas de grossesse itérative, se tenir prêt à intervenir et, tout au moins, à terminer l'accouchement aussi vite que possible. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 1.) — R. DE B.

Opération de la rétroflexion utérine, par M. S. A. ALEXANDROFF.

Les rétroflexions utérines s'accompagnant le plus souvent d'un certain degré de prolapsus de l'organe, prolapsus qui est la conséquence du relâchement de la base des ligaments larges, toute intervention ayant pour but de rétablir l'utérus dans des conditions physiologiques doit tendre à modifier la statique de cet organe. Aussi M. Alexandroff propose-t-il d'opérer de la manière suivante :

Après avoir abaissé le col de l'utérus avec une pince de fixation, on fait dans le cul-de-sac vaginal antérieur une incision ovalaire empiétant à droite et à gauche sur les deux tiers environ des culs-de-sac latéraux. La vessie et l'utérus sont ensuite décollés aussi haut que possible. Puis, une valve étant introduite, on découvre les bases des ligaments larges; on passe alors dans chacune d'elles, à 30 ou 35 millimètres du col, une anse de fil : l'aiguille pénètre par la face antérieure des ligaments et, guidée sur le doigt, ressort par la face postérieure; le fil embrasse ainsi un faisceau de tissus d'une épaisseur d'un centimètre environ. Dans un deuxième temps, l'opérateur, en s'aidant du palper bimanuel, rétablit l'utérus en antéversion; un aide saisit alors les fils, les croise sur la ligne médiane et tire sur eux jusqu'à ce que les bases des ligaments larges viennent se joindre sur la face antérieure du col au niveau de l'orifice interne. Les deux ligaments sont alors fixés l'un à l'autre, ainsi qu'au tissu du col utérin, par deux ou trois points. Il ne reste plus qu'à fermer la plaie vaginale.

On ne peut encore se prononcer sur les résultats éloignés de cette opération, mais, au point de vue des résultats immédiats, elle semble en état de soutenir la comparaison avec les autres procédés vaginaux. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 juin 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Un cas d'anastomose bout à bout de l'artère poplitée à la suite d'une blessure par arme à feu, par M. A. H. FERGUSON.

En raison des résultats encore incertains de la suture artérielle, dont la valeur a été récemment discutée dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 109-111), nous croyons devoir résumer l'observation relatée par M. Ferguson.

Un homme de trente-huit ans avait reçu un coup de feu à 5 ou 6 centimètres au-dessus du genou droit : le membre inférieur était enflé, le pied et la jambe froids, pâles et insensibles. Dans le creux poplité on sentait des pulsations diffuses; on y percevait également un bruit systolique. Une incision faite dans la région poplitée montra que l'artère était sectionnée vers son tiers supérieur; la solution de continuité était complète, car on ne pouvait tenir compte des quelques fibres unissant encore l'artère à la gaine de la veine. Après avivement des extrémités artérielles, le bout supérieur fut invaginé dans le bout inférieur à 6 ou 7 millimètres de profondeur et maintenu en place par quatre points de suture et un petit surjet à la soie; un lambeau du muscle demi-membraneux fut, en outre, ramené sur l'anastomose. La suture achevée et l'hémostase provisoire supprimée, la circulation se rétablit aussitôt et les pulsations réapparurent au cou-de-pied. Le membre, fléchi à angle obtus, fut ensuite immobilisé dans une gouttière.

Le lendemain de l'opération, la sensibilité était revenue dans le pied; la peau avait repris quelque coloration et paraissait chaude, mais quarante et une heures après l'intervention le malade éprouva soudain une douleur vive dans le mollet, en même temps que la coloration et la sensibilité du pied disparaissaient subitement; quatre heures plus tard, la chaleur semblait, au contraire, en voie de revenir et le pied s'était légèrement tuméfié, mais les pulsations de la tibiale antérieure au cou-de-pied avaient disparu. Le lendemain (troisième jour après l'opération), le pied était de nouveau exsangue et insensible. La gangrène se développa bientôt et entraîna la perte des orteils, ainsi que, par places, celle de la peau du talon et de la plante du pied.

Trente et un jours plus tard on fit une amputation économique des métatarsiens; mais les os, imparfaitement recouverts par les parties molles et la peau, se nécrosèrent et il fallut réamputer le malade au niveau de l'articulation médiotarsienne. Cinq mois après, l'auteur, ayant dû exciser la cicatrice poplitée qui gênait les mouvements du genou, put constater la parfaite perméabilité de l'artère. (*Ann. of Surgery*, mai 1903.) — R. DE B.

Some observations on the poison of Russell's viper (Daboia Russellii). In-4°, 39 p. Calcutta, 1903. — **Observations sur le venin de la vipère de Russell,** par MM. G. LAMB et W. HANNA.

Les recherches de MM. Lamb et Hanna constituent une intéressante contribution à l'étude des venins de serpents, et spécialement de celui d'une vipère particulière, le *Daboia Russellii*.

Dans les expériences des auteurs, le venin recueilli était desséché, pulvérisé, pesé et dissous dans une solution saline, de façon à obtenir un titrage exact. Ainsi préparé, ce venin — qu'on l'injecte par voie sous-cutanée ou par voie veineuse — produit constamment des thromboses vasculaires, quand la dose est mortelle; toutefois ces thromboses peuvent être très limitées comme nombre ou comme importance des vaisseaux atteints, ce qui explique les observations contradictoires faites à ce sujet. Il est à remarquer que si la dose injectée n'est pas suffisante pour causer des thromboses mortelles, l'animal en expérience ne présente souvent rien d'anormal.

Les animaux empoisonnés offrant, en outre des symptômes imputables aux thromboses, un certain nombre de phénomènes nerveux, tels qu'agitation, perte de l'équilibre, convulsions, etc., etc., il y a lieu de se demander si ces troubles ne sont pas dus, comme pour le venin du cobra, à une action spéciale du poison sur les centres nerveux. Cette hypothèse n'est pourtant pas exacte en ce qui concerne le venin de la vipère de Russell, car les injections directes pratiquées dans la moelle épinière ne produisent que des accidents insignifiants, n'ayant rien de caractéristique. De plus, en étudiant comparativement l'action de la chaleur sur le venin du cobra et sur celui du *Daboia Russellii*, les auteurs ont constaté que ce dernier ne renferme pas d'albumose capable d'agir sur les centres nerveux, car au delà de 73°, température qui détruit les propriétés toxiques du venin du cobra, les effets toxiques du venin de la vipère de Russell demeurent à peu près les mêmes. Toutefois, quand le venin est en solution très étendue, cette température anéantit presque entièrement sa virulence.

L'injection répétée de petites doses du venin du *Daboia Russellii* amène un état d'intoxication chronique, caractérisé par des hématuries, du melæna, des œdèmes, de l'hypothermie, de la somnolence, de l'amaigrissement et de l'asthénie cardiaque. Il est de plus à noter que, dans ces intoxications chroniques, le sang a perdu sa coagulabilité ou ne se coagule que difficilement, et que généralement il existe un certain parallélisme entre ce retard de la coagulation et la gravité de l'intoxication. Chez les animaux succombant dans cet état on trouve des lésions assez variables, mais dépourvues de toute spécificité. — R. DE B.

De la suffocation des malades par les vomissements fecaloïdes au cours des opérations pour obstruction intestinale et péritonite septique, par M. E. W. ANDREWS.

Dans le présent travail, M. Andrews met en garde contre de soi-disant morts par chloroforme, qui seraient dues en réalité à la suffocation par des matières fécaloïdes; 3 fois il a eu l'occasion d'observer pareil accident.

Le premier cas concerne un jeune homme de dix-huit ans qui venait d'être opéré d'une appendicite suppurée. Une heure environ après la fin de l'intervention, le malade, qui avait repris

connaissance, devint subitement cyanotique, fit un effort comme s'il étouffait et cessa de respirer. Ecartant aussitôt les mâchoires et tirant la langue en avant, l'auteur, qui était présent, trouva la bouche et le nez pleins de matières fécaloïdes : en plaçant la tête en position déclive, il sortit une quantité considérable de ces matières. Tous les efforts pour ranimer le patient demeurèrent sans résultat.

La seconde observation est celle d'un enfant atteint d'obstruction intestinale : au moment de l'opération il fut pris d'une légère cyanose et de vomissements fécaloïdes. On commença tout de même à l'endormir, mais au bout d'une minute à peine il cessa tout à coup de respirer et devint cyanotique. On le retourna et il s'échappa une quantité énorme de liquides fécaloïdes par la bouche et les narines. Il fut également impossible de le ramener à la vie.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait d'un homme d'une certaine corpulence qu'on opérait pour obstruction intestinale, quand soudain il rendit un liquide brunâtre, fécaloïde, dont une partie retomba dans la trachée et le suffoqua.

Ajoutons que divers opérateurs ont communiqué à M. Andrews des faits analogues.

Dans les interventions pour obstruction intestinale ou péritonite septique — surtout si les malades manifestent des tendances au collapsus —, il importe donc, avant d'opérer, de vider l'estomac par un lavage. Cette précaution ne met pas, d'ailleurs, à l'abri de tout accident, car la quantité de liquide distendant l'intestin et pouvant refluer à tout instant dans l'estomac est vraiment colossale. Le mieux serait, en pareille occurrence, d'opérer à la cocaïne. (*Ann. of Surgery*, juin 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

L'unicité du parasite de la malaria, par M. W. J. Van Gorkom.

Dans le présent travail, M. Van Gorkom combat l'opinion tendant à imputer les diverses formes de la malaria à des espèces parasitaires différentes bien qu'apparentées.

Cette opinion, à son avis, ne repose que sur une hypothèse et une pétition de principe. L'hypothèse est qu'à chaque accès de fièvre correspond une sporulation; or, ce fait n'est pas démontré, et le temps variable qui s'écoule chez un même individu, atteint d'une forme déterminée de la malaria, entre ces soi-disant sporulations est de nature à rendre suspecte l'exactitude de cette théorie; ce qui lui est encore plus défavorable, c'est la transformation assez commune des diverses formes cliniques de la malaria les unes dans les autres : cette transformation plaide évidemment en faveur de l'unicité du parasite. Les partisans de la multiplicité, il est vrai, font intervenir dans l'explication de ces derniers faits les « redoublements »; ils supposent que de nouveaux parasites arrivant à maturité produisent des spores en assez grand nombre pour amener un nouvel accès de fièvre dans l'intervalle des accès réguliers d'une fièvre quarte ou d'une fièvre tierce. Malheureusement pour cette hypothèse, le sang des paludéens ne renferme pas toujours, dans ces cas, des hématozoaires d'une seule espèce.

La pétition de principe commise par les partisans d'espèces infectieuses multiples est la suivante: les parasites ayant été classés en parasites de petites et parasites de grandes dimensions, ceux-ci furent, à l'origine, considérés comme bénins et ceux-là comme malins. Depuis lors on continue à imputer aux formes bénignes ou malignes les fièvres palustres dans lesquelles on rencontre soit l'une soit l'autre de ces espèces parasitaires, sans guère se préoccuper de savoir si cette classification répond à la réalité clinique. Or, la malignité, caractérisée par les accidents pernicieux, n'est nullement l'attribut constant des petits parasites; l'auteur a vu mourir, entre autres, un enfant atteint de symptômes indiscutables de fièvre pernicieuse et dont le sang ne contenait que de gros parasites; il pense même que les petits parasites sont si loin de prédominer dans les accès pernicieux que c'est peut-être le contraire qui serait vrai.

Quant aux autres caractères qui serviraient à différencier les parasites bénins ou malins (nombre des spores, mouvements amiboïdes, pigmentation), ils sont si peu constants pour chaque groupe qu'on est exposé à tout instant à des confusions ou à la méconnaissance des côtés cliniques de la maladie. Il est en somme probable que la diversité de forme des parasites malariens est uniquement sous la dépendance de facteurs physiques ou physiologiques. La dimension, les mouvements amiboïdes des parasites, la décoloration des hématies, la multiplicité des spores, par exemple, peuvent être simplement dus à un accroissement plus ou moins rapide des hématozoaires trouvant dans le sang du sujet qui les porte des conditions plus ou moins favorables de développement. (*Geneesk. Tijdschr. voor Nederl.-Indië*, XLII, 6 et XLIII, 1.) — R. DE B.

Hébotomie avec élargissement persistant du bassin, par M. Th. H. Van de Velde.

Par hébotomie, M. Van de Velde entend l'ischio-pubiotomie, opération qui, d'après son expérience personnelle portant déjà sur 4 cas, serait appelée à remplacer la symphyséotomie. En effet, elle donnerait lieu à une hémorrhagie moindre; la solution de continuité des os ou des parties molles ne serait pas exposée à communiquer avec le vagin, dont elle demeure fort distante; les os, sectionnés entre les fibres des muscles adducteurs, tendraient à bâiller beaucoup moins et se laisseraient plus facilement rapprocher; enfin un cal solide s'obtiendrait à coup sûr, étant donné que l'on réunit deux surfaces osseuses, au lieu de deux cartilages.

Il est vrai que la pseudarthrose consécutive à la symphyséotomie a été donnée comme un des avantages de cette dernière opération, en ce sens qu'il en résulterait un élargissement ou une élasticité permanente du bassin. Le fait est incontestable, mais très souvent il ne s'achète qu'au prix de troubles considérables de la marche ou de la station. Or, chez sa dernière opérée par hébotomie, l'auteur a pu obtenir cet élargissement du bassin sans troubles statiques d'aucune sorte. Voici en résumé cette observation :

Une primipare de trente ans présentant un bassin rachitique aplati et ayant dû subir l'hébotomie du côté gauche, M. Van de Velde laissa intentionnellement subsister entre les os un écart d'un bon travers de doigt. La guérison fut rapide et au bout de six semaines la malade pouvait retourner à ses occupations ouvrières. L'élargissement cherché s'était maintenu, car le bassin était devenu légèrement asymétrique : le clitoris, l'urèthre, la symphyse étaient déplacés à droite; l'épine iliaque antéro-supérieure droite se trouvait à 17 centimètres de la symphyse, alors que celle du côté gauche en était éloignée de 19 centimètres. De plus, sur une radiographie prise quatre mois après l'opération, on pouvait constater les mêmes rapports et s'assurer *de visu* que la solidité de la ceinture pelvienne ne laissait rien à désirer. La face postérieure du cal offre bien une légère saillie, mais il est à prévoir que celle-ci disparaîtra peu à peu. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 mai 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Sur la transmissibilité des parasites de la malaria de la mère au fœtus, par M. S. Sereni.

Il est bien connu aujourd'hui qu'un certain nombre d'infections peuvent se transmettre de la mère au fœtus à travers le placenta; pour le paludisme, la question est encore en suspens, les résultats obtenus de divers côtés sur ce sujet étant quelque peu contradictoires. C'est pour contribuer à l'élucider que l'auteur a fait des recherches à l'hôpital de San Giovanni in Laterano, de Rome, où sont hospitalisées la plupart des femmes gravides de la campagne romaine, région désolée, comme on le sait, par la malaria.

Il relate les observations de 4 femmes, paludéennes « en activité », fébriles ou apyrétiques au moment de l'accouchement, mais chez lesquelles l'examen hématologique révélait en tout cas la présence de nombreux parasites. Des 4 enfants auxquels elles donnèrent le jour, 2 survécurent et furent allaités par leurs mères; or, ni chez l'un ni chez l'autre, on ne constata par la suite le moindre signe de malaria, pas plus à l'examen objectif que par l'étude minutieuse de la température, et le sang extrait par piqûre de la pulpe d'un doigt ne contenait ni parasites, ni leucocytes pigmentés, ni pigment libre. Chez les 2 autres — l'un mort-né, l'autre qui succomba peu après la naissance —, les résultats furent également absolument négatifs, et ni dans le sang ni dans les divers organes on ne put déceler de parasites ou de lésions paludéennes.

En ce qui concerne les placentas, on pouvait distinguer très nettement, sous le microscope, les territoires sanguins maternels — dans lesquels presque toutes les hématies renfermaient des parasites, tandis que nombre de leucocytes y étaient chargés de mélanine — d'avec les territoires fœtaux dont les globules rouges et blancs étaient normaux.

A ces 4 faits, M. Sereni en joint 2 autres, de tout point comparables, qui lui ont été communiqués par M. A. Tornù : ici encore ni le sang fœtal ni celui du cordon ombilical n'étaient infectés, alors que le sang maternel, de même que la partie maternelle du placenta, était abondamment pourvu de parasites.

Aussi l'auteur conclut-il que la transmission de la malaria de la mère au fœtus à travers un placenta normal, si tant est qu'elle existe, doit être extrêmement rare. Il fait observer qu'on ne saurait considérer comme *paludisme congénital* celui que contracte le fœtus soit pendant la gestation, à la suite d'une hémorrhagie à l'intérieur du placenta, soit durant l'accouchement, à la faveur d'une lésion quelconque de ses propres téguments, puisqu'il s'agit là, en réalité, de malaria transmise *par inoculation*.

M. Sereni a voulu, en outre, rechercher quelle pouvait être l'influence du paludisme sur l'évolution de la grossesse. Il a pu rassembler un total de 51 observations, dont 25 concernant des fièvres estivo automnales et 26 des fièvres printanières; 18 de ces femmes seulement ont mené leur grossesse à terme, 29 ont accouché prématurément, 4 ont avorté. La malaria estivo-automnale est à ce point de vue beaucoup plus grave que la printanière : elle a causé, sur 25 cas, 22 accouchements avant terme ou avortements, tandis que les fièvres printanières, sur 26 cas, n'ont mis obstacle que 11 fois à la continuation de la grossesse. En ce qui concerne les 51 fœtus, 10 étaient mort-nés, 3 succombèrent peu après la naissance, 38 survécurent; et à cet égard encore c'est le paludisme estivo-automnal qui a les plus déplorables conséquences, puisque, sur les 13 décès infantiles ci-dessus mentionnés, 11 lui sont imputables.

Ajoutons que l'auteur n'a jamais observé de parasites de la malaria dans le lait des accouchées paludéennes; l'hypothèse d'une infection des enfants par cette voie ne repose donc jusqu'ici sur aucune base sérieuse. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXIX, 1.) — F. F.

La synorchidie dans les opérations conservatrices sur le testicule, par M. G. Pascale.

Les opérations conservatrices sur la glande séminale, notamment en cas de tuberculose épididymaire, n'ont le plus souvent pour effet que de laisser au malade un « testicule moral », étant donné que la glande privée de ses voies d'excrétion ne tarde généralement pas à subir un processus d'involution, même si les connexions vasculaires et nerveuses ont été soigneusement respectées. Pour obvier à ce grave inconvénient, on a proposé de réunir, après résection de l'épididyme infectée, le canal déférent au testicule qui, protégé par l'albuginée, est ordinairement sain. Mais cette intervention est passible de divers reproches : souvent les lésions s'étendent à une partie plus ou moins considérable du canal déférent, d'où le danger de faire une véritable greffe tuberculeuse au niveau du testicule encore indemne, et, en outre, il n'est pas sûr que le rétablissement anatomique des voies d'excrétion du sperme soit suivi de leur rétablissement fonctionnel.

Cela étant, l'auteur a eu l'idée de pratiquer une opération qui, d'après les recherches expérimentales qu'il a effectuées avant de l'exécuter sur l'homme, assure l'avenir physiologique du testicule du côté opéré. Elle consiste essentiellement à faire déverser la sécrétion de ce testicule dans le testicule du côté sain — de façon que le canal déférent de ce même côté charrie finalement la sécrétion des deux glandes — et

comprend les temps suivants : résection systématique de tout l'épididyme et de tout le canal déférent du côté malade, en respectant les nerfs et les vaisseaux; ouverture du corps d'Highmore pour s'assurer de l'intégrité de cet organe; greffe de celui-ci sur la convexité du testicule du côté sain, au niveau de la base des lobules spermatiques, après résection du septum intertesticulaire; reconstitution, autour de cette « double glande », d'un scrotum avec ses divers plans, depuis la vaginale jusqu'au dartos.

M. Pascale a eu jusqu'ici l'occasion de pratiquer 4 fois cette *synorchidie* avec des résultats satisfaisants; 3 de ses malades étaient affectés d'épididymite tuberculeuse fistulisée; le quatrième portait un néoplasme de l'épididyme, de nature indéterminée. (*Riforma med.*, 10 juin 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

Les formes cliniques et la pathogénie du mal de Bright chronique, par M. N. Kabanov.

Le présent volume comprend la relation détaillée de 121 cas de mal de Bright, traités à la clinique de M. le professeur Ostrooumov (de Moscou), et une longue étude de M. Kabanov, basée sur ces observations et intitulée : *Les formes cliniques et la pathogénie du mal de Bright chronique*. L'auteur estime que, dans la très grande majorité des cas, les affections rénales relèvent d'une toxémie d'origine endo ou exogène. Toutefois, les toxines exogènes (syphilis, alcoolisme, malaria, tuberculose, suppurations) ne suffiraient que rarement pour déterminer des troubles dans le fonctionnement du rein, en l'absence de toute tare congénitale : le plus souvent, ces toxines agissent concurremment avec la toxémie endogène liée à des échanges organiques défectueux (goutte, rhumatisme chronique, lithiase, etc.) ou encore avec la suralimentation, celle-ci ayant pour conséquence l'insuffisance rénale.

Passant en revue les principales manifestations cliniques du mal de Bright, M. Kabanov s'arrête tout d'abord sur les troubles d'innervation et montre que nombre de symptômes nerveux de l'urémie dépendent, pour une grande part, des particularités congénitales ou héréditaires du système nerveux (tendance aux convulsions, aux migraines, aux troubles psychiques, etc.).

L'hérédité semble également jouer un rôle important dans les accidents cardiaques qui se produisent au cours de l'urémie.

En ce qui concerne la pathogénie des œdèmes brightiques, l'auteur attribue une grande influence à la diminution du fonctionnement des glandes sudoripares, diminution qui témoignerait d'un état de déséquilibration — congénitale ou acquise — des téguments. L'abaissement de la sécrétion sudorale se manifeste souvent dans les premières phases du mal de Bright, en déterminant une surcharge de travail des reins et en favorisant de la sorte l'insuffisance de ces organes.

Les troubles gastro-intestinaux chez les brightiques sont, ordinairement, d'origine secondaire et se développent concurremment avec l'urémie, pendant la période terminale de l'affection. L'état congénital du tube digestif ne joue ici aucun rôle. Mais il est loin d'en être de même pour le foie, dont les particularités congénitales tiennent une place considérable dans la pathogénie du mal de Bright et retentissent sur la forme clinique que revêt cette affection.

Relativement aux altérations de la composition du sang chez les brightiques, M. Kabanov insiste sur l'anémie qui constitue, pour ces malades, une des principales conditions des troubles de compensation.

L'auteur consacre ensuite un chapitre au rôle de l'hérédité dans le développement des diverses formes cliniques du mal de Bright. Mettant à profit les faits que nous venons de passer en revue, il croit pouvoir établir deux catégories de cas, suivant que l'hérédité retentit sur un grand nombre de détails du tableau clinique ou se borne seulement à imprimer une direction déterminée au processus morbide. M. Kabanov se montre, d'ailleurs, très sceptique à l'égard de ce qu'on est convenu d'appeler les *formes cliniques* de mal de Bright, estimant qu'il est, en réalité, difficile, voire même impossible, de rattacher chaque cas particulier à un type nettement déterminé. (*Archives de la clinique du professeur Ostrooumov*, I.) — L. CH.

Le diabète insipide chez l'enfant, par M. A. Popov.

Le présent mémoire est basé sur 12 observations, dont 2 personnelles et 10 recueillies dans la littérature médicale russe, laquelle ne compterait que 6 cas de diabète sucré et 10 de diabète insipide chez les enfants, bien que, d'après M. Külz, la première affection semble plus fréquente, dans la pratique infantile, que la seconde.

Sur les 12 cas en question, 9 avaient trait à des petits garçons et 3 à des fillettes. Quant à l'âge des patients, 7 observations se rapportaient à des enfants âgés de cinq à quatorze ans, et 5 à des petits malades entre un et cinq ans.

Au point de vue de l'étiologie de l'affection, il est intéressant de noter que, dans 6 cas sur 12, il existait des antécédents névropathiques héréditaires et que, chez 2 des jeunes patients, les troubles morbides avaient été précédés de traumatismes ayant porté sur la tête.

La durée moyenne de la maladie est de six ans.

Le traitement consiste surtout dans l'emploi des narcotiques et des antispasmodiques, tels que la belladone, la valériane, l'antipyrine, etc. D'après l'expérience de M. Külz et de M. Goundobine, les bains tièdes et les courants continus donneraient également de très bons résultats. Toutefois, il est rare qu'on parvienne à obtenir la guérison complète; c'est ainsi que, sur les 12 cas qui font l'objet du mémoire de M. Popov, 4 seulement ont été améliorés d'une façon durable sous l'influence du traitement, celui-ci étant, par contre, resté à peu près sans effet sur les 8 autres malades. (*Méd. Obozr.*, LX, 13.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'usage interne de l'acide phénique à hautes doses comme moyen de traitement de la peste.

Il y a environ quatre ans, M. le docteur J. M. Atkinson, alors médecin en chef au Government Civil Hospital de Hong-Kong, ayant eu connaissance des bons effets obtenus par M. le docteur A. Wiglesworth (de Liverpool) dans le traitement de la grippe par l'acide phénique à hautes doses, a eu l'idée d'expérimenter le même moyen dans un cas de peste bubonique. Il commença par administrer, toutes les deux heures, 0 gr 75 centigr. d'acide phénique; puis, au bout de soixante heures, il espaça et diminua les prises, en faisant absorber, toutes les quatre heures, 0 gr. 40 centigr. de phénol. Au septième jour, la coloration noirâtre des urines obligea à réduire la dose à 0 gr. 12 centigr., répétés seulement deux fois dans les vingt-quatre heures, et on continua de la sorte pendant une quinzaine de jours encore. Les effets de cette médication se traduisirent par un abaissement de la température, par la cessation des vomissements et par la disparition de l'état de dépression psychique grave dans lequel se trouvait le malade avant le traitement.

Depuis lors, M. le docteur J. Bell, assistant dudit hôpital, a également relaté un cas de peste à forme pneumonique, dans lequel l'usage interne de l'acide phénique à la dose de 0 gr. 75 centigrammes, répétée toutes les trois heures pendant deux jours et toutes les quatre heures les deux jours suivants, permit de sauver le malade.

De son côté, M. Atkinson a, depuis la publication de sa première observation, eu plusieurs fois l'occasion de se convaincre de l'efficacité du procédé thérapeutique en question, notamment dans 6 cas de peste traités, cet été même, au Kennedy Town Hospital de Hong-Kong.

Injection intrarachidienne d'adrénaline comme préliminaire de la cocaïnisation de la moelle.

On sait que l'adrénaline a souvent été associée, dans ces derniers temps, au chlorhydrate de cocaïne, surtout lorsqu'il s'agit d'obtenir l'anesthésie des tissus enflammés (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 208 et 1903, p. 68). Aussi, sur les conseils de M. le docteur A. Bier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bonn, M. le docteur A. Dönitz a-t-il institué une série de recherches expérimentales en vue de se rendre compte s'il ne conviendrait pas d'appliquer cette association à la cocaïnisation de la moelle épinière; ces essais donnèrent des résultats très encourageants. Cela étant, le procédé en question a été employé chez l'homme de la façon suivante : après avoir injecté dans le canal rachidien 0 c.c. 5 d'une solution d'adrénaline à 1 ‰, additionnée de la même quantité d'eau, on y introduit, au bout de quelques minutes, de 0 gr. 0075 décimilligr. à 0 gr. 015 milligr. de cocaïne. L'anesthésie obtenue de la sorte permettrait d'effectuer de grandes opérations, sans donner lieu aux phénomènes fâcheux que l'on observe si souvent à la suite de la cocaïnisation médullaire pratiquée suivant la technique habituelle.

Sans vouloir se prononcer d'ores et déjà sur la valeur du procédé en question, M. Dönitz est cependant porté à croire que l'injection préalable d'adrénaline rend la cocaïnisation rachidienne tout à fait inoffensive.

Emploi combiné de l'écorce de grenadier, du simarouba et du bois de campêche contre la dysenterie.

Pratiquant depuis de longues années dans les pays chauds, M. le docteur L. Köhler (de Caracas) a été à même de se convaincre que les moyens employés par certains indigènes pour combattre la dysenterie sont beaucoup plus efficaces que les remèdes auxquels on a habituellement recours, dans ce but, en Europe. L'écorce de grenadier, celle de simarouba et le bois de campêche se montreraient particulièrement utiles. On les emploie soit séparément, soit ensemble, en versant de l'eau sur ces substances réduites en parties plus ou moins ténues et en exposant ensuite le tout aux rayons du soleil; le lendemain, l'infusion est prête pour l'usage. Dès les premiers essais que notre confrère institua avec cette préparation, il put se convaincre de son efficacité. Toutefois, comme le remède était parfois mal toléré par l'estomac, surtout lorsqu'on l'administrait en quantité considérable, et qu'il déterminait des vomissements, M. Köhler eut l'idée d'utiliser les trois drogues en question, non pas en infusion, mais sous la forme d'extraits fluides, en leur associant une faible dose de nitrate d'argent. Les effets de cette médication dépassèrent de beaucoup les prévisions de notre confrère : même dans les cas les plus graves, une amélioration notable ne tardait pas à se produire en moins de douze heures, et cela sans que l'emploi de la préparation donnât lieu au moindre symptôme d'intolérance, alors même qu'il s'agissait d'individus à estomac délicat ou d'enfants en bas âge.

Un procédé opératoire simple du phimosis congénital.

Partant de cette considération que, dans le phimosis congénital, l'impossibilité de « décalotter » tient moins à l'étroitesse de l'orifice cutané qu'à un rétrécissement de l'anneau muqueux, un confrère anglais, M. le docteur J. F. Woodyatt (de Halifax), recommande, pour remédier à ce vice de conformation, le procédé suivant, qu'il a maintes fois eu l'occasion d'appliquer et qui lui aurait toujours donné des résultats parfaits :

Après avoir saisi le gland entre le pouce et l'index de la main gauche, on rétracte autant que possible le prépuce et, à l'aide de ciseaux pointus, on fend l'anneau muqueux, d'abord à droite, puis à gauche, en s'appliquant à inciser sur une égale étendue de chaque côté. Ceci fait, on découvre le gland, en rompant les adhérences préputiales et en débarrassant les parties du smegma, puis on réunit les lèvres de chaque incision par un point de catgut, de manière à transformer la plaie longitudinale en une plaie transversale. On recouvre ensuite le gland et, si les sutures ne sont pas éliminées spontanément, on les enlève au bout d'une huitaine ou d'une dizaine de jours. On aurait alors la satisfaction de constater qu'il n'existe plus aucune trace de phimosis.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude expérimentale de l'action des solutions de chlorure de sodium sur l'épithélium rénal.

Les accidents que peuvent produire les traitements chlorurés chez les malades atteints de néphrite nous sont connus surtout depuis la publication des travaux récents sur le rôle de la rétention des chlorures dans la production des œdèmes brightiques.

Cependant l'emploi systématique des injections de sérum artificiel, au cours de beaucoup d'infections et à la suite de toutes les opérations, aurait été, chez des sujets atteints de néphrite interstitielle, la cause de complications capables de faire mettre en doute l'action bienfaisante de l'eau salée, tout au moins en ce qui concerne ces malades; et l'un de nous (1) signalait, dans un ouvrage récemment paru, des accidents graves, et même mortels, survenus chez des brightiques à la suite d'injections massives de sérum.

Mais il ne s'agissait là, en somme, que de constatations cliniques, sans qu'on eût cherché à élucider la pathogénie d'accidents qui pouvaient être imputables tout aussi bien à la quantité d'eau injectée qu'à une toxicité spéciale du chlorure de sodium.

Il fallut les travaux de ces dernières années pour permettre d'envisager ce côté de la question. C'est à M. Achard (2) que revient l'honneur d'avoir conçu et formulé la théorie pathogénique de l'œdème brightique, d'après laquelle « les substances non éliminées s'accumulent dans les tissus, en y attirant l'eau nécessaire à leur dilution, car, en vertu des actes régulateurs, les substances retenues, et en particulier les chlorures, ne peuvent séjourner dans l'organisme que diluées à un certain degré ».

Cette théorie de la rétention des chlorures fut féconde en déductions : c'est d'elle que sont nées les études sur l'ingestion des chlorures, faites par MM. Achard et Lœper (3), l'épreuve de la chlorurie alimentaire de MM. Claude et Mauté (4), les travaux récents sur les œdèmes brightiques, cardiaques (5), etc.

M. Widal a eu le grand mérite, dans ses travaux avec M. Lemierre et avec M. Javal, « de faire entrer la question dans le domaine des faits et d'en tirer des conséquences pour la pratique ». Il a montré, en effet, comment, chez certains brightiques d'un type déterminé, on peut, par l'ingestion prolongée des chlorures, faire apparaître à volonté les grands œdèmes généralisés, et comment on peut les faire disparaître par la seule cessation de l'épreuve de la chlorurie alimentaire; il est arrivé ainsi à cette conclusion pratique très importante que le chlorure de sodium est l'aliment dangereux pour certains brightiques, qui, en revanche, sont améliorés par une « cure de déchloruration ».

Il était logique qu'à la suite de ces constatations faites chez les brightiques, on se demandât si les solutions chlorurées ne sont pas, dans certaines conditions, toxiques pour l'épithélium rénal; et, en fait, M. Dufour posa la question dans les termes suivants, à l'occasion de la première communication de M. Widal : « J'ai rapporté, dit-il, deux faits montrant l'action bienfaisante de la chlorurie alimentaire sur le système nerveux, et je disais que le chlorure de sodium peut avoir une influence tonique ou toxique sur les cellules. Je pense que l'action du chlorure peut s'exercer également soit en bien, soit en mal sur le tissu rénal, comme sur le tissu nerveux, comme d'une façon générale, d'ailleurs, sur tous les systèmes cellulaires, et cela dans certaines conditions à déterminer. »

Les faits cliniques semblent avoir donné raison à M. Dufour, en ce qui concerne l'action toxique du chlorure de sodium sur les reins. En effet, dans l'observation de MM. Widal et Javal, « la courbe de l'albuminurie a toujours varié dans le sens de la chloruration des régimes, s'élevant ou s'abaissant suivant la quantité de chlorure de sodium ingérée ».

De leur côté, M. Claude, M. Achard, M. Vaquez ont relaté des observations dans le même sens, montrant l'action fâcheuse que peut exercer le sel en excès sur l'état du rein.

Mais quand il s'agit de savoir quelle sorte d'action le chlorure de sodium a sur le rein, chaque auteur apporte son hypothèse : M. Widal semble admettre avec M. Dufour une action toxique des solutions de chlorure de sodium sur les épithéliums rénaux; M. Claude pense qu'il s'agit d'une incapacité fonctionnelle du rein, due au surmenage imposé par une élimination trop considérable de chlorures; M. Achard croit plutôt que les chlorures agissent en quelque sorte mécaniquement, en tant que molécules encombrantes, mais pour lui il s'agit là en réalité « de points sur lesquels la lumière n'est pas faite ».

Dans ce travail, nous nous proposons d'étudier cette action des solutions de chlorure de sodium sur le rein. Nous nous sommes adressés à l'expérimentation parce que, pour résoudre un problème de physiologie pathologique aussi complexe que celui-ci, nous devions nous placer dans des conditions telles que nous pussions être sûrs que l'action du chlorure de sodium fût exclusivement en jeu : or, l'expérimentation est seule capable de réaliser ces conditions idéales.

Nous avons envisagé tout d'abord l'action exercée *in vitro* sur le tissu rénal par des solutions de chlorure de sodium à tension osmotique variable. Puis, nous avons étudié l'action expérimentale de la déchloruration et de l'hyperchloruration sur les reins des animaux. Chemin faisant, nous aurons l'occasion de montrer comment cette étude nous a fourni des résultats intéressants, non seulement au point de vue de l'action nocive du chlorure de sodium, mais encore au point de vue de la physiologie pathologique du rein.

I

Voyons en premier lieu ce qui concerne l'action exercée *in vitro* par les solutions de chlorure de sodium sur l'épithélium rénal.

Les recherches visant ce point pouvaient être pratiquées de deux façons : ou bien en isolant des cellules rénales par raclage et en les soumettant à l'action de diverses solutions, ou bien en mettant au contact de l'eau salée de petits fragments de rein.

Nous avons essayé ces deux procédés, mais nous rejetons le premier qui, s'il a le mérite d'être beaucoup plus simple, offre, en revanche, le grave inconvénient d'être trop grossier, car on obtient indistinctement par raclage aussi bien les épithéliums des tubes contournés que ceux des tubes collecteurs, et comme on ne peut pas suffisamment les différencier, il est impossible de savoir l'action qu'exerce l'eau salée sur chacun d'eux; or, nous verrons que cette action est tout à fait différente dans les deux cas.

Nous avons donc accordé la préférence au second procédé qui est beaucoup plus scientifique : c'est d'ailleurs une application au tissu rénal de la méthode employée pour l'étude de l'hémolyse; c'est aussi d'un procédé analogue que se sont servis MM. Chantemesse et Lamy dans leurs recherches concernant l'action des toxines sur le muscle cardiaque, et rien ne paraît plus simple *a priori* que la mise en œuvre de cette méthode quand il s'agit du rein. Il suffit en effet, théoriquement, de placer des fragments de rein dans des solutions salines titrées, et d'examiner ensuite — après fixation — les altérations fines qu'ils peuvent présenter.

En application, ce procédé présente de nombreuses difficultés d'exécution que nous devons exposer, et contre lesquelles il importera de se tenir en garde, si l'on veut répéter nos expériences. Ces difficultés proviennent de ce que le tissu rénal est très difficile à fixer, et de ce que les milieux habituellement usités en histologie sont capables de provoquer à eux seuls des lésions de l'épithélium des *tubuli contorti* : il faudra donc prendre les plus grandes précautions en ce qui concerne la fixation du tissu rénal.

Pour notre part, les études préalables que nous avions faites sur la fragilité de l'épithélium rénal (1) nous ont permis d'éviter cette cause d'erreur et, dans ce but, nous avons employé la méthode suivante, pour étudier *in vitro* l'action des solutions salées : les reins sont recueillis sur l'animal qu'on vient de sacrifier à l'instant par section des carotides, et immédiatement on en prélève des fragments dont les uns sont fixés directement pour servir de préparations « témoin »; les autres sont plongés d'abord pendant une demi-heure dans des solutions chlorurées portées à 37° par séjour à l'étuve, puis ils sont mis dans le fixateur, qui pour toutes nos expériences a été le liquide de Van Gehuchten, employé avec les modifications conseillées par Sauer, tant au point de vue de la fixation que de l'inclusion.

Les résultats obtenus par cette méthode ont été extrêmement précis, et nous avons pu constater ainsi qu'il existe des solutions salées dans lesquelles l'épithélium rénal se conserve intact, et que pour cette raison nous nommons *réno-conservatrices*. Les autres solutions, qui sont à un point de concentration différent, altèrent l'épithélium, elles sont néphrolytiques.

La solution salée réno-conservatrice a été très difficile à déterminer, et il nous a fallu une longue série de tâtonnements avant d'arriver à une conclusion précise.

Dans une première série d'expériences, les fragments de rein ont été portés dans des solutions de chlorure de sodium correspondant aux points cryoscopiques suivants : — 1°08, — 0°89 et — 0°20. Après passage dans ces milieux salés, fixation et inclusion selon la méthode indiquée, on peut constater que les fragments présentent tous sur leurs coupes des altérations épithéliales, mais il est très facile de noter aussi que les préparations les moins mauvaises correspondent aux morceaux qui ont séjourné dans la solution congelant à — 0°89. La même expérience fut recommencée à six reprises, et chaque fois, quoique nous fissions varier la durée du séjour dans le liquide salé, nous avons eu les mêmes résultats.

Guidés par ces premières constatations, nous avons fait ensuite une série de vingt solutions ayant des points de congélation très rapprochés et s'échelonnant de — 0°50 à — 1°. Les préparations ainsi obtenues ressemblaient dans leur ensemble à celles des fragments de rein plongés dans le liquide congelant à — 0°89, sauf cependant en ce qui concerne les solutions dont les points cryoscopiques répondaient à — 0°76 et à — 0°80, qui donnèrent des préparations bien meilleures.

(1) J. Castaigne. Article « Urémie » *in* Manuel de thérapeutique de Debove et Achard, t. III, p. 99. Paris, 1902.

(2) Ch. Achard. Le mécanisme régulateur de la composition du sang. (*Presse méd.*, 11 sept. 1901, p. 133.)

(3) Ch. Achard et M. Lœper. Epreuve de l'ingestion de chlorure. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 23 mars 1901.) — De la rétention des chlorures dans les néphrites. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 mai 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 165.) — M. Lœper. Mécanisme régulateur de la composition du sang. (*Thèse de Paris*, 1903.)

(4) H. Claude et A. Mauté. De la chlorurie alimentaire expérimentale dans les néphrites. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 2 mai 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 157.) — A. Mauté. Pronostic et régime diététique des néphrites chroniques; la chlorurie alimentaire expérimentale. (*Thèse de Paris*, 1903.)

(5) Voir, à ce sujet, les communications et discussions qui ont eu lieu aux mois de juin et juillet derniers à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 199, 210, 219, 224 et 259.)

(1) J. Castaigne et F. Rathery. Lésions expérimentales du rein. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept. 1902, p. 599-620.)

Il nous fut facile alors, en essayant des liquides salés ayant pour points de congélation — 0°77, — 0°78 et — 0°79, de nous assurer que la solution pouvant être considérée comme idéalement réno-conservatrice est celle qui congèle à — 0°78. En comparant les coupes avec celles de fragments du même rein, plongés directement dans le fixateur de Van Gehuchten et destinés à servir de témoins, nous avons été frappés de ce résultat que les meilleures préparations proviennent des morceaux qui ont d'abord séjourné dans la solution salée congelant à — 0°78, si bien même qu'à l'heure actuelle, pour toutes nos études histologiques sur le rein, nous faisons passer les fragments pendant une demi-heure dans cette solution salée avant de les mettre dans le fixateur. Dans toutes nos préparations ainsi obtenues, l'épithélium est merveilleusement fixé : la lumière des tubes est très nette, ne contient aucun débris cellulaire et est limitée par une bordure en brosse continue; quant au protoplasma, on en distingue très clairement les granulations qui deviennent plus foncées vers la membrane basale, prenant l'aspect des stries décrites par Heidenhain. A l'union des deux portions du protoplasma se trouve le noyau, qui a conservé tous les détails de sa structure.

Nous sommes donc ainsi arrivés à cette première conclusion, dont nous envisagerons tout à l'heure les conséquences, qu'une solution de chlorure de sodium congelant à — 0°78 constitue un milieu éminemment réno-conservateur : elle laisse intactes la forme et les réactions histochimiques des épithéliums du rein.

Toutes les autres solutions salées sont néphrolytiques, c'est-à-dire qu'elles altèrent profondément l'épithélium rénal. Si, en effet, nous examinons les coupes des fragments de rein qui ont été plongés dans des liquides salés congelant à — 0°90 ou à — 1° par exemple, nous constatons que les épithéliums des *tubuli contorti* sont comme ratatinés vers la membrane basale, et dans cette sorte de mouvement de recul ils ont expulsé par expression une grande partie de leurs granulations sus-nucléaires.

Si nous envisageons, au contraire, les résultats obtenus avec les liquides congelant à — 0°20 ou à — 0°30, nous remarquons que les cellules des tubes contournés sont gonflées à tel point qu'elles ont presque toutes éclaté, brisant la bordure en brosse qui n'existe plus que sous forme de parcelles discontinues, expulsant granulations protoplasmiques et noyaux, de sorte que la cellule n'est plus représentée que par une série de vacuoles contenant quelques rares granulations.

Il est à noter que dans toutes ces préparations, où les épithéliums des tubes contournés sont si altérés, les cellules des tubes droits ont, au contraire, conservé leur forme et leur structure normales.

On peut prévoir, dès maintenant, les services qu'est appelée à rendre, au point de vue de l'étude de la physiologie pathologique du rein, la connaissance de ces faits. Du moment que nous possédons un milieu réno-conservateur, il est possible d'étudier *in vitro* l'action qu'ont sur le rein certaines substances organiques ou inorganiques. L'effet nocif, si discuté encore, des sérums normaux ou néphrotoxiques, des sérums antimicrobiens ou antitoxiques, pourra être élucidée de cette façon, et nous avons déjà à ce point de vue toute une série de résultats positifs que nous n'aurions pas pu obtenir sans la connaissance d'une solution salée réno-conservatrice. Mais nous voulons nous borner à enregistrer ici les faits concernant l'action nocive du chlorure de sodium.

A ce point de vue, si nous nous en tenions aux résultats bruts, nous pourrions dire que les solutions de chlorure de sodium sont toutes toxiques pour le rein, sauf celle qui congèle à — 0°78.

Toutefois, en donnant cette interprétation aux faits constatés, nous irions à l'encontre de la conception de l'action toxique. Il est possible en effet de préciser le degré de toxicité d'une substance organique ou inorganique, de savoir à quelle dose exacte elle doit être employée pour être nocive et au-dessous de quelle dose elle cesse de produire ses effets. En revanche, il serait tout à fait contraire à l'essence même de la notion de toxicité, de supposer qu'une substance qui est indifférente à une dose donnée, soit toxique à une dose moins élevée; or, c'est ce qu'il faudrait admettre, si l'on soutenait que les solutions salines agissent sur le rein par toxicité, puisqu'une solution congelant à — 0°78 conserve dans leur forme les épithéliums rénaux, tandis qu'une autre solution congelant à — 0°30, c'est-à-dire contenant moins de chlorure de sodium, détruit les cellules. Il ne s'agit donc pas là de toxicité.

Il est très facile, d'ailleurs, de se rendre compte de ce qu'est cette action qui n'est pas toxique. Elle répond, en effet, en tous points à ce que nous savons de l'osmonocivité : que devient un globule rouge placé dans un liquide hypotonique? Il subit un gonflement progressif qui peut déterminer une rupture de sa paroi avec diffusion de l'hémoglobine dans le milieu ambiant. Si le liquide est hypertonique, il provoque le ratatinement des globules et leur déformation en boule épineuse. Nous jugeons inutile d'insister sur l'identité de ces phénomènes physiques avec ceux que nous avons constatés au niveau des cellules des tubes contournés, et nous nous croyons en droit d'affirmer que, *in vitro* tout au moins, *le chlorure de sodium n'a pas d'action toxique spécifique sur le rein :* si les solutions qui congèlent à — 0°78 sont réno-conservatrices, c'est qu'elles sont isotoniques; si les autres solutions altèrent les épithéliums rénaux, c'est qu'elles sont hyper ou hypotoniques.

II

La seconde série de faits que nous voulons relater comprend tous les cas expérimentaux ou cliniques dans lesquels des modifications dans l'apport du sel à l'organisme ont été la cause de lésions rénales.

Ce sont là des recherches ayant un caractère beaucoup moins personnel, car, depuis le milieu du siècle dernier, une série de travaux ont été faits dans ce sens. Nous ne rappellerons ici que les principaux, destinés à montrer qu'il ne s'agit pas d'une question nouvelle, mais que de longue date s'y sont intéressés les médecins que passionnait la question si complexe de l'albuminurie.

Une première série d'études comporte comme conclusion que *l'albuminurie peut être provoquée par une diminution dans l'apport des chlorures à l'organisme.*

Lehmann (1) s'était contenté d'émettre une hypothèse en disant « qu'il est probable que l'absence de sel dans le sang amène assez souvent le passage de l'albumine à travers les reins ». Wundt (2) essaya de la démontrer en expérimentant sur lui-même. Pendant cinq jours il prit ses repas sans sel. Le premier jour il émit 2,022 c.c. d'urine contenant 7 gr. 207 milligr. de chlorure de sodium; le second jour, 1,428 c.c. d'urine et 3 gr. 623 milligr. de sel; le troisième jour apparut l'albuminurie en même temps que les urines baissaient à 1,216 grammes et le chlorure de sodium à 2 gr. 437 milligr.

Enfin, pour ne citer que les expériences positives, nous rappellerons que Rosenthal (3) a soumis des chiens à l'abstinence presque complète de sel et a vu survenir chez eux de l'albuminurie, au moment où leurs chlorures urinaires diminuaient très notablement.

Une deuxième série d'expériences concerne les *cas dans lesquels on fit apparaître l'albuminurie par un régime hyperchloruré.* Déjà Hoppe-Seyler, von Wittich et Nasse avaient montré qu'une solution albumineuse laisse filtrer d'autant plus d'albumine qu'elle contient une proportion plus élevée de matières salines. M. Lépine (1) a constaté que « l'injection, dans les veines d'un animal, d'une certaine quantité d'une solution salée à 7 ‰ » occasionne le passage de l'albumine dans les urines. A des chiens il a fait ingérer « des solutions un peu concentrées de chlorure de sodium » : il a de cette façon provoqué l'albuminurie et il a pu observer dans ces cas, avec M. Blanc, « une lésion très évidente de l'épithélium du rein ».

MM. Lecorché et Talamon (2), qui relatent ces constatations, arrivent à cette conclusion qu'il s'agit là de « faits absolument contradictoires », et ils ajoutent plus loin : « Ce sont des faits à vérifier; il faut se borner, pour l'instant, à enregistrer ces contradictions ». Nous chercherons à montrer tout à l'heure que la contradiction n'est qu'apparente et est en somme du genre de celle qu'on pourrait objecter à nos expériences *in vitro*, dans lesquelles une diminution ou un excès de chlorure déterminent également des lésions expérimentales.

Mais, avant de tirer des conclusions, revenons aux faits et en particulier, maintenant, à ceux que nous avons observés nous-mêmes. Nous pouvons les classer en deux catégories, selon qu'il s'agit d'hyper ou d'hypochloruration et, dans chacun de ces groupes, nous aurons à étudier les cas concernant les sujets dont les reins étaient antérieurement sains ou au contraire lésés.

Au point de vue de l'*hypochloruration*, nous avons expérimenté sur plusieurs lapins non albuminuriques avant le début de nos expériences. Nous les avons nourris avec du pain sans sel mélangé avec de l'eau. Dès les premiers jours de ce régime, nous avons pu constater de l'albumine dans leurs urines, et en les sacrifiant nous avons trouvé des lésions très nettes de l'épithélium des *tubuli contorti*, qui était gonflé, présentant de nombreuses vacuoles dans lesquelles les granulations protoplasmiques avaient presque entièrement disparu, ainsi que la bordure en brosse qui n'était plus visible que par endroits. En revanche, les noyaux étaient encore en place et très nettement colorables; si bien qu'en somme, à l'exception de la conservation nucléaire, ces altérations étaient analogues à celles que nous avons obtenues *in vitro* dans des solutions hypotoniques.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'albuminurie apparue chez l'homme dans des conditions presque identiques. Il s'agit d'un étudiant en médecine, qui voulut expérimenter sur lui les effets de la déchloruration et qui, pendant huit jours, se nourrit exclusivement avec de la viande bouillie et du pain sans sel. Au quatrième jour il avait des traces d'albumine, et quand l'un de nous le vit pour la première fois, au huitième jour, il éliminait par litre d'urine plus de 0 gr. 50 centigr. d'albumine, qui a d'ailleurs complètement disparu depuis lors, avec le retour au régime ordinaire.

De ces cas d'albuminurie survenus chez des sujets sains à la suite d'un traitement d'hypochloruration, il est difficile de tirer des conclusions scientifiques, car, à côté d'un cas positif, il est bien probable qu'on en pourrait trouver une série de négatifs, chez l'homme tout au moins. Wundt, comme nous l'avons vu, devint albuminurique par un régime achloruré, tandis

(1) Lehmann. Article « Harn » *in* Wagner's Handwörterbuch der Physiologie, mit Rücksicht auf physiologische Pathologie. Brunswick, 1844.

(2) Wundt. Ueber den Kochsalzgehalt des Harns. (*Canstatt's Jahresber. über die Fortsch. der gesamt. Med.*, 1853, I, p. 136.)

(3) Rosenthal. Ueber Albuminurie bei Inanition. (*Wochenblatt der Wiener Aerzte*, 1864, p. 365.)

(1) Lépine. L'albuminurie dyscrasique. (*Rev. de méd.*, 1884, p. 911.)

(2) E. Lecorché et Ch. Talamon. Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, p. 110 et 111. Paris, 1888.

que Stokvis (1), en se plaçant dans des conditions identiques, n'a pas constaté la moindre trace d'albumine dans ses urines. Et, d'ailleurs, ces faits négatifs peuvent toujours s'expliquer en admettant que, chez certains individus, pour compenser la diminution de l'apport par l'alimentation, le sang emprunte aux tissus le chlorure de sodium nécessaire aux échanges organiques; chez ces sujets on devrait continuer longtemps le régime de déchloruration pour que l'albumine apparût.

Toutefois, nous avouons n'avoir pas osé tenter, chez l'homme, à un point de vue purement expérimental, ces essais de déchloruration, dont nous ne connaissons pas les effets quand le rein fonctionne normalement.

En revanche, dans les cas de néphrite parenchymateuse, nous avons mis à profit les recherches de MM. Widal et Javal et nous avons constaté, après ces auteurs, la diminution de l'albuminurie et de l'œdème par la suppression des chlorures alimentaires.

L'hyperchloruration expérimentale et clinique nous a donné aussi des résultats différents, selon que les reins sont antérieurement sains ou altérés.

Lorsque le rein est sain, les quantités de chlorure que l'on administre habituellement par injection de sérum physiologique ou par l'épreuve de la chlorurie alimentaire sont incapables de provoquer de l'albuminurie. A des animaux de petite taille, nous avons fait des injections sous-cutanées de sérum à raison de 7 c.c. par kilogramme d'animal, ce qui correspond à une injection de 500 c.c. environ chez un homme de poids normal. A ces doses, nous n'avons jamais constaté d'albuminurie, à condition que les injections ne fussent pas prolongées plus de deux ou trois jours, et, en sacrifiant les animaux à cette date, nous avons pu voir que leurs reins n'étaient pas lésés (2).

Au contraire, si l'on administre des doses élevées de chlorure de sodium, comme le faisaient MM. Lépine et Blanc, et comme nous l'avons fait nous-même en injectant chaque jour, sous la peau de nos lapins, 30 c.c. de sérum par kilogramme d'animal, on note l'apparition de l'albuminurie. Nous l'avons, pour notre part, constatée dès les premiers jours, et à l'autopsie des animaux nous avons trouvé des lésions de l'épithélium des *tubuli contorti*, surtout caractérisées par une disparition périnucléaire des granulations protoplasmiques avec affaissement très marqué de la partie sus-nucléaire du protoplasma.

Lorsque les reins sont antérieurement lésés, les résultats sont encore plus nets en ce qui concerne l'albuminurie; chez des animaux auxquels nous avions provoqué des néphrites expérimentales, et qui présentaient, de ce fait, de l'albumine dans leurs urines, nous avons vu doubler et tripler cette albuminurie, sous l'influence des mêmes doses journalières de sérum artificiel (7 c.c. par kilogramme), qui étaient incapables de provoquer l'albuminurie chez des animaux sains.

Ces expériences sont à rapprocher des faits cliniques — et partant beaucoup plus intéressants — signalés par M. Widal et ses élèves, qui, par la chloruration alimentaire, ont fait augmenter l'albuminurie en même temps que l'œdème.

Enfin, nous avons pu, dans nos recherches cliniques faites avec le procédé de la chlorurie alimentaire, constater, chez des sujets atteints de néphrite interstitielle sans albuminurie, l'apparition de l'albumine au deuxième jour de l'épreuve et sa persistance pendant une huitaine de jours.

(1) B. J. Stokvis. Recherches expérimentales sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie. (*Journ. de méd., chir. et pharmacol. de Bruxelles*, 1867, XLIV et XLV.)

(2) Si, chez ces animaux de petite taille, ces doses d'injection d'eau salée sont continuées pendant une série de jours, on peut voir apparaître l'albuminurie et constater des lésions rénales.

Nous basant sur ces faits, nous nous sommes demandés s'il n'y avait pas là un procédé pour faire apparaître l'albuminurie chez des sujets prédisposés et permettre, pour ainsi dire, d'apprécier la fragilité du tissu rénal. Or, en pratiquant cette épreuve sur une série de 48 sujets non brightiques, nous avons constaté chez 4 d'entre eux l'apparition d'une albuminurie qui disparut très rapidement.

En dehors de l'étude de l'action du chlorure de sodium sur le rein, cette recherche constitue donc un procédé intéressant pour dépister non plus la perméabilité rénale, mais en quelque sorte un état d'infériorité du rein. Nous nous réservons de revenir ultérieurement sur ce sujet, voulant nous borner, pour aujourd'hui, à enregistrer les résultats qui concernent l'action nocive du chlorure de sodium. Et il n'est pas douteux, à ce point de vue, que les faits expérimentaux et cliniques que nous venons de relater montrent d'une façon indiscutable les effets nocifs de l'hyperchloruration, dans les cas où le rein était antérieurement lésé.

III

Toute explication de ces faits doit tenir compte de cette notion, prouvée par nos expériences *in vitro*, à savoir que les solutions de chlorure de sodium peuvent être osmonocives, mais ne sont pas à proprement parler toxiques pour l'épithélium rénal. Comment, dans ces conditions, expliquer la série de résultats que nous venons d'exposer?

Nous croyons qu'au niveau des glomérules normaux, dans les conditions physiologiques, filtre une solution saline dont la tension osmotique est toujours la même, et répond à la concentration moléculaire idéale pour que le liquide ne soit pas osmonocif à l'égard de l'épithélium rénal. Cette concentration reste constante pendant toute la durée de la traversée des tubes sécréteurs au niveau desquels les échanges se font molécule à molécule entre le chlorure de sodium et les autres éléments qui constitueront l'urine complète. Ce n'est qu'à partir des tubes droits — qui, comme nous l'avons vu, ne sont plus sensibles à l'action osmonocive — que l'urine se concentre par résorption d'eau, résorption qui sera plus ou moins considérable selon la rapidité du passage de l'urine.

En somme, pour nous, ce qui assure l'intégrité des cellules nobles du rein, c'est qu'elles sont toujours en contact avec un liquide dont la concentration est telle qu'il ne peut pas les léser par osmonocivité; ce degré de concentration varie, pensons-nous, pour chaque espèce animale, mais doit être le même pour une espèce donnée; nous croirions assez volontiers qu'il est représenté par un point de congélation de — 0°78 pour le lapin (1), mais nous ne sommes pas fixés pour l'homme et les autres espèces animales.

La conception à laquelle nous sommes arrivés, que la solution saline qui filtre au niveau du glomérule a une tension osmotique toujours la même dans les conditions physiologiques, concorde d'ailleurs entièrement avec ce que nous savons des autres humeurs : c'est ainsi que le sérum sanguin, par exemple, de même que le liquide céphalo-rachidien, conserve le même point cryoscopique, et cela quels que soient les apports de l'organisme.

Cette notion physiologique étant admise, il sera facile d'expliquer les altérations que l'on provoque en modifiant l'apport des chlorures : elles se produiront chaque fois que la solution saline qui filtre au niveau du glomérule viendra à varier en plus ou en moins. Mais, fort heureusement, quand le rein est sain, les modifications que l'on fait subir à l'apport des chlorures n'ont pas — à moins qu'elles ne soient considérables — d'influence sur la concentration moléculaire du liquide filtré par le glomérule. Si, en effet, on donne à un sujet une alimentation très chlorurée, et que de ce fait les chlorures soient éliminés par le rein en quantité plus notable, il passe en même temps davantage d'eau au niveau des glomérules, ce qui assure l'équilibre de la tension osmotique. Que si, au contraire, le rein étant normal, on diminue la quantité des chlorures ingérés, le taux des sels éliminés par les glomérules peut être moindre, mais alors l'eau est diminuée aussi, de telle sorte que la concentration ne varie pas, d'autant plus qu'un organisme auquel on supprime totalement l'apport de sels par l'alimentation utilise les sels de sa propre substance pour les besoins de ses échanges organiques. Ce n'est que dans les cas extrêmes, c'est-à-dire quand on augmente d'une façon très notable les chlorures de l'organisme, ou que l'on supprime tous les sels de l'alimentation, qu'on peut produire des lésions rénales. Nous avons vu que MM. Lecorché et Talamon faisaient remarquer « que les recherches sur le rôle toxique du chlorure de sodium étaient absolument contradictoires », puisqu'elles avaient montré que la diminution de ce sel dans le sang détermine de l'albuminurie tout aussi bien que son augmentation. Nos expériences, effectuées avec des méthodes précises, nous ont permis de confirmer cette double série de constatations, mais en même temps de montrer que leur contradiction n'est qu'apparente et s'explique par ce fait que l'albuminurie et les lésions rénales sont réalisées chaque fois que le liquide qui filtre au niveau du glomérule est osmonocif, parce que sa tension osmotique est différente (en plus ou en moins) de ce qu'elle doit être à l'état normal.

On pourrait faire à cette conception de physiologie pathologique une objection qui a sa valeur et que nous devons discuter. Elle est basée sur ce que l'on observe dans les polyuries : l'urine excrétée a souvent un point de congélation de — 0°20 et même plus élevé, et cependant on ne constate aucun symptôme de lésions rénales. Cela prouve, pourrait-on nous objecter, que le glomérule peut laisser filtrer un liquide salin moins concentré qu'à l'état normal, sans qu'il en résulte de lésions épithéliales.

Il y a, dans cette objection, deux parties qu'il nous faut envisager séparément. D'abord, le fait que le glomérule peut, en certains cas, laisser filtrer un liquide moins concentré; il s'agit là d'un phénomène indéniable, qui ne va d'ailleurs nullement à l'encontre du rôle protecteur que nous avons attribué au glomérule. Nous admettons que c'est un filtre électif qui, dans les conditions normales, ne laisse passer que des solutions salines à un certain degré de concentration; mais il peut être forcé de laisser passer trop de sels ou trop d'eau dans diverses circonstances physiologiques ou pathologiques.

La véritable objection est celle que l'on peut tirer de cette constatation que ces polyuries avec urine congelant à — 0°20, par exemple, ne s'accompagnent pas d'altérations rénales. A cela nous répondrons qu'il y a là toute une série de faits ayant une valeur diverse : d'une part, les polyuries permanentes et durables, d'autre part, les polyuries passagères.

Dans les polyuries durables et permanentes, il n'est pas douteux qu'il y ait des altérations rénales et, pour notre part, nous avons trouvé des lésions épithéliales très accentuées dans les cas que nous avons pu examiner.

Dans les polyuries passagères (nerveuse, *post cibum*, etc.), on ne constate aucun symptôme pouvant faire supposer une altération des épithéliums rénaux, mais il faut tenir compte de ce

(1) On n'est pas d'accord sur la concentration moléculaire de la solution saline qui filtre au niveau des glomérules. M. von Korányi admet que la tension osmotique de cette solution est moins élevée que celle du sérum; MM. Claude et Balthazard avaient supposé, tout d'abord, « que le liquide qui filtre au niveau du glomérule a même tension osmotique, et par suite même point de congélation que le sérum, soit — 0°56 ». Depuis lors ils ont modifié leur opinion dans le sens de celle de M. von Korányi, parce qu'ils ont constaté que l'urine de certains polyuriques avait un point de congélation inférieur à — 0°30.

que, en raison de la filtration rapide qui existe dans toute polyurie, l'urine ne peut pas séjourner au niveau des *tubuli* comme cela se passe dans nos expériences *in vitro;* que, d'autre part, la cellule rénale est protégée contre l'action osmonocive de l'urine : elle n'est en contact avec celle-ci que par une de ses faces, et cette face, à l'état normal, est défendue par une disposition spéciale du protoplasma, la bordure en brosse. Nous pensons que cette partie différenciée de la cellule — dont nous avons démontré l'existence chez l'homme — constitue un moyen de défense contre l'osmonocivité; et comme, d'autre part, nous avons vu que cette bordure en brosse disparaît dans les néphrites épithéliales, nous croyons que cette disparition rend le rein plus sensible aux différences de tension osmotique du liquide glomérulaire.

Ainsi donc, en raison de l'existence de la bordure en brosse, nous nous expliquons fort bien que le passage d'une solution saline très peu concentrée au niveau du filtre glomérulaire ne produise pas de lésions épithéliales si la polyurie est passagère; mais si elle persiste, nous croyons que les éléments épithéliaux finissent par s'altérer : c'est pour cela que nous avons trouvé des lésions dans les reins de tous les polyuriques anciens que nous avons examinés; de même, nous avons réalisé des lésions rénales expérimentales en provoquant de la polyurie chez les animaux.

D'ailleurs, si nous en revenons à la question des chlorures, qui est ici seule en cause, nous sommes en droit d'affirmer que, *quand le rein est sain*, ces modifications de concentration du liquide glomérulaire — et, partant, les lésions qu'elles peuvent déterminer — nécessitent des variations notables dans l'apport des chlorures à l'organisme, pour cette raison que les fonctions vitales du glomérule ont tendance à s'opposer à la filtration d'un liquide osmonocif pour les *tubuli contorti*.

En revanche, *quand le rein est antérieurement lésé*, il suffit d'augmenter légèrement la dose des chlorures alimentaires, pour voir croître l'albuminurie d'un façon parallèle.

Dans ces cas, les phénomènes biologiques sont encore plus complexes, mais peuvent être expliqués par une simple action physique. Tout d'abord les cellules ont perdu leur bordure en brosse qui les défendait contre les lésions mécaniques, et l'on est en droit de supposer aussi que le glomérule altéré remplit mal ses fonctions. Sans compter que, en dehors même de ces modifications épithéliales et glomérulaires, l'étude attentive de l'action clinique de la chlorurie alimentaire peut suffire, étant donné ce que nous savons déjà, à nous faire comprendre le mode d'action des chlorures en pareil cas. M. Widal a insisté sur ce fait que, chez les brightiques, les effets nocifs ne surviennent que si l'épreuve de la chlorurie alimentaire est faite chez des malades en état de rétention chlorurée. Que se passe-t-il alors? Les chlorures absorbés sont, eux aussi, retenus dans les tissus interstitiels vers lesquels ils font un appel d'eau qui sera la cause de l'augmentation de l'œdème. Mais du fait de l'appel d'eau vers les tissus, il y a une diminution de la quantité d'eau urinaire et, par conséquent, concentration du liquide filtré au niveau du glomérule, liquide qui devient ainsi osmonocif pour l'épithélium rénal et provoque l'albuminurie.

Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est l'étude de l'urine de ces malades qui sont en état de rétention chlorurée et auxquels on augmente la dose des chlorures alimentaires; le taux des sels de l'urine ne s'élève pas, mais en revanche la quantité d'eau urinaire diminue, en même temps que croissent les œdèmes et l'albuminurie. C'est donc, en pareille occurrence, la concentration moléculaire de l'urine qu'il faut incriminer. On ne pourrait pas comprendre, en effet, que dans des cas semblables l'exagération de l'albuminurie fût due à une action toxique des chlorures, puisque ces sels n'augmentent ni dans l'urine ni dans le sérum, retenus qu'ils sont dans le tissu interstitiel.

IV

Quelles conclusions devons-nous tirer de ces faits expérimentaux, qui viennent éclairer nos connaissances cliniques?

Tout d'abord, nos résultats obtenus *in vitro* nous permettent d'affirmer que les solutions de chlorure de sodium n'ont pas une action toxique spécifique sur les épithéliums rénaux, comme on avait pu le supposer à la suite des constatations cliniques faites récemment.

Nous avons vu, en revanche, que les milieux salés exercent une action osmonocive des plus nettes, quand ils ne sont pas au degré de concentration représenté par un point de congélation de — 0°78. La solution ayant ce point cryoscopique est seule réno-conservatrice, c'est-à-dire que les épithéliums rénaux appartenant aux fragments de reins qu'on a plongés dans ce milieu pendant une demi-heure conservent intégralement leur forme et leurs réactions histochimiques. Toutes les autres solutions salines sont osmonocives.

Nos expériences faites sur les animaux, tout aussi bien que les constatations cliniques, sont plus délicates à interpréter, mais si l'on veut s'abstenir de toute théorie, les faits acquis peuvent être résumés ainsi :

Au point de vue de l'action expérimentale et clinique des régimes de *déchloruration*, les animaux auxquels on ne fait ingérer que du pain non salé et de l'eau deviennent albuminuriques; en les sacrifiant, on trouve des lésions étendues de l'épithélium de leurs tubes contournés. De même, nous avons pu constater l'apparition de l'albuminurie chez un sujet qui ne présentait antérieurement aucun trouble des fonctions rénales et qui, de lui-même, s'était soumis à un régime achloruré. Ce fait clinique est à rapprocher de celui de Wundt, et à opposer à celui de Stokvis qui, dans les mêmes conditions, n'est pas devenu albuminurique. A l'inverse de ces données expérimentales et cliniques, nous devons noter que la « cure de déchloruration » a, comme l'ont montré MM. Widal et Javal, une action excellente sur les sujets atteints de néphrite avec gros œdème et albuminurie : l'un et l'autre de ces symptômes diminue, sous l'influence d'une alimentation peu ou pas chlorurée.

En ce qui concerne l'*hyperchloruration*, les injections de sérum faites à très petites doses à des lapins ne provoquent pas de lésions rénales, mais encore à la condition que ces injections ne soient pas trop fréquemment répétées. Au contraire, l'albumine apparaît, et l'on constate des lésions rénales, si ces injections à faible dose sont trop longtemps continuées, de même que si elles sont trop abondantes ou si le liquide est à un degré de concentration trop élevé; et l'absorption gastro-intestinale de quantités considérables de sel donne lieu à un résultat analogue. Mais il convient d'ajouter que cet effet nocif de l'hyperchloruration est beaucoup moins marqué chez les sujets sains que dans les cas où les reins sont antérieurement lésés : en effet, les mêmes petites injections de sérum qui sont inoffensives pour un animal sain font augmenter l'albuminurie et peuvent même déterminer des accidents mortels chez des animaux déjà porteurs de lésions rénales.

Ces derniers faits expérimentaux sont à mettre en regard des observations cliniques que l'on a relatées dans ces derniers temps et qui, d'après la gravité croissante des symptômes, peuvent être classées de la façon suivante :

1° Chez des sujets atteints de néphrite interstitielle sans albuminurie ou ayant un épithélium rénal spécialement fragile, l'épreuve de la chlorurie alimentaire fait apparaître l'albumine d'une façon passagère dans les urines;

2° Chez des brightiques avec œdème, l'épreuve de la chlorurie alimentaire continuée pendant plusieurs jours fait augmenter les œdèmes et l'albuminurie;

3° On a enfin constaté des accidents urémiques mortels à la suite de l'injection massive de sérum artificiel à des patients atteints de néphrite atrophique lente.

On ne saurait donc trop insister sur les faits cliniques concernant le rôle nocif des médications chlorurées chez certains malades ayant une néphrite : pour ne pas être due à une action toxique, mais à un effet mécanique, direct ou indirect, cette nocivité n'en existe pas moins, à tel point même que, selon nous, il convient d'être extrêmement réservé en ce qui concerne les essais cliniques ou thérapeutiques d'hyperchloruration chez les brightiques.

Dr J. Castaigne, Chef de laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital Beaujon.

F. Rathery, Interne des hôpitaux de Paris.

LETTRES D'AMÉRIQUE

La législation antialcoolique de l'Etat d'Iowa.

Au moment où de toutes parts les hygiénistes semblent disposés à combattre énergiquement les principales causes d'où résulte pour la race une perpétuelle menace de dégénérescence et de destruction, il m'a semblé intéressant, au cours de mon enquête sur l'Amérique médicale, d'accorder quelque attention à la façon dont on entend aux Etats-Unis la lutte contre l'un des plus importants parmi ces facteurs de dégénérescence : l'alcoolisme.

De l'aveu de tous, l'alcoolisme est extrêmement répandu aux Etats-Unis. Il serait d'ailleurs fastidieux d'essayer d'en préciser le degré en se servant des chiffres que fournissent les statistiques. Si, en effet, avec la population homogène et à peu près constante de la France, on peut fixer dans une certaine mesure une proportion numérique parlant à l'esprit, et dire, par exemple, qu'en cinquante ans la consommation de l'alcool a quadruplé dans notre pays, il en est tout autrement aux Etats-Unis. Là, en effet, la population a subi, au cours du demi-siècle qui vient de s'écouler, un accroissement considérable; de plus, les différents éléments entrant dans sa constitution reconnaissent, suivant l'époque — je dirais presque suivant l'année — que l'on considère, une origine si variable que les chiffres s'en trouveraient faussés et perdraient toute valeur. S'il n'est, dans ces conditions, guère possible d'établir un parallèle entre les deux pays au point de vue qui nous intéresse, il n'en est pas moins évident, pour qui a séjourné aux Etats-Unis pendant un laps de temps suffisant, que l'éthylisme y est beaucoup plus répandu qu'en France. Ceci explique que, dans certains Etats du moins, on n'ait pas reculé devant l'adoption de mesures quasi draconiennes pour combattre l'alcoolisme.

Ayant appris que de tous les Etats de l'Union c'était celui d'Iowa qui possédait actuellement la législation antialcoolique la plus rigoureuse, je me suis spécialement rendu dans cet Etat en vue d'y recueillir sur place des renseignements précis sur l'état de la question. C'est de cette visite, et des informations que j'ai pu m'y procurer, que je vais rendre compte dans la présente correspondance.

On sait qu'au point de vue législatif les divers Etats (1) dont la fédération constitue les Etats-Unis jouissent d'une certaine autonomie, en vertu de laquelle chacun d'eux vote comme il l'entend les lois qui doivent le régir. Il en résulte que, sur bien des questions, on trouve des lois différentes en passant d'un Etat à l'autre. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que

(1) Les divisions administratives des Etats-Unis peuvent être comparées aux divisions similaires de la France, à la condition de tenir compte qu'aux Etats-Unis, en raison de la plus grande surface du territoire, on a dû laisser aux différentes divisions régionales une autonomie bien plus considérable qu'en France, pays dont le territoire est 17 ou 18 fois moins étendu. On peut donc dire que l'Etat américain correspond au département français, le gouverneur au préfet, le comté à l'arrondissement, le district au canton.

celui d'Iowa ait pu adopter, le 12 avril 1902, une loi sur l'alcoolisme, que l'on ne retrouve dans aucun des autres Etats.

En vertu de la loi dont il s'agit, il a été créé auprès de chacun des asiles d'aliénés appartenant à l'Etat d'Iowa une division spécialement destinée, dit la loi, à la *détention et au traitement des dipsomanes, des ivrognes et des individus adonnés à l'abus de la morphine ou d'autres narcotiques*. Cela revient, on le voit, à mettre les alcooliques — c'est eux surtout que vise le législateur — sur le même pied que les aliénés ou les jeunes sujets passibles des maisons de correction.

Cette assimilation est le principe fondamental de la nouvelle loi; elle montre très nettement dans quel esprit les mesures dont il s'agit demandent à être envisagées. C'est elle qui explique, entre autres, les dispositions réglementant le placement du buveur à l'asile et le garantissant contre une séquestration arbitraire. Dans les deux cas, en effet, c'est à la cour du district ou au juge du comté où se trouve le domicile de l'ivrogne qu'est confié le soin de faire examiner par des experts le sujet dénoncé ou signalé, et ce sont les mêmes autorités qui décident s'il y a lieu au placement dans l'asile. La durée du séjour dans cet établissement varie suivant le nombre des récidives. Lors du premier placement, elle ne peut être inférieure à une année ni supérieure à trois ans. En cas de récidive, le minimum est de deux années, le maximum de cinq. La durée de l'internement est fixée par les autorités judiciaires qui ordonnent le placement : cour du district ou juge du comté. A côté de ces placements d'office, on admet également les placements volontaires ou demandés par la famille.

Après un mois de séjour à l'asile, le directeur de cet établissement, sur l'avis conforme du médecin traitant, peut proposer au gouverneur de l'Etat la libération conditionnelle du sujet qu'il estime guéri. Pour pouvoir bénéficier de cette disposition de faveur de la loi, le malade doit au préalable s'engager par écrit à s'abstenir de toute boisson alcoolique et de tout narcotique pendant la durée du temps pour lequel l'internement avait été ordonné et qu'il ne passera pas à l'asile; il doit également promettre d'éviter les fréquentations qui seraient de nature à lui faire reprendre ses anciennes habitudes d'ivrognerie.

Un pareil engagement peut sembler platonique à première vue : on conçoit que, pour recouvrer sa liberté, un alcoolique interné dans un asile ne demande pas mieux que de signer tout ce qu'on lui demande, quitte à oublier ses engagements aussitôt rendu à la liberté. Même parmi ceux qui signent de bonne foi, plus d'un ne saura pas résister à la tentation et retombera dans ses anciens errements. Mais ce cas a été prévu par la loi. Elle ordonne, en effet, que tout individu remis en liberté provisoire en vertu d'une disposition gracieuse soit tenu de fournir le premier de chaque mois, au directeur de l'asile dans lequel il avait été placé, un rapport établissant qu'il a fait honneur à ses engagements. L'exactitude de ce rapport doit être certifiée, après enquête, par le greffier du tribunal du district où réside le malade. Que celui-ci néglige de faire parvenir son rapport mensuel, ou que le greffier refuse son *exequatur*, cela suffit pour que le « libéré » soit renvoyé d'office à l'asile où il restera jusqu'au terme prescrit par le jugement, sans qu'il soit désormais possible aux médecins de le faire remettre en liberté conditionnelle. La disposition de faveur est également suspendue dans son effet quand trois citoyens « respectables » en font la demande motivée.

Au moment où je me trouvais dans l'Iowa, la loi dont je viens d'exposer les principales dispositions était en vigueur depuis une année. Pendant ce laps de temps, plusieurs centaines d'alcooliques ont été soignés dans les asiles de *Cherokee*, de *Mount Pleasant* et d'*Independence* où des sections spéciales ont été créées en vue de la nouvelle catégorie de malades qui doivent y être traités (1). Grâce à l'obligeance de M. le docteur M. N. Voldeng, j'ai pu me procurer des renseignements circonstanciés sur les 150 buveurs soignés jusqu'alors à l'asile de Mount Pleasant, sous la direction de M. le docteur Ch. F. Applegate, renseignements d'où il semble possible de tirer certaines conclusions sur l'avenir réservé à la nouvelle loi (1).

(1) A Clarinda, où se trouve le quatrième asile d'aliénés de l'Etat d'Iowa, on n'avait pas encore créé la division des alcooliques au moment de mon passage.

(1) Signalons que, il y a environ un an, les Chambres anglaises ont voté une loi, dite *Licensing Act*, qui contient des dispositions visant les alcooliques. Cette loi est donc contemporaine de la loi de l'Iowa.

L'âge moyen des alcooliques envoyés à Mount Pleasant était de quarante ans, les trois cinquièmes d'entre eux étant âgés de vingt-six à cinquante-cinq ans. Le plus jeune n'avait que dix-huit ans, mais on a eu à interner, par contre, un vieillard de quatre-vingt-quatre ans. Il est curieux de noter que 10 malades ne s'étaient mis à boire qu'après la cinquantaine, tandis que, dans près de la moitié des cas, le début des habitudes alcooliques était antérieur à la vingt-cinquième année.

Sur les 150 sujets soignés à Mount Pleasant, 137 étaient nés aux Etats-Unis, dont 104 de parents eux-mêmes d'origine américaine. Cette proportion est fort élevée si l'on considère que, dans l'Etat d'Iowa, l'élément étranger est très nombreux. C'est donc l'indigène qui, dans cet Etat, paie le plus lourd tribut à l'alcoolisme.

L'alcool est d'ordinaire absorbé sous forme de whisky : cette liqueur a été signalée 85 fois comme principal « corps du délit »; il n'y a pas là de quoi s'étonner quand on sait combien l'usage en est répandu aux Etats-Unis. L'alcool pur est incriminé pour 29 buveurs. Il est intéressant de constater que dans 124 cas c'est dans une pharmacie que le malade faisait ses provisions de whisky et d'alcool, particularité qui est de nature à jeter un jour assez singulier sur les pharmacies de l'Iowa.

Assez souvent, les sujets usaient avec excès, non seulement d'alcool, mais aussi de tabac (61 fois), de morphine (11 fois), etc.

En règle générale, le repos que les malades trouvent à l'asile, la régularité de vie qu'ils y mènent et l'abstinence de toute boisson alcoolique qui leur y est imposée ne manquent pas de produire en peu de semaines un changement notable dans leur état de santé. Aussi ne tardent-ils guère, conscients de cette amélioration, à demander leur élargissement conditionnel. Et ce qui d'abord n'est qu'une requête, voire une prière, devient bientôt le sujet de réclamations et d'exigences présentées tous les jours sur un ton plus impérieux.

Il ne faut pas se le dissimuler : quelque séduisante que puisse paraître au premier abord la nouvelle législation de l'Iowa, tout au moins au point de vue théorique — c'est-à-dire en ce qui concerne l'efficacité de la cure et les avantages économiques —, elle n'en reste pas moins, en pratique, des plus difficiles et des plus délicates à mettre en œuvre. Comment faire admettre ce qui apparaît comme une véritable répression pénale avec privation de la liberté, quand il s'agit d'un individu dont le seul crime a été de cultiver par trop la dive bouteille? Tant que ces dispositions légales ne seront pas entrées dans les mœurs — et pour cela le temps est un facteur indispensable —, l'asile des buveurs donnera trop l'impression d'une prison pour qu'il soit possible de le faire accepter par l'opinion comme le meilleur mode de traitement de ce qui n'est véritablement qu'une maladie. D'autre part, la réunion de l'asile des buveurs avec l'asile d'aliénés, alliance précaire commandée par des raisons financières, n'est certes pas de nature à rendre le système populaire : on sait le discrédit que jette sur un individu — à tort ou à raison — le fait d'avoir séjourné dans un asile d'aliénés; or, peut-on espérer qu'entre l'asile des buveurs et l'asile d'aliénés, réunis sous le même toit, la distinction soit toujours comprise par le public? On s'en est d'ailleurs bien vite rendu compte dans l'Iowa et l'on se préoccupe dès maintenant d'effectuer le plus rapidement possible la séparation des deux catégories d'établissements.

Excellente en principe, mais d'un maniement excessivement délicat, la libération conditionnelle est également un des points faibles de la législation qui nous occupe. En raison du caractère pénal de la mesure qui ordonne l'internement dans un asile, le juge, pour rendre sa sentence moins cruelle, fait volontiers miroiter aux yeux du sujet la perspective de la libération conditionnelle au bout de trente jours; le malade y voit alors en quelque sorte une promesse qui lui est faite, un engagement pris à son égard, et quand le moment approche, il réclame à cors et à cris une mise en liberté que rien ne justifie, que souvent même tout contre-indique. D'ailleurs, il ne faut pas oublier les placements volontaires, pour lesquels la prolongation du séjour à l'asile est encore plus difficile à imposer. Autant de raisons qui expliquent que, sans avoir été très fréquentes, les évasions n'aient cependant pas été absolument rares.

Enfin, il importe également de tenir compte des récidives, si habituelles dans le traitement de l'alcoolisme que certains vont même jusqu'à nier la possibilité d'une guérison. Force est de reconnaître qu'à ce point de vue, la loi de l'Iowa est parfaitement insuffisante. Elle ne s'applique en effet qu'aux individus domiciliés dans l'Etat lui-même; les éléments étrangers à l'Etat sont donc hors de son atteinte. D'autre part, il suffit aux sujets domiciliés dans l'Iowa de se rendre dans un Etat voisin pour être absolument à l'abri. Si bien qu'en supposant la loi de l'Iowa adoptée par la généralité des Etats américains, on se trouverait en présence de cette situation bizarre, qu'un Etat quelconque serait assurément débarrassé des alcooliques qui lui appartiennent en propre, mais par contre hébergerait ceux de ses voisins.

On voit donc que si la nouvelle législation de l'Iowa marque un progrès certain dans la lutte antialcoolique, elle est encore loin d'avoir revêtu la forme *ne varietur*. Avec la rapidité des progrès aux Etats-Unis, il est légitime de penser qu'on ne tardera pas à y apporter les perfectionnements que les premières expériences ont prouvé indispensables.

D[r] Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Recherches sur la pathogénie des cancers épithéliaux, par M. Jaboulay.

Partisan convaincu de la théorie qui attribue à des parasites animaux appartenant à la classe des protozoaires la production des cancers épithéliaux, M. Jaboulay expose dans le présent travail ses vues sur la pathogénie de ces tumeurs.

A son avis, l'agent spécifique du cancer épithélial est un protozoaire particulier « qui est à l'organisme humain ce qu'est la coccidie à l'organisme du lapin, la myxosporidie à celui des poissons, la microsporidie à celui des insectes », et caractérisé par une existence cyclique comprenant : une forme complète, intercellulaire; un passage à l'état de spore dans l'intimité du protoplasma de la cellule épithéliale; enfin une phase de reproduction sexuée, par gamètes intranucléaires. Ces différents stades de la vie du parasite ont tous été aperçus et décrits comme autant de microorganismes divers : au premier correspondrait la psorospermie d'Albarran, au second les spores de Plimmer, au troisième les formations « en pelotes d'épingles » de Soudakevitch.

Sous l'influence de ce parasite, les éléments épithéliaux réagissent en entourant de toutes parts la cellule infectée — d'où la production du globe épithélial —, parfois aussi en sécrétant à son contact une substance qui l'isole (globe corné); le globe épithélial ou corné serait au protozoaire du cancer, dans le système de l'auteur, ce que la cellule géante ou le follicule tuberculeux est au bacille de Koch.

Un autre point important de la théorie de M. Jaboulay, c'est que le « point d'attaque » de la cellule par le parasite ne serait pas indifférent pour la production du cancer. Par sa face libre, en effet, la cellule excrète et élimine, elle se laisse difficilement entamer et pénétrer; et c'est pour cela que la coccidie du lapin, qui vient de l'intestin et arrive au foie par les canaux biliaires, ne réalise que des papillomes et des adénomes biliaires, par irritation intense du protoplasma cellulaire, et non pas des invaginations épithéliales intra-hépatiques comme le cancer. Par sa face profonde, au contraire,

la cellule absorbe ses aliments et peut plus aisément être envahie : des coccidies recueillies dans le foie du lapin et injectées par l'auteur dans le tissu cellulaire de l'oreille d'un autre animal de la même espèce y auraient déterminé, au bout d'un mois, des invaginations de l'épithélium voisin du mésoderme, analogues à celles du cancer. Ainsi, pour M. Jaboulay, quand le parasite proviendrait du milieu intérieur, il produirait le cancer; arrivant au protoplasma cellulaire par la voie des canaux excréteurs, il ne donnerait que des tumeurs bénignes.

Comment expliquer les effets locaux et généraux du néoplasme cancéreux? Considérant spécialement l'épithélioma du sein, l'auteur s'efforce de démontrer que, objectivement, les lésions locales résultant de l'évolution de la tumeur sont analogues à une brûlure par un caustique : celui-ci ne serait autre que de l'acide formique, dérivant du glycogène contenu dans les cellules « parasitées », par transformation de ce corps en glucose, fermentation alcoolique de ce dernier, oxydation de l'alcool ainsi produit. Quant aux accidents généraux, ils relèveraient d'une intoxication acide : nombre de cancéreux sont diabétiques et ceux qui ne le sont pas meurent — quand ils ne succombent pas aux complications locales du néoplasme — avec des accidents rappelant de près ceux du coma diabétique; d'ailleurs, M. Klemperer a trouvé de l'acide β-oxybutyrique dans les urines de sujets atteints de cancer de l'estomac. Ainsi se comprendrait l'action favorable exercée sur le cancer épithélial par la quinine (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 206 et 1901, p. 68 et 71), qui est à la fois un poison pour le parasite et un destructeur d'acides. (*Lyon méd.*, 30 août 1903.) — F. F.

Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche, par MM. L. Bérard et M. Patel.

M. Terrier a attiré l'attention sur un mode d'occlusion intestinale siégeant à l'angle gauche du côlon (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 142); il attribua l'occlusion, dans les cas de ce genre, à la disposition spéciale du gros intestin à ce niveau, les matières fécales rencontrant là un passage d'accès difficile, parfois rétréci normalement, et leur présence ajoutant encore, dans certaines conditions, à l'obstacle physiologique préexistant. MM. Bérard et Patel ont observé un fait qui vient confirmer la manière de voir de M. Terrier, et cette observation les a conduits à étudier les différents modes d'occlusion du coude gauche du côlon transverse, leur mécanisme, leur symptomatologie, et les différents moyens thérapeutiques qu'on peut leur opposer. Ils laissent bien entendu de côté les occlusions *symptomatiques* de néoplasmes, de lésions syphilitiques ou tuberculeuses, pour s'occuper exclusivement des occlusions *essentielles*.

Au point de vue du mécanisme, on peut dire que, indépendamment des cas d'occlusion dus à l'existence de brides, il existe une occlusion véritablement essentielle au niveau du coude gauche du côlon, le ligament phréno-colique jouant un rôle prédominant dans la production de l'obstacle; la ptose colique détermine, en effet, la formation d'un angle brusque très aigu à ce niveau, et les accidents ont d'autant plus de chances de se manifester que le ligament phréno-colique est plus étroit et réduit à un simple faisceau s'attachant seulement à l'extrême sommet de l'angle colique; il suffit alors d'un embarras stercoral, d'un spasme ou d'une parésie intestinale pour déterminer l'arrêt des matières.

Le tableau clinique de l'occlusion intestinale siégeant à l'angle colique gauche diffère suivant qu'il s'agit d'une occlusion complète, aiguë ou suraiguë, ou d'une obstruction incomplète, donnant lieu à des phénomènes très atténués. La douleur au niveau de la septième ou huitième côte semble être l'unique signe qui puisse faire songer à l'occlusion de l'angle gauche du côlon. Mais la laparotomie permet seule de fixer le diagnostic du siège et de la nature de la lésion. Si l'on ne constate ni brides, ni épaississement symptomatique d'un néoplasme, on pensera alors à l'occlusion essentielle au niveau de l'angle splénique.

L'obstacle une fois déterminé, on pourra tenter de le contourner au moyen d'une entéro-anastomose latérale. La colopexie, qui replace le côlon dans sa situation normale, suffira quelquefois à faire disparaître les accidents; elle pourra être employée surtout dans les ptoses fixées, même avec l'entéro-anastomose, pour prévenir le retour de nouveaux accès. (*Rev. de chir.*, mai 1903.) — M. C.

Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire, par M. P. Ravaut.

La cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, en dehors de toute lésion apparente des centres nerveux, n'a jusqu'ici fait l'objet que d'observations peu nombreuses (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 60 et 433); aussi l'auteur a-t-il cru devoir reprendre l'étude de cette question en opérant sur un matériel plus considérable : il a examiné systématiquement le liquide céphalo-rachidien chez 84 femmes en traitement dans le service de M. Thibierge, à l'hôpital Broca, et offrant des accidents secondaires de gravité variable.

Les résultats qu'il a obtenus peuvent être résumés de la manière suivante :

Abstraction faite de 14 cas relatifs à des lésions diverses (plaques cutanées, alopécie, iritis, etc.), restent 70 observations que M. Ravaut répartit en deux groupes : 34 concernent des patientes qui ne présentaient que de la roséole ou des plaques muqueuses, tandis que 36 ont trait à des femmes atteintes de syphilides pigmentaires ou papuleuses; or, sur les 34 faits de la première série, 3 fois seulement il y avait une lymphocytose nette, tandis que ce signe existait dans 26 des 36 cas appartenant à la seconde catégorie. Et il semble bien que la réaction méningée soit réellement fonction de l'intensité des manifestations cutanées, car, chez une de ces malades, l'auteur vit une lymphocytose abondante diminuer à mesure que rétrocédait une éruption papuleuse étendue, tandis que chez une autre patiente il put constater que la teneur du liquide céphalo-rachidien en lymphocytes s'accroissait notablement au moment d'une nouvelle poussée papuleuse. Par contre, la lymphocytose lui paraît être complètement indépendante de la céphalée.

Au total, sur les 84 syphilitiques observées par M. Ravaut, 56 offraient une lymphocytose qui était 18 fois abondante (plus de 20 lymphocytes par champ d'objectif à immersion), 18 fois moyenne (de 7 à 20 éléments) et 20 fois discrète. Cette lymphocytose était presque toujours pure; ce n'est que dans 3 cas à réaction particulièrement intense que quelques polynucléaires se trouvaient mêlés aux lymphocytes. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juillet 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De la capacité sécrétoire des glandes mammaires et des indications et contre-indications de l'allaitement maternel, par M. A. Schlossmann.

Les contre-indications admises en matière d'allaitement maternel étaient naguère multiples. Avec un certain nombre d'autres accoucheurs, M. Schlossmann pense cependant qu'il y a lieu de les restreindre, notamment en ce qui concerne les femmes atteintes de formes encore curables de la tuberculose.

A ce dernier point de vue, il fait remarquer tout d'abord que, dans 4 cas où il avait affaire à des femmes notoirement tuberculeuses (cavernes, granulie, etc.), le lait ne renferma jamais de bacilles. C'est, en effet, par les voies aériennes que sont infectés la plupart des enfants : dans les autopsies pratiquées par l'auteur, et qui toutes concernaient des enfants élevés au biberon, les localisations tuberculeuses étaient constamment pulmonaires. On peut même affirmer que le nourrisson élevé au biberon par une mère tuberculeuse court beaucoup plus de danger que s'il était allaité au sein, étant donné que les enfants alimentés par ce dernier procédé offrent à l'égard des infections une résistance beaucoup plus considérable. Et, en fait, les enfants des 4 tuberculeuses précitées ne présentèrent aucune réaction à l'égard de la tuberculine. L'allaitement par les femmes tuberculeuses a d'autre part pour celles-ci un avantage appréciable : celui de favoriser la suralimentation, qui est un des plus sûrs moyens de combattre la tuberculose.

La tolérance des tuberculeuses à l'égard de l'allaitement ressort encore d'un usage établi par M. Schlossmann dans le service des enfants assistés à Dresde, usage qui serait, paraît-il, sans danger : chaque nourrice, avant d'être acceptée, subit une première injection de 0 gr. 01 centigr. de tuberculine; en l'absence de toute réaction, on injecte ensuite 0 gr. 02, puis 0 gr. 03 centigr. de la même substance. Si les trois épreuves sont négatives, on peut admettre que la nourrice n'est pas tuberculeuse. Mais, sur les nourrices ainsi traitées (au nombre de 49), il ne s'en trouva que 63.2 % qui ne présentèrent pas de réaction; chez 10.2 %, la réaction était faible ou douteuse, chez 26.6 % elle fut évidente.

M. Schlossmann s'élève, d'autre part, contre l'emploi des régimes soi-disant galactagogues. Leur résultat le plus habituel est de dégoûter la nourrice, partant de supprimer l'appétit et la sécrétion lactée. L'auteur s'est fait, au contraire, une loi de permettre tous les aliments que la femme assimile facilement : à son avis, les catarrhes gastro-intestinaux des nourrissons ne sont pas dus à tel ou tel aliment (choux, salade, fruits, etc.) ingéré par la nourrice, mais à ce que cet aliment n'est pas digéré par celle-ci; s'il est bien digéré, on peut le permettre sans inconvénient.

Une opinion encore assez répandue est que l'enfant, au cas de suspension de l'allaitement maternel, doit prendre le sein d'une nourrice dont le lait soit d'un âge correspondant au sien. L'expérience et les analyses chimiques ne confirment nullement cet *a priori* théorique, d'autant plus irrationnel que, quand il s'agit de biberon, personne ne s'inquiète de l'âge du lait de la vache. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin 1903.) — R. DE B.

Occlusion autoplastique libre d'une perte de substance du tibia consécutive à une fracture compliquée, par M. Rebentisch.

Il s'agit d'une *greffe osseuse*, de la transplantation dans la perte de substance d'un fragment ostéo-périostique prélevé aux dépens de la partie supérieure du tibia et complètement isolé. Et voici le fait.

Une femme de quarante-cinq ans tombe et se fait une fracture compliquée des deux os de la jambe droite, en bas : le fragment tibial supérieur perfore la peau et fait hernie de 4 centimètres, entièrement dépouillé de son périoste. Les choses restent en l'état pendant vingt-quatre heures; alors seulement, sous l'anesthésie, on peut déterger et régulariser la plaie, réduire les fragments et appliquer un appareil plâtré.

Pas de fièvre, pas de suppuration, mais la plaie reste fistuleuse : un mois après, on la débride; on reconnaît qu'il n'y a aucune consolidation et que le fragment supérieur du tibia est nécrosé; on enlève à la curette l'os malade : il reste alors, entre les deux fragments tibiaux, une perte de substance pouvant loger une noix. La cicatrisation osseuse ne fait aucun progrès dans les semaines qui suivent, le pied s'œdématie; finalement, deux mois plus tard, on pratique la greffe.

La cavité osseuse est d'abord soigneusement curettée et désinfectée; puis on découvre la face interne du tibia par une incision longitudinale qui commence à deux doigts au-dessous de la tubérosité antérieure, et, avec le ciseau et le maillet, on détache un fragment ostéo-périostique de 5 centimètres de long, 1 centim. 3/4 de large, un demi-centimètre d'épaisseur, qui comprend le bord antérieur de l'os. Tout de suite la plaie correspondante est réunie. Puis on transporte le fragment ostéo-périostique dans la perte de substance nettoyée et régularisée tout à l'heure, on l'y fixe par quelques points périostiques, et, par-dessus, grâce à deux incisions libératrices, on peut suturer la peau.

Cela se passait le 10 novembre; le 22 janvier, on constatait, à la radiographie, le développement d'une masse osseuse abondante autour du fragment greffé; à la fin de février, la consolidation était complète, et, à la radiographie, les contours de la greffe étaient devenus confus. Le 7 mars, la malade quittait l'hôpital : le membre est bien consolidé, mais, au niveau de la fracture, la jambe est un peu rétrécie et incurvée en dehors, le pied en léger valgus; il y a un raccourcissement d'un demi-centimètre

seulement; la marche est encore un peu pénible et lente. On sait, d'ailleurs, combien ces restaurations fonctionnelles demandent de temps pour se compléter.

Le résultat obtenu n'en est pas moins intéressant. Après avoir discuté les diverses méthodes de réparation osseuse auxquelles on eût pu songer, M. Rebentisch rappelle que cette greffe osseuse, à laquelle il s'est arrêté, a été pratiquée pour la première fois par Ollier, qui combla une grande perte de substance du tibia avec un fragment de 16 centimètres de long emprunté au tibia de l'autre côté. L'auteur luimême a pu guérir de la sorte, par la greffe osseuse proprement dite, une perte de substance crânienne, consécutive à un abcès traumatique du cerveau, chez un enfant. L'absence de suppuration était, dans le cas présent, une bonne condition de succès : il faut y ajouter, comme précautions indispensables, une soigneuse hémostase et le recouvrement du fragment transplanté par une peau bien nourrie. Enfin, plus les greffes sont petites, plus elles ont de chances de réussir. Il y aurait lieu de se demander aussi ce qu'elles deviennent, en réalité; mais M. Rebentisch n'aborde pas cette question, et nous nous bornerons à enregistrer le résultat, la consolidation obtenue. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juillet 1903.) — L.

Recherches sur un cas de diabète insipide, par M. T. W. Tallqvist.

Les recherches instituées par M. Tallqvist ont eu pour objet d'étudier l'influence exercée par diverses modifications du régime alimentaire sur l'état des urines chez un homme de quarante et un ans, admis à la clinique médicale de Helsingfors pour diabète insipide. L'auteur a ainsi été à même de se rendre compte qu'en prohibant complètement l'usage de la viande et en limitant autant que possible la consommation des autres substances albuminoïdes, on parvient à influencer d'une manière très favorable l'évolution de la maladie en question. Pendant que le patient de M. Tallqvist recevait, comme ration journalière, 100 grammes de pain, 150 grammes de beurre, 500 grammes de purée de pommes de terre, 200 grammes de mousse de pommes, 75 grammes de sucre, 50 grammes de crème, 600 grammes de bière et 250 grammes de thé, ce qui correspond en tout à 4 gr. 60 centigr. d'azote, le taux de ses urines, qui était auparavant de 7 litres par jour, tombait au-dessous de 3 litres. Parallèlement à cette heureuse modification de la polyurie, on constatait une amélioration très sensible de l'état général, ainsi qu'une atténuation notable de la polydipsie. Mais dès qu'on remplaçait cette alimentation par un régime riche en matières albuminoïdes (2 litres de lait, 200 grammes de viande, etc.), la polyurie et tous les symptômes concomitants redevenaient beaucoup plus accentués.

Fait à remarquer, la nature de l'alimentation, tout en exerçant une action très efficace sur la quantité des urines, ne modifie presque en rien leur composition. Aussi l'auteur serait-il porté à admettre que le diabète insipide est lié à un trouble de fonctionnement des reins, qui ne laisseraient passer les substances destinées à être éliminées qu'en dissolution dans une grande quantité de liquide. Or, comme un régime riche en albuminoïdes amène naturellement une augmentation du taux des substances solides entrant dans la composition de l'urine, on comprend qu'un régime de ce genre doive aussi déterminer une polyurie correspondante. On observerait, d'ailleurs, les mêmes effets à la suite de l'absorption de grandes quantités de chlorure de sodium. Cela étant, M. Tallqvist croit devoir recommander, en cas de diabète insipide, une alimentation pauvre en substances albuminoïdes et en chlorures. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — L. CH.

Une affection auriculaire des pays chauds, par M. R. Müller.

L'auteur a eu l'occasion d'observer chez une douzaine de sujets, officiers (dont 3 médecins) et hommes de troupe, ayant tous séjourné pendant un temps plus ou moins long dans les colonies allemandes de l'Afrique, dans la Nouvelle-Guinée et en Chine, une affection auriculaire qui ne paraît pas avoir été signalée jusqu'ici dans les pays tempérés.

Elle débute de façon insidieuse et, lorsque les patients constatent pour la première fois qu'ils sont atteints de surdité et de bourdonnements, ils s'aperçoivent en même temps que le conduit auditif du côté affecté présente un rétrécissement à peu près complet, consécutif à l'infiltration des parties molles. Tandis que chez les uns cette infiltration avait disparu rapidement, à la suite de l'application de quelques compresses humides, elle avait persisté chez d'autres assez longtemps, provoquant des douleurs parfois intenses et de la fièvre. Vu le début insidieux de l'affection, il est difficile de se prononcer sur la durée de cette période aiguë; d'après les données approximatives fournies par les malades, elle paraît varier de trois semaines à plusieurs mois.

Quoi qu'il en soit, l'état chronique, qui seul a pu être observé par M. Müller, est caractérisé par l'existence d'une hyperostose de la paroi antéro-inférieure du conduit ou d'une exostose de sa paroi antérieure, inférieure ou postérieure, et par une rougeur hyperémique ou une légère infiltration du revêtement cutané de la portion postérieure du conduit. Dans tous les cas examinés par l'auteur, l'oreille moyenne semblait intacte. La surdité et les bourdonnements étaient moins prononcés pendant cette période que durant la phase aiguë qui s'était déroulée sous les tropiques. Quelques patients déclarèrent avoir éprouvé du vertige pendant cette dernière phase. Chez certains d'entre eux le début de l'affection remontait à plusieurs mois, chez d'autres à plusieurs années; mais l'intensité des symptômes subjectifs ne paraissait être ni en raison inverse de leur durée, ni en raison directe du degré de l'hyperostose ou des dimensions de l'exostose. Une relation semblait plutôt exister entre l'intensité de la phase aiguë et le degré des troubles subjectifs de la période chronique.

De tous les malades observés par M. Müller, un seul aurait eu une exostose des conduits auditifs avant son départ pour les colonies. Quant aux autres, bien qu'il n'existe pas à ce sujet de données positives, il est plus que probable que leurs conduits auditifs étaient exempts de toute anomalie, pour cette double raison que les exostoses du conduit auditif sont très rares en Allemagne et que ces individus étaient des militaires ayant subi devant les conseils de revision un examen minutieux.

S'agit-il vraiment là d'une affection propre aux pays chauds? Les faits suivants justifieraient une réponse affirmative à cette question : d'un côté, des infiltrations douloureuses du revêtement cutané du conduit auditif ont déjà été signalées par Plehn chez des Européens séjournant au Cameroun, et observées par Kaschke chez des nègres indigènes de la même colonie; d'un autre côté, l'examen d'un grand nombre de crânes péruviens, mexicains et australiens pratiqué par Welcker, Seligman, Virchow et Ostmann a révélé une proportion assez considérable d'exostoses des conduits auditifs; enfin, les lésions de ce genre, d'après les recherches de Schwartze, seraient beaucoup plus fréquentes en Angleterre qu'en Allemagne; or, le premier de ces pays a commencé à coloniser bien avant l'Allemagne.

Pour ces diverses raisons, M. Müller estime que l'affection observée par lui serait une otite externe ossifiante propre aux pays chauds et pouvant atteindre indifféremment indigènes et Européens séjournant dans ces pays. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XLII, 1.) — S. J.

Sur la symptomatologie de la maladie de Basedow, par M. L. von Schrötter.

Le cas de maladie de Basedow relaté par M. von Schrötter est remarquable par diverses particularités, entre autres par l'existence d'une pigmentation brune disséminée en larges plaques sur toute la surface du corps, ainsi que par la présence d'une obésité considérable, exclusivement localisée aux jambes, aux hanches et à la partie inférieure de l'abdomen, tandis que le développement des régions supérieures du corps ne présentait rien d'anormal.

La pigmentation, à la vérité, a déjà été observée dans différents cas de goitre exophtalmique. Mais l'obésité partielle soulevait un problème de diagnostic d'autant plus délicat, que certains cliniciens, se basant sur les rapports existant entre le corps thyroïde d'une part, la maladie de Basedow et le myxœdème d'autre part, ont admis des formes mixtes, caractérisées par la coïncidence, chez le même individu, des signes du myxœdème et de ceux du goitre exophtalmique. Cela étant, l'auteur a enlevé à sa malade plusieurs fragments de peau avec le tissu sous-cutané pour déterminer la nature de l'épaississement des téguments; il a reconnu de la sorte qu'il s'agissait d'une adipose pure, sans trace de dégénérescence myxœdémateuse et sans le moindre œdème; la fermeté du tégument provenait de la tension de la peau, par suite de l'infiltration de la graisse dans les couches sous-dermiques. On avait donc affaire simplement à une maladie de Basedow accompagnée d'une prolifération locale du tissu adipeux, sans que rien plaidât en faveur d'une forme mixte de myxœdème et de goitre exophtalmique. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.) — A. J.

Des vomissements incoercibles de la grossesse, et d'une nouvelle théorie de cette maladie, fondée sur l'intoxication, par M. C. Behm.

Les résultats que M. Behm a obtenus, dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, au moyen des lavements de sérum artificiel, lui suggèrent une hypothèse nouvelle sur la nature de cette complication de la gestation.

Une jeune femme de dix-neuf ans — au milieu du quatrième mois de sa grossesse — fut atteinte de vomissements incoercibles typiques avec perte de poids, petitesse et rapidité du pouls, mais sans fièvre. Après avoir eu recours à des traitements divers, et en particulier à la suggestion, l'auteur eut l'idée d'utiliser les lavements d'eau salée physiologique; l'amélioration fut immédiate et, au bout de deux semaines, la malade était presque guérie; toutefois, dès qu'on suspendit les lavements, les vomissements reparurent. A la fin du cinquième mois, on put cependant abandonner les irrigations et la grossesse évolua normalement vers son terme; ajoutons que, dix minutes après la délivrance, cette femme eut un accès d'éclampsie.

Encouragé par ce succès, M. Behm a expérimenté le même traitement chez 5 autres femmes gravides, dont les vomissements, sans être absolument incoercibles, offraient cependant une fréquence extrême. Le résultat fut encore des plus satisfaisants. Pas plus ces malades que la première n'étaient hystériques ni atteintes d'affections gynécologiques; l'interruption du traitement, chez une d'elles, amena — comme dans le précédent cas — la réapparition des vomissements.

La manière de procéder adoptée par l'auteur est la suivante : le rectum une fois vidé par un premier clystère — c'est-à-dire au bout d'une heure environ —, on administre un lavement d'un litre environ de solution saline, sous pression modérée, à la température de 28° ou 30°, et avec une canule aussi longue et aussi profondément enfoncée que possible. L'injection doit être faite peu à peu, de façon que le liquide soit conservé. On introduit ainsi de 4 à 6 litres de sérum par jour; chez les femmes nerveuses, on peut diminuer la quantité de liquide à injecter chaque fois.

Se basant sur ces observations, M. Behm se demande si les vomissements incoercibles ne seraient pas dus à une intoxication analogue à celle de l'éclampsie. Leur coïncidence avec cette dernière maladie, et le fait que leur intensité maxima survient au moment de la formation du placenta, plaideraient en faveur de cette hypothèse. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Contractions tétaniques dues aux ascarides, par M. J. Buchholz.

Il est bien connu que les convulsions se développent aisément chez les enfants atteints de vers intestinaux, mais il ne semblait pas que ceux-ci pussent provoquer chez des sujets plus âgés des accidents tétaniformes, surtout aussi violents que chez la malade dont M. Buchholz relate l'observation.

L'auteur fut un jour appelé auprès d'une jeune fille de dix-sept ans, laquelle, disait-on, venait d'être prise d'accidents convulsifs telle-

ment intenses que huit hommes pouvaient à peine la maîtriser. Effectivement, en arrivant auprès de la malade, M. Buchholz trouva huit hommes occupés à la maintenir et, sous ses yeux, elle eut deux crises d'opisthotonos au cours desquelles la nuque et les talons vinrent se toucher. Dans l'intervalle de ces crises, les membres, qui offraient une certaine trépidation, restaient néanmoins contracturés. La conscience n'était pas abolie, la parole était intacte, mais en raison du trismus la patiente ne pouvait que chuchoter. La déglutition et la respiration étaient gênées et il ne s'était pas produit d'évacuations alvines. Les moindres bruits ou ébranlements ramenaient des contractions tétaniques et des douleurs violentes chez la malade qu'inondaient des sueurs profuses. Dans l'anamnèse, on ne trouvait aucune donnée pouvant expliquer ces accidents.

Après vingt-quatre heures d'inutile traitement, M. Buchholz se demanda à tout hasard si les vers intestinaux ne pourraient pas bien se trouver en cause. Il prescrivit aussitôt 4 prises contenant chacune 0 gr. 10 centigr. de santonine et autant de calomel. Les convulsions cessèrent effectivement dès la première prise, et après l'absorption des trois autres la patiente expulsa 16 ascarides. La guérison s'ensuivit.

Quelques années plus tard, des accidents analogues se reproduisirent chez cette jeune fille, mais avec une intensité moindre. Ils étaient dus à la même cause et cédèrent à la même médication. (*Norsk Mag. f. Lægevidenskaben*, juin 1903.) — R. DE B.

Opérations césariennes itératives chez les mêmes malades, par M. L. MEYER.

Les deux observations relatées dans le présent travail sont un exemple de l'influence très variable que peut avoir l'opération césarienne sur les accouchements ultérieurs.

Dans le premier cas il s'agissait d'une femme rachitique et de petite taille, âgée de vingt ans, qui deux années auparavant avait déjà subi une opération césarienne : son diamètre sous-promonto-pubien n'était en effet que de 4 centim. 1/2. Malgré des conditions générales désavantageuses, les suites de cette première intervention avaient été satisfaisantes, bien qu'au neuvième jour on eût découvert une éventration post-opératoire montrant le fond béant de l'utérus et une anse intestinale. Quand la malade se représenta, elle était à terme, demandait de nouveau un enfant vivant, mais désirait qu'on la rendît dorénavant stérile. Dès que le travail eut débuté, on se mit donc en devoir d'opérer. L'abdomen incisé, on tomba sur des adhérences qui s'opposèrent à la luxation du fond de l'utérus en dehors du ventre et par suite à l'emploi de la méthode de Fritsch (incision transversale du fond). Par contre, sur la face antérieure de l'organe, il n'y avait plus aucune trace visible de l'incision qu'on avait faite jadis. On termina l'opération par une ovario-salpingectomie double.

La deuxième malade, cyphotique du fait d'un mal de Pott, offrait un bassin en entonnoir dont le détroit inférieur mesurait environ 6 centimètres dans le sens transversal. La première opération césarienne fut exécutée par la méthode de Fritsch. Quatre ans plus tard survint une nouvelle grossesse. Conduite à l'hôpital en plein travail (à terme), la patiente fut aussitôt laparotomisée; à l'ouverture du ventre on fut fort étonné de rencontrer une rupture utérine toute récente, siégeant au lieu et place de l'ancienne incision de Fritsch; une petite déchirure secondaire et verticale tombait perpendiculairement sur la rupture principale, à travers laquelle s'était engagée une portion du placenta; l'épiploon adhérait en partie à la cicatrice utérine. L'utérus put cependant être conservé et suturé. Les suites opératoires furent bonnes, si l'on en excepte un peu de fièvre et l'élimination d'un fragment de tissu sphacélé, probablement d'origine utérine. (*Bibliotek for Læger*, avril 1903.) — R. DE B.

La xérophtalmie des tout jeunes enfants, par M. E. JENSEN.

La xérophtalmie des enfants du premier âge serait, d'après M. Jensen, une affection assez commune et curable, mais dont l'étiologie est ordinairement méconnue.

Cette ophtalmie se rencontre de préférence chez les enfants de trois à neuf mois, dont l'alimentation laisse à désirer, et notamment chez ceux qui ont été soumis trop prématurément à un régime autre que le régime lacté : elle mérite à ce titre le nom de xérophtalmie d'inanition. Les nourrissons qui en sont atteints ont donc habituellement des troubles digestifs chroniques concomitants. Du côté des yeux, on note que la conjonctive bulbaire, sèche, terne, est recouverte d'un mince enduit blanc jaunâtre et adhérent que ne peuvent plus mouiller les larmes, dont la sécrétion est tarie; au début, la conjonctive palpébrale est à peu près normale. Jusqu'à ce moment l'affection est aisément curable, mais, à une période plus avancée, la cornée s'obscurcit, se dépolit et un exsudat se forme à l'intérieur des lames cornéennes : il s'ensuit une nécrose qui amène la perforation et finalement la fonte de l'œil. Ces divers phénomènes évoluent sans la moindre réaction inflammatoire : la douleur semble presque nulle et il n'y a pas de blépharospasme. Les deux yeux sont généralement atteints simultanément.

La cause de ces ophtalmies résidant avant tout dans un vice d'alimentation, il convient au plus tôt de bien alimenter et même de suralimenter l'enfant : dans ce but on le mettra au régime du lait pur. En même temps on appliquera un pansement occlusif, afin de prévenir la dessiccation de l'œil et de protéger la cornée. Les médicaments topiques doivent être laissés de côté, car ils ne peuvent que compromettre la vitalité des surfaces oculaires. (*Hospitalstidende*, 22 juillet 1903.) — R. DE B.

De la composition du suc gastrique chez quelques sujets porteurs de tænia, par M. GOTTFRID TÖRNELL.

Dans l'anémie due au bothriocéphale on a signalé une diminution de l'acidité du suc gastrique. D'après M. Törnell, une modification semblable s'observerait chez la majorité des sujets infectés par le bothriocéphale ou par le *Tænia mediocanellata*, même en l'absence de toute anémie.

Chez 12 des 17 malades qu'il a examinés, en effet, l'acide chlorhydrique libre manquait complètement, et chez les 5 autres sa quantité était extrêmement faible, à tel point que dans 2 cas les réactifs cliniques usuels furent impuissants à le déceler. L'acide lactique faisait constamment défaut. La capacité digestive du suc gastrique parut d'ailleurs être normale chez tous les patients qui furent examinés à ce point de vue. Il est à remarquer aussi que l'estomac se vidait rapidement, symptôme qui accompagne généralement l'hypo ou l'anachlorhydrie.

Bien que les observations précédentes ne soient pas absolument constantes, elles pourront servir à mettre sur la voie d'un diagnostic qui, très souvent, est fort loin de la pensée du médecin. (*Hygiea*, août 1903.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Y a-t-il utilité à s'assurer, immédiatement après la sortie de la tête fœtale, s'il existe des circulaires autour du cou?

On sait que la plupart des traités classiques d'obstétrique recommandent de s'assurer, dès que la tête du fœtus est sortie de la vulve, s'il n'y a point un ou plusieurs circulaires autour du cou, cette disposition déterminant une brièveté du cordon, susceptible de produire des tiraillements sur le placenta, sans compter les inconvénients liés à la gêne de la circulation funiculaire au niveau de l'enroulement. Or, sans vouloir contester le danger que présente cet enroulement du cordon autour du cou, M. le docteur B. S. Schultze, ancien professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine d'Iéna, estime qu'il n'y a aucune utilité à se rendre compte de l'existence de cette disposition anormale *immédiatement après le dégagement de la tête*. En effet, celle-ci une fois sortie des organes génitaux, le principal danger — qui consiste dans la compression du cordon ombilical entre la paroi antérieure du bassin et l'occiput de l'enfant — a disparu. D'autre part, dans le cas où l'on remarque des symptômes qui sont de nature à faire craindre l'asphyxie du nouveau-né, ce qui est urgent, c'est de procéder au dégagement des épaules pour peu que celles-ci ne se dégagent pas d'elles mêmes, et non de chercher à savoir s'il y a, oui ou non, des circulaires autour du cou, cette donnée ne pouvant fournir à ce moment-là aucune autre indication sur la conduite à tenir. A supposer, en effet, qu'on arrive facilement à dégager le cordon en le faisant passer par-dessus la tête du fœtus, comme le conseillent les classiques, c'est que le circulaire était peu serré et que, par conséquent, la manœuvre en question était inutile. Est-il, au contraire, trop serré pour qu'on puisse effectuer ce dégagement, on ne gagne rien à sectionner le cordon séance tenante, cette intervention pouvant, sans le moindre inconvénient, être différée jusqu'au moment où sera terminée l'extraction des épaules.

Ces considérations semblent d'autant plus dignes d'attirer l'attention des praticiens que la recherche des circulaires du cordon immédiatement après la sortie de la tête, en nécessitant le contact des doigts de l'accoucheur avec la muqueuse fraîchement traumatisée des organes génitaux externes de la mère, augmente par cela même les risques d'infection.

L'opothérapie mammaire comme moyen galactagogue.

Etant donné le peu d'efficacité de la plupart des régimes ou médicaments conseillés en vue de remédier à l'insuffisance de la sécrétion lactée, M. le docteur H. Prip (de Copenhague) a été amené à essayer dans ce but l'administration de la glande mammaire de vache.

Ses essais ont porté sur 6 femmes, dont la sécrétion lactée était presque tarie, les seins flasques, et dont les enfants perdaient manifestement de leur poids. Le résultat fut absolument nul dans 1 cas; mais dans les 5 autres les seins se tuméfièrent, la sécrétion se fit plus abondante et les nourrissons se remirent à augmenter de poids. L'interruption du traitement ramenait promptement les phénomènes d'insuffisance.

La dose convenable paraît être constituée par une glande mammaire à absorber en trois jours. Quant au mode d'administration, notre confrère s'en est jusqu'ici rapporté à l'ingéniosité des malades : la glande fut donc ingérée bouillie, grillée, rôtie, hachée, voire même fumée. Mais comme cette médication soulève de prime abord quelque répugnance, M. Prip estime qu'il y aurait lieu, si ses bons effets se confirmaient, de rechercher un mode de préparation qui la rendît plus facilement acceptable (1).

La valeur de la moelle osseuse dans le traitement du rachitisme.

Les cliniciens étant encore loin d'être fixés sur la valeur thérapeutique de la moelle osseuse, notamment à l'égard du rachitisme, nous croyons utile de signaler les bons résultats que M. le docteur C. Amistani a obtenus, au moyen de cette substance, chez 7 enfants rachitiques hospitalisés dans le service de M. le docteur V. Tedeschi, professeur extraordinaire de pédiatrie à la Faculté de médecine de Padoue, et dont l'âge variait entre dix-huit mois et deux ans et demi. Sous l'influence de la moelle osseuse glycérinée, administrée par la voie gastrique à la dose de 15 à 20 grammes par jour, M. Amistani a noté, chez les petits malades en question, une augmentation rapide du poids du corps et du taux de l'hémoglobine, en même temps que la dentition et l'apprentissage de la marche étaient nettement activés. Aussi notre confrère estime-t-il que cette méthode opothérapique mériterait d'être employée, de préférence à tous les remèdes usuels, pour relever l'hématopoïèse et améliorer l'état général des enfants rachitiques, sans compter qu'elle présenterait l'avantage de faire disparaître les douleurs au niveau des épiphyses.

(1) Rappelons à ce propos qu'un confrère américain, M. le docteur H. W. Crouse (de Victoria), dont nous avons naguère signalé les essais d'opothérapie mammaire dans le traitement des fibromes utérins, prescrit la substance mammaire sous forme de tablettes, à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 35 centigr., répétée trois fois par jour (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 320).

REVUE GÉNÉRALE

De l'origine des néoplasmes malins.

En nous proposant de parler dans cet article de l'origine des néoplasmes malins, et particulièrement des théories qui attribuent à ces tumeurs une nature parasitaire, nous ne méconnaissons point la difficulté qu'il y a de « prendre un instantané » de l'état actuel de cette question qui se trouve à l'heure présente en pleine fluctuation. Nous n'en croyons pas moins à l'utilité de cet essai, vu qu'il devient toujours plus difficile pour le praticien de s'orienter au milieu des théories complexes émises à ce propos; nous pensons compléter ainsi les travaux très instructifs publiés ici même, l'année dernière, par M. de Bovis (1).

Mais avant d'aborder la question de la théorie parasitaire du cancer, il nous paraît indispensable de résumer rapidement les recherches concernant l'*histogenèse* des tumeurs malignes. Laissant de côté tout ce que nous pouvons considérer comme acquis dans ce domaine, nous ne nous arrêterons qu'aux points qui sont encore, à l'heure qu'il est, l'objet de discussions. Nous aurons donc à nous occuper, en premier lieu, de l'*origine histologique des tumeurs malignes*, c'est-à-dire de l'histogenèse proprement dite de ces néoplasmes, ensuite de leur *mode d'accroissement*.

Nous utiliserons principalement les études — de beaucoup les plus nombreuses — faites sur le carcinome, non sans tenir compte cependant du sarcome, ces deux espèces de néoplasmes ne pouvant être séparées quand il s'agit de discuter l'origine des tumeurs malignes.

I

Pour entrer dans le vif de la discussion, nous devons chercher en premier lieu à résoudre une question primordiale qui, à en juger par les dernières publications, n'a point encore reçu sa solution définitive. On peut la définir ainsi : l'émancipation des cellules — signe distinctif de la malignité — est-elle due à une altération primitive de leurs propriétés biologiques, ou bien, au contraire, la malignité est-elle la conséquence secondaire de l'isolement primitif, et pour ainsi dire fortuit, d'un groupe cellulaire ? En d'autres termes, les cellules s'émancipent-elles parce qu'elles sont devenues malignes, ou au contraire deviennent-elles malignes parce qu'elles ont été séparées accidentellement de leur tissu originel?

Pour le dire tout de suite, la majorité des pathologistes est d'avis que l'ensemble des caractères de la malignité est dû à une transformation des propriétés biologiques des cellules, et que l'émancipation de celles-ci, c'est-à-dire leur séparation d'avec leur point d'origine et leur intrusion dans les tissus ambiants, n'est qu'une conséquence de cette altération primitive.

Une première brèche a été faite à cette théorie par Thiersch, lequel pensait que cette émancipation était facilitée, pour le cancer cutané du moins, par une diminution sénile de la résistance des tissus sous-jacents. Cette idée a été formulée d'une manière beaucoup plus précise par M. Weigert (2), qui admet que toute prolifération cellulaire est causée par une diminution de résistance des tissus ambiants.

L'hypothèse de l'altération primitive a été, en outre, combattue par la célèbre théorie de Cohnheim, d'après laquelle le développement des néoplasmes malins serait dû à l'isolement congénital de groupes cellulaires. M. Ribbert (1) soutient, de son côté, que le développement d'un néoplasme malin est précédé d'un processus inflammatoire au niveau des tissus ambiants, par suite duquel des groupes cellulaires seraient séparés de leur lieu d'origine. Cet isolement — non pas congénital, comme pour Cohnheim, mais acquis — serait la cause primitive de la dégénérescence maligne, et ce mécanisme serait valable non seulement pour les cancers épidermiques, mais pour tous les néoplasmes. M. Ribbert combine donc, pour ainsi dire, les théories de Cohnheim et de Weigert, en attribuant le rôle primitif à l'isolement cellulaire et en faisant découler la prolifération maligne d'un affaiblissement de la résistance normale des tissus ambiants.

Mais il est évident que cette hypothèse, loin d'expliquer la genèse du cancer, ne fait que déplacer la question, en attribuant le rôle primitif non pas aux cellules épithéliales, mais au tissu conjonctif. Poussée jusqu'à ses dernières conséquences, elle nous amène, en outre, à des conclusions qui nous paraissent peu acceptables. Si, en effet, l'isolement des cellules constitue le principal facteur étiologique de la dégénérescence maligne, ces cellules doivent nécessairement être douées à l'état naturel de qualités fort redoutables, à savoir d'une faculté de prolifération illimitée et de propriétés destructives à l'égard des tissus ambiants. Ces qualités n'attendraient que l'occasion d'un isolement accidentel pour se manifester et pour transformer des cellules épithéliales inoffensives en cellules cancéreuses : les cellules se comporteraient alors, pour ainsi dire, comme des bêtes fauves échappées de leur cage.

Une assertion pareille devait nécessairement être soumise à la vérification par la méthode expérimentale. Des recherches de contrôle furent entreprises par M. Ribbert lui-même, qui arriva à des résultats absolument négatifs. Pas plus que lui, M. Lubarsch (2) et M. Lengemann (3), puis M. Fütterer (4), n'ont réussi à produire un néoplasme malin sur l'animal, en implantant des fragments de tissus épithéliaux dans d'autres organes ou en injectant des cellules épithéliales isolées dans le torrent sanguin. Ce dernier mode d'expérimentation a été mis en pratique principalement par M. Fütterer, dans de très nombreux essais sur le chien, le lapin, le cobaye et le singe; les animaux furent observés pendant six mois après l'injection, mais dans aucun cas les cellules transplantées ou injectées ne proliférèrent ultérieurement. M. Fütterer, tout en enregistrant ce résultat négatif, conseille de continuer ces recherches, en gardant en observation les animaux pendant un laps de temps beaucoup plus long. Il justifie cette recommandation par une expérience de M. Lack (5) qui a vu survenir des tumeurs épithéliales chez le lapin une année après l'introduction, dans la cavité abdominale, du suc d'un ovaire. Malheureusement ce fait est resté absolument isolé, de sorte qu'il est permis de se demander s'il ne s'est pas agi là d'une coïncidence fortuite.

Nous pouvons donc conclure que la théorie de M. Ribbert n'a pas trouvé jusqu'à présent d'appui quelque peu concluant dans les expériences faites sur les animaux. Elle n'en a pas reçu davantage de l'observation clinique, car les cancers seraient certainement infiniment plus fréquents qu'ils ne le sont, si le déplacement accidentel — inflammatoire ou opératoire — de cellules épithéliales jouait dans leur genèse le rôle principal.

On pourrait s'étonner que cette question, qui paraît essentiellement relever de la pure observation histologique, n'ait pas encore été définitivement résolue. Il faut tenir compte cependant de la grande rareté des cancers assez récents pour permettre l'étude des tout premiers stades du développement; on ne saurait y suppléer par l'examen des parties marginales de tumeurs plus anciennes, le processus de l'accroissement n'étant pas nécessairement identique à celui de la genèse proprement dite. La difficulté d'interprétation est encore augmentée par le fait que M. Ribbert admet l'existence d'une continuité *topographique* entre les cellules épithéliales normales et les cellules cancéreuses, malgré leur séparation *organique :* c'est là une distinction subtile, pour ne pas dire arbitraire, et qui coupe court à toute discussion. Nous sommes d'ailleurs d'avis que le cancer épidermique, sur lequel M. Ribbert avait basé tout d'abord sa théorie, se prête assez mal à ce genre de recherches, la différence entre les cellules normales et néoplasiques y étant souvent fort malaisée à établir, contrairement à ce qui a lieu généralement pour le cancer de l'épithélium cylindrique du tube digestif. C'est donc avec raison que M. Hauser (1) a cherché dans ce dernier des arguments pour combattre la théorie de M. Ribbert; il s'est adressé en particulier à la polypose du gros intestin, dont la dégénérescence cancéreuse est assez fréquente, et les résultats de ses investigations l'amènent à soutenir l'existence d'un processus dégénératif primitif au niveau des cellules épithéliales, comme première manifestation de la transformation maligne de ces éléments, et précédant leur pénétration dans les tissus sous-jacents. M. Krompecher (2) arrive également, en ce qui concerne les cas qu'il a examinés, à des conclusions contraires à celles de M. Ribbert.

En comparant les preuves apportées de part et d'autre, nous croyons pouvoir admettre l'altération primitive des cellules qui deviennent ultérieurement néoplasiques; elle nous paraît constituer un fait acquis, quelle que soit l'interprétation qu'on en donne.

II

Pour ce qui est de ces interprétations, elles nous transportent dans le domaine de la spéculation philosophique, domaine particulièrement fertile en hypothèses. Les théories qui ont été émises à cet égard sont toutes essentiellement pathogéniques et non point étiologiques, et ne nous renseignent pas sur la vraie cause de la transformaion maligne. Elles ne sauraient donc nous donner, pour le moment, le mot de l'énigme.

Mentionnons tout d'abord une idée générale qui est commune à plusieurs d'entre elles : c'est l'analogie des cellules néoplasiques malignes avec des cellules embryonnaires, idée qui constitue notamment une partie essentielle de la théorie de Cohnheim. Pour cet auteur, les tumeurs malignes proviendraient d'un développement tardif de cellules embryonnaires restées isolées, soit dans le sens d'une hétérotopie, soit du moins au point de vue de leurs rapports organiques. Rappelons également que M. Bard base toute sa classification sur la distinction entre les néoplasmes embryonnaires, intermédiaires et adultes; il est toutefois d'avis, contrairement à Cohnheim, que toutes les cellules de l'organisme sont capables, à toutes les pé-

(1) R. de Bovis. L'augmentation de fréquence du cancer, sa prédominance dans les villes et sa prédilection pour le sexe féminin sont-elles réelles ou apparentes? (*Semaine Médicale*, 1902, p. 297.) — Du rôle des principaux facteurs accessoires dans l'étiologie du cancer. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 313.)

(2) Weigert. Neue Fragestellungen in der pathologischen Anatomie. (*Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, 68: Versammlung zu Frankfurt a. M.*, 1896, p. 125.)

(1) H. Ribbert. Beiträge zur Histogenese des Carcinoms. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1894, CXXXV, 3, p. 433.) — Ueber die Histogenese und das Wachstum des Carcinoms. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol*, 1895, CXLI, 1, p. 153.) — Zur Entstehung der Geschwülste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 juillet 1896.) — Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen pathologischen Anatomie. Leipzig, 1901.

(2) O. Lubarsch. Zur Lehre von den Geschwülsten und Infectionskrankheiten. Wiesbaden, 1899.

(3) Lengemann *in* Lubarsch. (*Loc. cit.*)

(4) G. Fütterer. Ueber die Aetiologie des Carcinoms, mit besonderer Berücksichtigung der Carcinome des Scrotums, der Gallenblase und des Magens. Wiesbaden, 1901.

(5) H. Lack. A preliminary note on the experimental production of cancer. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août 1899.)

(1) G. Hauser. Giebt es eine primäre, zur Geschwulstbildung führende Epithelerkrankung? (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, 1903, XXXIII. 1-2.)

(2) E. Krompecher. Der Basalzellenkrebs. Iéna, 1903.

riodes de la vie, de donner naissance à des tumeurs; il admet par conséquent, pour les tumeurs malignes, le retour des cellules adultes à des formes embryonnaires. Quant à la pathogénie proprement dite, M. Bard pense que, sous l'effet d'une malformation originelle, une cellule se soustrait à l'influence régulatrice de l'organisme et communique ensuite cette qualité « anarchique » à sa descendance qui finit par constituer la tumeur.

L'idée du retour à un état embryonnaire est reprise par M. von Hansemann (1) dans sa théorie de « l'anaplasie » : il s'agirait d'un développement rétrograde, d'un retour des cellules à un état non différencié; ce processus serait étroitement lié à une caryocinèse asymétrique. Citons encore, dans le même ordre d'idées, le « rajeunissement caryogamique » de M. Hallion (2).

M. Beneke (3), tout au contraire, voit dans la cellule maligne une cellule ultra-différenciée et invoque, comme explication, un processus de « kataplasie ». M. Fabre-Domergue (4) trouve le facteur essentiel dans une désorientation du plan caryocinétique. M. Bastian (5) attribue l'émancipation des cellules à un processus d'« hétérogénie », par suite duquel elles prendraient le caractère d'organismes indépendants ressemblants aux protozoaires.

Il n'échappera à personne que toutes ces théories ne sont au fond que des paraphrases d'un fait capital, qui est l'altération primitive du caractère cellulaire, altération dont la cause première nous échappe encore complètement. Et on en peut dire autant de l'explication proposée par M. Hauser (6), qui regarde les cellules néoplasiques comme une « race cellulaire » étrangère, quant à ses caractères morphologiques et biologiques, à l'organisme normal. Cette interprétation, plus large que d'autres, nous paraît aussi plus acceptable, mais nous donnons néanmoins la préférence, jusqu'à nouvel avis, à celle de M. Marchand (7), qui parle tout simplement d'une *dégénérescence*, sans faire entrer dans ce terme des conceptions philosophiques plus ou moins arbitraires et pour le moins prématurées. Tout ce que nous pouvons dire au sujet des causes de cette dégénérescence, c'est qu'elle peut être le résultat d'une anomalie congénitale, locale ou constitutionnelle — d'une variation du plasma germinatif, pour employer le langage de Weissmann, d'où résulterait une malformation cellulaire sans nécessité d'hétérotopie —, et reconnaître comme causes déterminantes certaines circonstances acquises et accidentelles, telles qu'une irritation chimique ou mécanique répétée ou un traumatisme violent. Elle pourrait encore, bien que ceci nous semble le moins probable, être imputable à un parasite exogène.

Quant à la comparaison du tissu des néoplasmes malins avec les tissus embryonnaires, elle repose sur une ressemblance toute extérieure, anatomique, mais point sur une parenté biologique. Elle prête tellement, d'autre part, à des interprétations erronées, qu'il nous paraîtrait plus logique de l'abandonner, pour la classification des tumeurs du moins.

(1) Von Hansemann. Studien über die Specificität, den Altruismus und die Anaplasie der Zellen, mit besonderer Berücksichtigung der Geschwülste. Berlin, 1893.
Voir aussi : Ribbert. Ueber die Entstehung der Geschwülste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3, 10, 17 et 24 janv. 1895.)

(2) Hallion. Hypothèse sur la pathogénie du cancer. (*Interméd. des biologistes*, mai 1899.)

(3) R. Beneke. Ein Fall von Osteoid-Chondrosarkom der Harnblase, mit Bemerkungen über Metaplasie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1900, CLXI, 1.)

(4) Fabre-Domergue. Les cancers épithéliaux; histologie, histogenèse, étiologie, applications thérapeutiques. Paris, 1898.

(5) H. Ch. Bastian. The nature of the so-called cancer body. (*Brit. Med. Journ.*, 15 fév. 1902, p. 425.)

(6) G. Hauser. (*Loc. cit.*)

(7) F. Marchand. Ueber Gewebswucherung und Geschwulstbildung mit Rücksicht auf die parasitäre Aetiologie der Carcinome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 sept. et 2 oct. 1902.)

III

Nous en arrivons à la question de l'*accroissement* des tumeurs malignes, plus spécialement du carcinome. Nous laisserons de côté la théorie ancienne de la transformation progressive de tous les tissus environnants, universellement abandonnée, et nous nous occuperons uniquement de la question qui fait actuellement l'objet de la discussion, à savoir si les néoplasmes malins s'étendent, en plus de la prolifération de leurs propres éléments, par une transformation néoplasique progressive des tissus dont ils émanent, ou bien s'ils s'accroissent exclusivement à l'aide de leurs propres éléments.

Prenons comme exemple le cancer de la peau. D'après les uns — et c'était là la théorie admise presque généralement jusqu'à ces derniers temps —, ce cancer s'accroîtrait non seulement par la prolifération des cellules devenues déjà cancéreuses, mais aussi par la répétition de la dégénérescence maligne au niveau du tissu épithélial sain situé à la périphérie de la tumeur. Le cancer ne procéderait donc pas d'un centre unique, mais il serait *multicentrique*, pour nous servir du terme employé par M. Petersen. S'il en est réellement ainsi, nous pourrons étudier l'histogenèse du cancer au niveau des parties périphériques.

Cette théorie, soutenue entre autres de tout temps par M. Hauser, et récemment reprise par M. Fabre-Domergue, était déjà combattue par Thiersch; elle ne cadre pas non plus avec la théorie de M. Bard. Enfin elle a été vivement attaquée par M. Ribbert (1) et ses élèves, parmi lesquels nous nommerons principalement M. Borrmann (2).

M. Ribbert admet comme M. Bard que la genèse du cancer s'opère en un seul point et à un moment limité, et que l'accroissement ultérieur est dû exclusivement à la prolifération des cellules déjà devenues cancéreuses. Il n'y aurait donc aucune néoproduction de cancer à la périphérie de la tumeur, et l'étude histologique des parties périphériques ne saurait fournir de renseignement sur l'histogenèse proprement dite. Cette assertion catégorique de M. Ribbert se heurte cependant au fait dûment établi qu'il existe des cancers multiples, mais indépendants, situés dans un même organe, qu'ils se soient développés simultanément ou non. C'est ainsi que nous avons vu apparaître chez une patiente atteinte autrefois d'un cancroïde de la vulve, opéré avec succès, deux cancroïdes absolument indépendants, l'un du cuir chevelu, l'autre de la région temporale du côté opposé; cette même femme portait en outre une corne cutanée et de nombreuses verrues séniles. Rien ne nous empêche donc d'admettre que le même processus morbide puisse se répéter à plusieurs reprises et sur divers points d'un même organe, notamment à la périphérie d'une tumeur primitive.

M. Petersen (3) s'est efforcé par de patientes recherches d'élucider cette question à l'aide de la reproduction plastique de coupes en série à travers une tumeur entière. Il est ainsi parvenu à démontrer, en ce qui concerne le cancer de la peau, qu'il existe réellement, à côté des cancers unicentriques, des cancers à développement pluricentrique, c'est-à-dire avec répétition de la dégénérescence cancéreuse des cellules épithéliales à la périphérie du néoplasme. Pour d'autres cas, par contre, il a pu constater l'origine unicentrique admise par M. Ribbert.

(1) Ribbert. (*Loc. cit.*)

(2) R. Borrmann. Das Wachstum und die Verbreitungswege des Magencarcinoms vom anatomischen und klinischen Standpunkt. Iéna, 1901.

(3) W. Petersen. Ueber Aufbau, Wachstum und Histogenese der Hautcarcinome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1902, XXXII, 3.)

De son côté, ce dernier, mitigeant quelque peu ses premières conclusions, reconnaît maintenant l'existence de tumeurs pluricentriques, sans admettre cependant la répétition du processus de dégénérescence cancéreuse dans l'accroissement ultérieur du néoplasme. Quant au cancer des muqueuses glandulaires, M. Borrmann (1) s'est efforcé d'en démontrer l'accroissement par la prolifération exclusive des propres éléments de la tumeur, et M. Petersen, dans sa communication au dernier Congrès allemand de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 188), s'est rangé à son avis après examen minutieux de très nombreuses pièces anatomiques.

Ce point de vue est, d'ailleurs, admis de plus en plus par les anatomo-pathologistes qui se sont occupés de cette question; parmi eux nous mentionnerons particulièrement M. Bard et M. Brault (2). Nous avons pu nous convaincre nous-même, dans nos recherches sur le cancer de l'estomac, que l'étude de coupes en série permet de reconnaître ce mode d'accroissement, là même où l'examen d'une coupe isolée paraît militer en faveur d'une néoproduction de cancer à la périphérie.

Il nous semble donc certain que l'accroissement des néoplasmes malins s'opère essentiellement par la prolifération des propres éléments de la tumeur, et nous voyons, dans cette constatation, un progrès important que nous devons surtout à M. Ribbert. Nous ne saurions cependant nier — pour les raisons que nous venons d'indiquer — la possibilité d'un accroissement « appositionnel », c'est-à-dire d'un développement de nouveaux foyers néoplasiques à la périphérie de la tumeur principale.

Cette question, purement théorique en apparence, n'est point dépourvue d'intérêt pratique, car l'accroissement des tumeurs par la prolifération de leurs propres éléments constitue un des principaux arguments mis en avant par les adversaires de la théorie parasitaire, dont nous allons maintenant nous occuper.

IV

Si les discussions concernant les problèmes soulevés par l'histogenèse du cancer intéressent surtout l'anatomo-pathologiste, il n'en est pas de même de la théorie de l'origine parasitaire des néoplasmes malins.

Cette question continue à être au premier plan parmi les préoccupations de la science actuelle, et cela non seulement en raison de son intérêt théorique, mais surtout à cause de la portée pratique qu'aurait la découverte du parasite du cancer : une semblable découverte, en même temps qu'elle faciliterait singulièrement la prophylaxie, ouvrirait la voie à une thérapeutique basée sur l'étiologie et pouvant dispenser de recourir au scalpel du chirurgien. C'est par cette circonstance qu'on peut expliquer que les défenseurs de la théorie parasitaire se recrutent principalement parmi les cliniciens, tandis que la majorité des anatomo-pathologistes, se basant sur des arguments plutôt théoriques, sont sceptiques à l'égard du zèle des « chercheurs de parasites ». Les cliniciens sont d'ailleurs corroborés dans leur manière de voir par les analogies cliniques existant entre les néoplasmes malins et certaines infections; les anatomistes, au contraire, sont frappés par la difficulté qu'il y a d'interpréter certains faits anatomiques en invoquant une action parasitaire.

Nous nous dispenserons de donner ici un résumé détaillé des phases qu'a parcourues la question, et nous pouvons le faire d'autant plus facilement que la littérature médicale française compte deux monographies très complètes sur ce sujet, parues toutes deux en 1898, l'une de

(1) R. Borrmann. (*Loc. cit.*)

(2) Brault *in* : Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique, t. I. Paris, 1901.

M. Bosc (1), l'autre de M. Fabre-Domergue (2), le premier partisan convaincu de l'origine parasitaire des néoplasmes malins, le second adepte non moins fervent de la théorie purement histogénique. Nous nous bornerons donc à esquisser l'état de la question tel qu'il était en 1898, pour discuter ensuite avec plus de détails les travaux parus depuis cette date.

Les zélateurs de la théorie parasitaire se partageaient, jusqu'en 1898, en trois camps bien distincts, suivant la nature du parasite hypothétique auquel ils croyaient pouvoir attribuer l'étiologie des tumeurs malignes.

Les uns incriminaient des bactéries. Nous rappellerons le bacille du cancer, découvert en 1887 par M. Scheurlen (Voir *Semaine Médicale*, 1887, p. 481) et destitué aussitôt de tout rôle étiologique. Il en fut de même des diverses découvertes rentrant dans la même catégorie.

D'autres admirent que des sporozoaires étaient les agents pathogènes des tumeurs malignes. Cette théorie surgit vers 1890, avec la découverte des pseudo-coccidies de la maladie de Paget par MM. Darier, Wickham, Albarran, etc. Dès ce moment, des coccidies ou des sporozoaires sont décrits coup sur coup, comme parasites du cancer, par MM. Thoma, Sjöbring, Russell, Pfeiffer, Soudakevitch, Podvyssotsky, Savtchenko, Foà, Walker, Plimmer, etc.

Enfin, en 1893, M. Kahane dénonça le premier un champignon du groupe des blastomycètes comme agent étiologique d'un néoplasme malin. MM. Sanfelice et Roncali arrivèrent peu après à des résultats analogues et s'efforcèrent, dans de nombreux travaux, de démontrer l'origine blastomycétique du cancer.

Les prétendus parasites signalés au cours des cinq dernières années, et dont nous allons nous occuper d'une façon plus détaillée, se rangeront aisément, eux aussi, dans les trois catégories — bactéries, protozoaires, champignons — que nous venons d'indiquer.

Les travaux consacrés à des microorganismes de la classe des bactéries sont, comme dans la période précédente, peu nombreux. Nous rappellerons seulement que M. Doyen a fait connaître le *Micrococcus neoformans*, microbe qu'il aurait trouvé non seulement dans des néoplasmes malins, mais encore dans quelques tumeurs de nature bénigne (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 119). Cet auteur se prononce d'ailleurs avec une certaine réserve au sujet du rôle étiologique de ce microorganisme qui paraît être une espèce de streptocoque. Sa découverte n'a pas été confirmée depuis lors, et M. Doyen lui-même n'a pas donné jusqu'à présent de renseignements plus complets à ce sujet.

Nous passons donc au deuxième groupe, celui des sporozoaires, auxquels ont été consacrées de très nombreuses recherches dont nous allons résumer brièvement les principales, en procédant, autant que faire se peut, par ordre chronologique.

Le travail le plus important de cette période, en ce qui concerne, du moins, le nombre des cas étudiés, est certainement celui de M. Plimmer (3). Cet auteur, ayant examiné 1,278 cancers, trouva dans 1,130 cas un parasite qu'il compara tout d'abord à certains protozoaires, sans cependant en préciser davantage la nature, et qu'il crut pouvoir ultérieurement assimiler aux blastomycètes. La plupart des expériences faites sur des animaux lui fournirent des résultats négatifs. Dans une série d'inoculations à des cobayes, de même qu'à la suite d'injections dans la cornée du lapin, il aurait cependant vu se former des néoplasmes endothéliaux renfermant lesdits parasites. L'auteur se proposait au moment de la publication de son travail d'élucider la nature étiologique de ces parasites par des expériences plus complètes, dont il n'a pas rendu compte jusqu'à présent.

(1) F.-J. Bosc. Le cancer (épithéliome, carcinome, sarcome) maladie infectieuse à sporozoaires (formes microbiennes et cycliques); pathogénie, histogenèse, prophylaxie. Paris, 1898.

(2) Fabre-Domergue. (*Loc. cit.*)

(3) H. Plimmer. On the ætiology and histology of cancer. (*Practitioner*, avril 1899.)

Ces recherches furent contrôlées par M. Gaylord (1), lequel rencontra les éléments typiques décrits par M. Plimmer dans de nombreux cas de cancer du sein, des ovaires, des glandes utérines, de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie et du rein; il constata leur absence dans tous les cancers provenant de l'épithélium stratifié de la peau et des muqueuses, de même que dans les sarcomes. Cette dernière série de néoplasmes renfermait par contre des éléments désignés par M. Gaylord sous le nom de « pseudo-corpuscules de Plimmer » et qui seraient identiques aux éléments colorables par la fuchsine, décrits antérieurement par Russell.

M. Feinberg (2), au cours de recherches faites en partie sous la direction de M. von Leyden, trouva, dans une série de vingt cancers, des éléments analogues à ceux qui ont été signalés par M. Plimmer. Il dut renoncer à en faire des cultures, ayant pu constater qu'il est très difficile d'éviter des contaminations accidentelles, si bien que l'on obtient, avec une même tumeur, tantôt des amibes, tantôt des blastomycètes, suivant que les expériences sont faites dans un institut zoologique ou dans un institut botanique. Il se base, pour établir la nature parasitaire des éléments en question, sur l'existence d'une membrane à double contour, d'un corpuscule central entouré d'une zone incolore, et d'une zone plasmatique attenant à la membrane à double contour. Les deux derniers éléments seraient colorables par les réactifs protoplasmiques, tandis que le corpuscule central se colorerait comme les noyaux cellulaires. M. Feinberg estime que ces caractères suffisent pour distinguer ces éléments de tous les produits de dégénérescence cellulaire et pour permettre de leur attribuer un caractère parasitaire. Dans un autre travail, le même auteur insiste encore sur l'absence, dans ces éléments — tout comme dans les noyaux cellulaires des organismes inférieurs —, de chromosomes et d'un réticulum chromatique. Dans un dernier mémoire, enfin, il désigne ce parasite sous le nom de *Histosporidium carcinomatosum* et s'efforce, en se basant sur la biologie des sporozoaires parasites en général, d'expliquer les particularités histologiques du cancer.

M. Sjöbring (3), dont nous avons déjà mentionné les recherches antérieures à 1898, a communiqué plus en détail ses découvertes au Congrès allemand de chirurgie de 1901 (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 135). A en juger par ses dessins, il a observé les mêmes éléments qui ont servi de base aux travaux que nous venons de rappeler, mais il décrit en outre une longue série de phases de développement de son parasite, qu'aucun des auteurs ayant traité la question n'avait constatée avant lui. Il s'agirait toutefois, selon lui, non pas de coccidies, mais de foraminifères. M. Sjöbring rencontra ce parasite dans tous les cancers et réussit à le cultiver en dehors de l'organisme animal; il serait également parvenu à produire artificiellement des tumeurs cancéreuses chez la souris.

Mais les recherches de M. O. Israel et de M. Lubarsch (4) n'ont pu confirmer les résultats obtenus par M. Sjöbring.

M. Schüller (5) a décrit, il y a deux ans, des parasites du cancer et du sarcome qui diffèrent sensiblement de tous ceux qu'on a signalés jusqu'à présent, et qu'il dit avoir réussi à cultiver artificiellement; l'inoculation de ces cultures aurait provoqué des tumeurs cancéreuses chez l'animal. Ce parasite se distinguerait par sa couleur jaunâtre ou brunâtre et serait fortement réfringent. Il se présenterait, à une certaine phase de son développement, sous l'aspect de capsules renfermant un grand nombre de granules jaunâtres qui seraient les vrais parasites. Ceux-ci se transformeraient à leur tour en autant de capsules, espèces de sporocystes, ou se multiplieraient par division directe. M. Schüller ne se prononce pas définitivement sur la nature de ce parasite, mais il serait tenté cependant de le ranger plutôt parmi les protozoaires que parmi les microorganismes végétaux. Dans sa dernière publication, M. Schüller reconnaît l'identité des *Vogelaugen* ou « yeux de pigeon », de M. von Leyden (1), avec certaines phases de son parasite. Il estime qu'on pourrait utiliser la recherche de ce dernier dans le contenu stomacal et intestinal comme moyen de diagnostic clinique des cancers du tube digestif.

M. Jaboulay (2) incrimine à son tour un sporozoaire comme parasite du cancer, mais sans étayer sa manière de voir sur des preuves plus concluantes que ne l'avaient fait ses devanciers.

Mentionnons enfin les plus récentes découvertes concernant des parasites du règne végétal.

C'est d'abord le parasite décrit par M. Bra (3) et rencontré par cet auteur tant dans des tumeurs cancéreuses et sarcomateuses, que dans le sang des cancéreux. Ce parasite rentrerait dans la classe des ascomycètes et donnerait lieu chez l'animal tantôt à des affections mortelles aiguës, tantôt à des symptômes inflammatoires chroniques ou à la formation de tumeurs ayant la structure de fibrosarcomes ou de carcinomes.

M. Leopold (4), se rangeant du côté de M. Roncali et de M. Sanfelice, classa les parasites trouvés par lui parmi les blastomycètes. L'inoculation d'une culture de ces blastomycètes, recueillis dans un cancer de l'ovaire, aurait reproduit chez le rat des tumeurs péritonéales multiples.

M. Behla (5) enfin, après avoir suspecté d'autres parasites végétaux, tels que le *merulius* (champignon du bois), croit avoir trouvé le parasite du cancer dans une chytridiacée, champignon d'une organisation très primitive et voisin des myxomycètes. Lui aussi pense pouvoir expliquer les particularités biologiques du cancer en prenant comme point de départ les caractères biologiques des parasites végétaux. Il en fait découler des règles prophylactiques, consistant à proscrire l'emploi de l'eau des ruisseaux et des étangs et la consommation des fruits et des légumes crus, et à recommander une propreté rigoureuse à tous ceux qui s'occupent de travaux de culture ou de jardinage.

Il résulte de cette énumération que, à l'heure actuelle, les partisans de la théorie parasitaire des tumeurs malignes sont loin de tomber d'accord sur la nature du parasite. Les divers éléments signalés comme tels ne sont indiscutablement autre chose que les « yeux de pigeons » de M. von Leyden, interprétés par les uns comme des protozoaires (sporozoaires ou foraminifères),

(1) H. R. Gaylord. The protozoon of cancer; a preliminary report. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 309.)

(2) L. Feinberg. Zur Lehre des Gewebes und der Ursache der Krebsgeschwülste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 mars 1902.) — Das Gewebe und die Ursache der Krebsgeschwülste. Berlin, 1903.

(3) N. Sjöbring. Ueber Krebsparasiten. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, LXV, 1.)

(4) O. Lubarsch. Pathologische Anatomie und Krebsforschung. Wiesbaden, 1902.

(5) M. Schüller. Die Parasiten im Krebs und Sarkom des Menschen. Iéna, 1901. — Parasitäre Krebsforschung und der Nachweis der Krebsparasiten am Lebenden. Berlin, 1903.

(1) E. von Leyden. Zur Aetiologie des Carcinoms. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1901, XLIII, 1-2.) — Ueber die Parasiten des Krebses, *in* Veröffentlichungen des Komitees für Krebsforschung. Iéna, 1902.

(2) Jaboulay. Recherches sur la pathogénie des cancers épithéliaux. (*Lyon méd.*, 30 août 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 313-314.)

(3) Bra. Le champignon parasite du cancer. (*Presse méd.*, 22 fév. 1899.) — Le cancer et son parasite; action thérapeutique des produits solubles du champignon. Paris, 1900.

(4) G. Leopold. Untersuchungen zur Aetiologie des Carcinoms und über die pathogenen Blastomyceten. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1900, LXI, 1.)

(5) R. Behla. Die pflanzenparasitäre Ursache des Krebses und die Krebsprophylaxe. Berlin, 1903.

par les autres comme des champignons (blastomycètes ou ascomycètes). Ces interprétations seraient certainement d'ordre secondaire si tous les auteurs s'accordaient — en dehors de cette question plutôt théorique — sur les points essentiels de leurs recherches. Mais il n'en est rien, et si les uns (Feinberg) renoncent à obtenir des cultures de leur parasite et à l'inoculer à l'animal, les autres (Sjöbring, Bra, Schüller, etc.), au contraire, déclarent y réussir facilement et voient dans ce fait l'appui principal de leur théorie.

Il ne nous reste plus qu'à dire quelques mots de la théorie récente de M. Kelling (1), basée sur l'hypothèse d'un parasitisme d'un tout nouveau genre. M. Kelling pense que les cellules cancéreuses pourraient être des cellules d'animaux inférieurs (insectes, limaces, vers), immigrées accidentellement dans les tissus des vertébrés où elles se multiplieraient à la façon de parasites autonomes. Tout comme les partisans des différents parasites animaux et végétaux, M. Kelling croit avoir réussi à produire expérimentalement une tumeur maligne : il s'agirait d'un adénocarcinome survenu chez un chien sept jours après l'injection de cellules provenant d'une limace. Inutile d'ajouter que cette théorie s'accorde fort mal avec les données de l'anatomie pathologique.

V

Le grand nombre de recherches et de soi-disant découvertes que nous venons de mentionner a suscité, au cours de ces cinq dernières années, un nombre non moins considérable de travaux critiques.

Examinons en premier lieu les objections qui s'adressent à l'interprétation des éléments prétendus parasitaires, et les tentatives qui ont été faites pour les expliquer comme des phénomènes de la pathologie cellulaire, indépendants de toute influence parasitaire. La critique serait, en effet, insuffisante si elle n'arrivait pas à fournir une interprétation plus vraisemblable que celle qu'elle s'attache à démolir.

Mais avant d'entrer dans le détail de ces arguments, il convient de rappeler brièvement les caractères essentiels de ces soi-disant parasites.

Il importe de distinguer tout d'abord, à cet égard, entre les cancers formés par l'épithélium stratifié (épithélioma pavimenteux) et les cancers de l'épithélium glandulaire. Les premiers présentent, grâce à la fréquente dégénérescence et à la kératinisation des cellules, une telle multiplicité de formes cellulaires irrégulières et d'anomalies des noyaux, que nous devons renoncer à la description d'un type parasitaire quelconque. Qu'on étudie en particulier, à ce point de vue, les épithéliomas pavimenteux des muqueuses — ceux, par exemple, du sinus maxillaire —, et l'on y trouvera, comme nous l'avons constaté nous-même maintes fois, des éléments susceptibles d'être comparés à des microorganismes des espèces les plus variées. C'est cette diversité, cette absence d'un type bien défini, qui nous paraît exclure d'emblée l'interprétation parasitaire.

Il en est autrement des éléments rencontrés dans les cancers glandulaires, des « yeux de pigeons » proprement dits, qui offrent un aspect beaucoup plus uniforme et qu'il est par suite moins facile de considérer comme ressortissant à un processus dégénératif. Nous ne saurions nier, comme M. Nösske, que des coupes contenant de nombreux éléments de cette catégorie aient quelque chose de très frappant. Ces éléments affectent la forme de vésicules rondes ou allongées, nettement délimitées, dont chacune renferme un petit corpuscule central. Elles sont situées dans le protoplasme cellulaire et refoulent le noyau vers la périphérie de la cellule. Certaines cellules contiennent plusieurs (rarement un nombre considérable) de ces vésicules. A côté des vésicules à un seul corps central, on en trouve, mais beaucoup moins souvent, qui en possèdent plusieurs. Quant à la réaction de ces éléments vis-à-vis des différentes substances colorantes, on constate que tant la membrane de la vésicule que le corps central sont accessibles aux colorants protoplasmiques et non aux réactifs nucléaires; la coloration du corps central est cependant plus intense que celle de la membrane périphérique. Le cancer le plus propice pour l'étude de ces éléments est, à notre avis — et conformément à l'observation de tous les histologistes —, le cancer du sein, mais nous les avons trouvés également très abondants dans le cancer du rectum. Ajoutons encore que la plupart des auteurs ont considéré comme parasites ces éléments *in toto*, tandis que M. Savtchenko (1) et M. Podvyssotsky (2) n'attribuent une nature parasitaire qu'au corpuscule central, admettant que la vacuole environnante n'est qu'une conséquence de la dégénérescence cellulaire produite par le parasite.

Sans entrer dans le détail des discussions déjà nombreuses qui ont eu lieu à ce sujet avant la période dont nous nous occupons plus spécialement, nous rappellerons cependant que Virchow avait déjà décrit et dessiné en 1851 des produits de dégénérescence cellulaire évidemment identiques à ce que l'on considère actuellement comme parasites; il les avait désignés sous le nom de *cellules physaliphores*, et ils ont été classés comme produits de dégénérescence par la plupart des anatomo-pathologistes.

M. Borrel (3) en a expliqué la formation, en se basant sur des observations concernant des cellules épithéliales normales, par une dégénérescence des centrosomes, corpuscules situés à côté du noyau, dans la sphère archoplasmique. Ces centrosomes, dont l'existence en nombre multiple a été établie également par d'autres auteurs, s'entoureraient, à la suite d'un processus dégénératif, d'une vacuole, et l'ensemble de cette vacuole et du centrosome qu'elle renferme constituerait un « œil de pigeon ».

M. Nösske (4) s'est appliqué plus récemment, sous la direction de M. Marchand, à étudier les inclusions cellulaires qui nous intéressent. Sa tâche a été facilitée par le fait qu'il avait à sa disposition des préparations originales de M. Plimmer. Il a tâché de suivre le développement de ces inclusions depuis le début, et arrive ainsi à la conclusion que les soi-disant parasites du cancer glandulaire ne sont autre chose que des vacuoles renfermant une substance coagulable dont la concentration au milieu de la vacuole donnerait lieu à la formation d'un corpuscule central. Cette vacuolisation se produirait principalement dans les cellules du cancer glandulaire, et aussi — mais exceptionnellement — dans des tumeurs bénignes et des processus inflammatoires. M. Nösske insiste particulièrement sur l'inconstance de la forme de ces prétendus parasites, inconstance qui plaiderait, à son avis, contre leur nature parasitaire. Quant à l'interprétation donnée par M. Borrel, M. Nösske ne la croit pas suffisamment démontrée.

M. Lubarsch (5), dans une critique très détaillée des récentes publications de MM. Plimmer, von Leyden et Feinberg, attribue des origines multiples aux « yeux de pigeon »; il les explique en partie par la dégénérescence soit de leucocytes, soit de globules rouges entrés dans le protoplasma cellulaire, et en partie par l'hypothèse de M. Borrel, à laquelle il ajoute encore une interprétation assez semblable à celle de M. Nösske.

M. Klimenko (1) a contrôlé également, sous la direction de M. le professeur Ernst, à Zurich, les résultats obtenus par M. Feinberg. Il n'a pu trouver le « parasite » décrit par cet auteur, mais uniquement celui de M. Plimmer, ce qui revient à dire que pour lui les deux sont identiques, comme l'avait déjà supposé M. Nösske. Pas plus que ce dernier, M. Klimenko ne peut se résoudre à voir dans ces éléments des parasites.

M. Greenough (2), de son côté, conclut de ses recherches que ces inclusions ne sont autre chose que des produits de l'activité cellulaire et que rien n'autorise à leur attribuer une origine parasitaire.

Quant au parasite décrit par M. Schüller, ces capsules brunâtres ne seraient autre chose, selon M. Völcker (3), que des cellules de liège introduites dans les préparations par l'intermédiaire des réactifs, colorants et autres, et provenant des bouchons des flacons. M. Schüller (4) se défend contre cette interprétation, adoptée par divers auteurs, et dit avoir obtenu les mêmes résultats en excluant le liège de son laboratoire et en filtrant tous les liquides avant leur emploi.

Il convient de rappeler enfin que les représentants de l'anatomie pathologique ne sont pas seuls sceptiques : les zoologistes et les botanistes ne paraissent nullement disposés à revendiquer les prétendus protozoaires ou blastomycètes pour leurs domaines respectifs. C'est ainsi que M. Doflein, élève de M. le professeur R. Hertwig, dit, dans son traité récent sur le parasitisme des protozoaires, que la zoologie actuelle ne saurait reconnaître comme protozoaire aucun des soi-disant parasites du cancer décrits jusqu'à ce jour. Les botanistes observent une réserve tout aussi absolue.

La critique des résultats obtenus par l'inoculation de ces parasites aux animaux n'a pas été moins sévère. Nous avons déjà mentionné qu'un certain nombre d'auteurs, auxquels nous pourrions ajouter encore, parmi les plus récents, M. Wlaeff (5), croient avoir reproduit chez l'animal des néoplasmes proprement dits en inoculant leurs soi-disant parasites, ou plutôt des cultures de *saccharomyces* qu'ils avaient obtenues en cultivant des parcelles de tumeurs. Or, les recherches minutieuses de M. Curtis (6), de M. Sternberg (7) et d'autres auteurs, ont démontré que ces tumeurs n'étaient autre chose que des tissus de granulation présentant les caractères d'une inflammation chronique et non pas ceux d'un néoplasme vrai.

M. Nichols (8), de même, en se basant sur de nombreuses expériences instituées avec les blastomycètes trouvés par M. Sanfelice et M. Plimmer, arrive à la conclusion que ces blastomycètes ne sont point identiques avec les inclusions

(1) G. Kelling. Zur Aetiologie der bösartigen Geschwülste. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 juillet 1903.)

(1) Savtchenko. Les sporozoaires parasites (en russe). Kiev, 1894.

(2) V. Podvyssotsky. Progrès dans l'étude des parasites du cancer (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, 1896, I.) — A propos de l'origine parasitaire du cancer. (*Presse méd.*, 22 avril 1899.) — Étude expérimentale sur le parasitisme des tumeurs. (*Presse méd.*, 14 fév. 1900.)

(3) A. Borrel. Les théories parasitaires du cancer. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév. 1901, p. 49.)

(4) H. Nösske. Untersuchungen über die als Parasiten gedeuteten Zelleinschlüsse im Carcinom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1902, LXIV, 4, p. 352.)

(5) O. Lubarsch. (*Loc. cit.*)

(1) Klimenko. Beitrag zur Frage über die Einschlüsse in und zwischen Krebszellen. (*Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.*, 1902, XIII, 21.)

(2) R. B. Greenough. Cell inclusions in cancer and in non-cancerous tissue. (*Journ. of Med. Research*, avril 1902, p. 360.)

(3) F. Völcker. Das Wesen der Schüller'schen Krebsparasiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juillet 1901.)

(4) M. Schüller. Zur parasitären Entstehung von Krebs und Sarkom. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 22 fév. 1902.)

(5) G. Wlaeff. Les blastomycètes dans la pathologie humaine. (*Presse méd.*, 30 mars 1901.)

(6) F. Curtis. Quelques observations sur l'article de M. Wlaeff : « Les blastomycètes dans la pathologie humaine ». (*Presse méd.*, 6 avril 1901.)

(7) K. Sternberg. Experimentelle Untersuchungen über pathogene Hefen. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, 1902, XXXII, 1.)

(8) E. H. Nichols. The relation of blastomycetes to cancer. (*Journ. of Med. Research*, avril 1902, p. 312.)

cellulaires du cancer, et que, d'une manière générale, les blastomycètes n'ont rien à faire avec l'origine du cancer humain.

Enfin le prétendu cancer obtenu expérimentalement par M. Sjöbring chez la souris serait tout simplement, pour M. Jürgens (1), la glande mammaire normale de cet animal.

VI

La recherche du parasite parmi les microorganismes d'un certain volume, facilement visibles au microscope, n'ayant pas fourni de résultats concluants, M. Borrel (2) s'est appliqué à chercher l'agent pathogène — ou du moins à lui chercher des analogues — parmi les microorganismes jusqu'à présent invisibles et passant à travers les filtres. Il a étudié à cet effet un groupe d'affections qu'il réunit sous le nom d'*épithélioses infectieuses*, à savoir la clavelée (variole ovine), la vaccine, la variole, la fièvre aphteuse, la peste bovine, le *molluscum contagiosum*. Partant de ce fait que les maladies que nous venons d'énumérer présentent une prédilection pour le tissu épithélial, et que la plupart d'entre elles sont produites par un virus traversant les filtres, il pense qu'il pourrait en être de même du cancer. Il reconnaît cependant que les métastases pulmonaires de la clavelée sont absolument différentes des métastases cancéreuses : elles représentent une prolifération des cellules préexistantes du poumon, tandis que, dans le cancer, ce sont les cellules cancéreuses de la tumeur primitive qui, transportées dans le poumon, y constituent le foyer de leur propre développement.

Cette différence, qui engage l'auteur à mettre en garde contre un rapprochement trop étroit entre les épithélioses infectieuses et les épithéliomas, nous paraît en effet essentielle. Ce que l'on trouve dans la clavelée n'est autre chose qu'un foyer inflammatoire métastatique avec prédominance de la prolifération épithéliale, comme on en observe également dans d'autres infections, n'offrant aucune analogie avec la métastase cancéreuse. Nous ne saurions donc assez souscrire à la réserve que s'impose M. Borrel à ce sujet, et ceci d'autant plus que l'infectiosité du cancer est loin d'être établie.

VII

Il importe en effet de distinguer strictement entre l'infectiosité et l'inoculabilité d'un néoplasme. La première, c'est-à-dire la transmissibilité du cancer par l'intermédiaire de l'agent pathogène, à l'exclusion des cellules cancéreuses, n'est rien moins que démontrée ; les cas de « cancer à deux », rares d'ailleurs si l'on tient compte de la fréquence du cancer, ne sauraient constituer une preuve concluante. Elle n'est pas établie davantage par l'expérimentation.

Il est vrai que plusieurs auteurs ont réussi à inoculer des tumeurs malignes d'animal à animal de la même espèce. Nous citerons à ce sujet les expériences de MM. Hanau (3), Morau (4), Jensen (5), Borrel (6). Ces expériences ne prouvent cependant point la nature infectieuse du cancer; elles reproduisent uniquement le processus pathologique de la formation des métastases et ne réalisent donc qu'une greffe de cellules cancéreuses; il s'agit, en un mot, d'inoculations et non point d'infections.

Il en est de même des rares cas où la transmission d'un néoplasme malin d'homme à animal paraît avoir réussi, comme par exemple dans les expériences de von Langenbeck (1), Follin (2), Lanz (3), Francotte et de Rechter (4), Boinet (5), Mayet (6), Bosc et Vedel (7), Dagonet (8), etc., pour autant du moins que ces faits sont exempts des erreurs d'interprétation signalées par MM. Duplay et Cazin (9). Nous devons ranger également dans cette catégorie les expériences de M. Gaylord (10), concernant la transmission du cancer humain au cobaye par l'introduction du liquide ascitique de sujets cancéreux dans la cavité abdominale de cet animal.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire que l'existence d'un parasite du cancer — et des tumeurs malignes en général — est loin d'être démontrée, et que les recherches cliniques et expérimentales n'ont réussi jusqu'à présent qu'à établir l'inoculabilité du cancer par greffe cellulaire, mais non pas sa transmission par un virus exempt de cellules cancéreuses vivantes.

Ajoutons que les espérances fondées sur l'établissement de statistiques étendues ne se sont pas davantage réalisées, sans que nous voulions nier par là l'utilité des statistiques bien faites. Nous ne saurions d'ailleurs nous occuper ici de cette question et nous nous bornerons à renvoyer aux deux études publiées dans ce journal même, l'an dernier, par M. de Bovis.

VIII

Il est encore un dernier ordre d'arguments employés par les partisans de la théorie parasitaire, dont nous devons dire quelques mots : il s'agit de certaines analogies, plus apparentes souvent que strictement concluantes.

On a invoqué avant tout la ressemblance des tumeurs malignes avec les tumeurs de certaines plantes, désignées parfois sous le nom de cancers. Les exemples les plus connus sont le cancer des arbres, les tumeurs des légumineuses, les excroissances des choux. Ces lésions végétales sont produites, en partie du moins, par des parasites bien déterminés, tels que la *Plasmodiophora brassicæ* pour la tumeur du chou, et l'on comprend que les partisans de l'origine parasitaire du cancer y voient une analogie étroite avec les néoplasmes malins de l'homme et des vertébrés en général. Il convient cependant de faire remarquer, ainsi que l'a fait récemment un botaniste, M. von Tubeuf (11), que ces formations sont d'origine très différente et ne sont pas dans tous les cas de nature parasitaire. M. von Tubeuf estime qu'il n'existe aucune analogie entre le cancer animal et le cancer végétal. Il insiste sur ce fait qu'au début, les cellules atteintes par la *Plasmodiophora brassicæ* ne présentent aucune prolifération, mais subissent uniquement une augmentation de volume passive, causée par la multiplication du parasite. La prolifération cellulaire ne se produirait qu'en dernier lieu, après destruction des cellules atteintes par le parasite, et constituerait uniquement un processus réparateur.

D'ailleurs, le processus pathologique désigné sous le nom de cancer des plantes pourrait tout aussi bien être considéré comme de nature inflammatoire, en tant qu'il représente la réaction des tissus végétaux contre l'invasion d'un parasite. Nous ne pensons pas que, dans ces conditions, le cancer végétal puisse fournir un appui notable à la théorie parasitaire du cancer des vertébrés.

Quant aux affections protozoariennes des animaux, ce domaine a été exploré principalement par M. Pfeiffer (1). On sait que les protozoaires, parasites fréquents des invertébrés et de certains vertébrés, sont capables d'occasionner la formation de produits néoplasiques présentant une certaine analogie avec les tumeurs légitimes, et qu'ils constituent souvent de vrais parasites cellulaires. M. Lubarsch objecte cependant à M. Pfeiffer qu'il ne s'agit pas là de néoplasmes comparables aux cancers, mais plutôt de processus de réparation, ou encore (dans la coccidiose du lapin) de proliférations épithéliales déterminées par la dilatation mécanique des voies biliaires. M. Tyzzer (2), qui a étudié la coccidiose du lapin — affection dont les partisans de l'origine parasitaire du cancer ont tiré de tout temps des arguments en faveur de leur manière de voir —, arrive à la conclusion que la coccidiose du lapin ne représente pas une affection néoplasique, mais qu'elle est de nature inflammatoire; à aucune phase de son développement, le parasite n'offrirait une analogie fondée avec les inclusions cellulaires du cancer. Il nous paraît donc établi qu'on ne connaît jusqu'à ce jour aucune maladie à protozoaires susceptible de se traduire par un néoplasme assimilable de tout point au cancer.

Reste enfin l'analogie clinique indubitable entre les néoplasmes malins et certaines affections chroniques, analogie récemment mise en lumière, tout particulièrement, par M. Czerny (3). Cette analogie porte notamment sur le siège de prédilection du cancer, c'est-à-dire sur les points exposés aux lésions mécaniques : lèvres, certaines portions du tube digestif (pylore et rectum), et, pour les cancers de la peau, régions découvertes, telles que la face et les mains. Cet argument perd cependant de sa valeur par le fait qu'il est invoqué avec autant de raison par les partisans de la théorie purement histogénétique du cancer, comme M. Fütterer (4). M. Lubarsch, se basant en outre sur les résultats de la statistique allemande, démontre que ce ne sont pas tant les lésions mécaniques que le fonctionnement physiologique qui prédispose au développement des néoplasmes malins : il signale à l'appui la fréquence du cancer du sein chez la femme et sa rareté chez l'homme.

L'analogie principale entre les infections et les néoplasmes malins réside plutôt dans les lois qui président à l'extension et à la dissémination dans l'organisme de ces deux groupes d'affections, qui ont de commun leur propaga-

(1) Jürgens. (*Verhandlungen des 30. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 1901, p. 172.)

(2) A. Borrel. Epithélioses infectieuses et épithéliomas. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév. 1903, p. 81.)

(3) Hanau. Erfolgreiche experimentelle Uebertragung von Carcinom. (*Fortsch. der Med.*, 1er mai 1889, p. 321.) — Cet article constitue la communication faite par l'auteur au huitième Congrès allemand de médecine interne (*Semaine Médicale*, 1889, p. 137).

(4) H. Morau. Recherches expérimentales sur la transmissibilité de certains néoplasmes (épithéliomas cylindriques). (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept. 1894, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 401.) — Le cancer est contagieux. (*Revue scientifique*, 12 janv. 1895, p. 39.)

(5) C. O. Jensen. Nogle forsög med kræftsvulster. (*Hospitalstidende*, 7 mai 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 296.)

(6) A. Borrel. (*Loc. cit.*)

(1) Von Langenbeck. Ueber die Entstehung des Venenkrebses und die Möglichkeit, Carcinome auf Tiere zu übertragen. (*Schmidt's Jahrb.*, 1840, XXV, p. 99, et *Gaz. méd. de Paris*, 1840, VIII, p. 105.)

(2) Follin *in* Lebert. Traité pratique des maladies cancéreuses, p. 136. Paris, 1851.

(3) Lanz *in* Festschrift für Prof. Kocher. Wiesbaden, 1891.

(4) Francotte et de Rechter. Recherches expérimentales sur le cancer. (*Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 1893, XLV, p. 17.)

(5) Boinet. Transmission aux animaux du cancer de l'homme. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 9 juin 1894, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 274.)

(6) Mayet. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 446.)

(7) Bosc et Vedel. Histogenèse, étiologie, prophylaxie et inoculabilité du cancer et du sarcome. (*Comptes rendus du quatrième Congrès français de médecine interne*, Montpellier, 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 166.)

(8) Dagonet. Transmissibilité du cancer au rat. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 11 juillet 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 235.)

(9) S. Duplay et M. Cazin. Des greffes cancéreuses. (*Semaine Médicale*, 1892, p. 61-62.)

(10) Gaylord. (*Loc. cit.*)

(11) Von Tubeuf. Ueber Krebs bei Pflanzen *in* Verhandlungen des Komitees für Krebsforschung. 1er fasc., p. 74. Berlin, 1902.

(1) L. Pfeiffer *in* Verhandlungen des Komitees für Krebsforschung. 1er fasc., p. 12. Berlin, 1902.

(2) E. Tyzzer. Coccidium infection of the rabbit's liver. (*Journ. of Med. Research*, avril 1902, p. 235.)

(3) V. Czerny. Warum dürfen wir die parasitäre Theorie für die bösartigen Geschwülste nicht aufgeben? (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1899, XXV, 1.)

(4) G. Fütterer. (*Loc. cit.*)

tion par les voies lymphatiques, l'envahissement des ganglions, l'invasion du torrent sanguin et la formation de métastases. En étudiant de plus près cette analogie, nous ne tarderons cependant pas à constater qu'elle se rapporte uniquement aux *voies* de propagation et non point à la *nature* des deux groupes d'affections. Si nous admettons que la cellule cancéreuse possède une indépendance et une vitalité suffisantes pour qu'elle puisse s'établir loin de son lieu d'origine — et ces propriétés sont suffisamment démontrées —, l'analogie que nous venons de signaler nous paraîtra non seulement naturelle, mais inévitable, quelle que soit d'ailleurs l'origine du cancer. Le fait que la cellule néoplasique utilise les mêmes voies que nous voyons suivies couramment par des microorganismes de toute nature ne suffit cependant pas pour assigner aux tumeurs malignes une origine parasitaire.

IX

L'analogie clinique entre les néoplasmes malins et les affections inflammatoires est donc très incomplète et ne touche en rien à la question de l'étiologie. Elle ne saurait être conciliée facilement, d'ailleurs, avec les données de l'anatomie pathologique.

S'il est permis de comparer cliniquement le cancer à la tuberculose ou à l'actinomycose, en effet, il n'en est point de même au point de vue histologique. L'étude anatomo-pathologique des néoplasmes malins soulève des objections contre la théorie de l'origine parasitaire, qui nous paraissent valoir les raisons invoquées par la clinique en faveur de cette théorie. La discussion a été soutenue, au cours de ces dernières années, principalement par MM. Lubarsch (1), von Hansemann (2), Ribbert (3), Marchand (4), pour ne citer que quelques noms parmi les plus autorisés. Nous ne saurions entrer ici dans le détail de leurs déductions et nous nous bornerons à rappeler les points qui nous paraissent les plus importants.

Il convient tout d'abord de spécifier si l'on veut invoquer l'origine parasitaire pour tous les néoplasmes ou pour les néoplasmes malins seulement.

La première opinion ne saurait être défendue, même par les plus fervents partisans de la théorie parasitaire, étant donné que nombre de néoplasmes bénins sont, sans discussion possible, congénitaux, et doivent être rangés parmi les malformations; tels sont les fibromes de la peau, les angiomes, les lymphangiomes, les chondromes, certains lipomes, etc.

Reste donc, pour la théorie parasitaire, les néoplasmes malins. Mais ici les difficultés commencent. Plus nous avançons dans la connaissance des tumeurs, plus il nous devient difficile d'établir une limite stricte entre les tumeurs malignes et bénignes. Si nous pouvons affirmer que tel produit pathologique est dû ou non à la tuberculose, il n'en est point de même pour les néoplasmes malins. Les deux caractères essentiels de la malignité, à savoir la prolifération illimitée et destructive d'une part, et la formation de métastases d'autre part, ne coexistent point dans tous les cas et nous rencontrons à cet égard les combinaisons les plus variées. C'est ainsi que tel chondrome, présentant les caractères locaux d'une tumeur bénigne, formera néanmoins des métastases, tandis que nous connaissons, tant parmi les carcinomes que parmi les sarcomes, des formes qui, en dépit d'une certaine malignité locale, ne donnent aucune métastase. Les tumeurs bénignes sont donc liées aux tumeurs malignes par une chaîne ininterrompue de formes intermédiaires, et tel néoplasme ayant offert pendant des années les caractères d'une bénignité absolue, pourra, après un traumatisme, par exemple, devenir rapidement malin. Ces transitions existent non seulement entre les tumeurs, bénignes ou malignes, acquises, mais aussi tout autant, sinon davantage, entre les tumeurs bénignes d'origine indiscutablement congénitale et les tumeurs malignes. Il nous suffira de rappeler comme exemple les néoplasmes congénitaux de la parotide, les fibroneuromes et enfin les dermoïdes de l'ovaire, dont la dégénérescence cancéreuse a été maintes fois observée. Les partisans de la théorie parasitaire admettront que le néoplasme est devenu malin à partir du moment où le parasite hypothétique l'a envahi. Cette explication nous paraît cependant bien peu plausible, étant donné que des néoplasmes dus à une hétérotopie congénitale présentent d'emblée les caractères de la malignité (certaines tumeurs congénitales du rein). Il faudrait admettre dans ces cas ou que le parasite est la cause de l'hétérotopie, ou qu'il s'est introduit dans les cellules pendant la vie embryonnaire, hypothèses dont le peu de vraisemblance saute aux yeux. Nous ne saurions donc dire, même si nous acceptions l'origine parasitaire comme démontrée, à quel moment il faudrait faire intervenir le parasite.

Cette question de délimitation, déjà très difficile à résoudre, se complique de problèmes non moins ardus, découlant du mode d'accroissement des néoplasmes. Nous avons vu, au début de cette étude, que les tumeurs malignes s'accroissent et se propagent principalement par la prolifération de leurs propres éléments, et non pas par « l'infection néoplasique » des tissus ambiants. Ce mode d'accroissement est difficilement conciliable avec l'hypothèse d'un parasite. Non seulement il faudrait admettre l'existence de parasites spéciaux pour chaque espèce et sous-espèce de cellules, mais encore nous devrions supposer que ces parasites sont, dans beaucoup de cas du moins, incapables de transformer en cellules néoplasiques les cellules homologues saines du tissu environnant. Ce serait là un parasitisme bien différent de tous ceux qui nous sont connus jusqu'à ce jour.

M. Feinberg, dans son dernier travail, s'efforce de tourner cette difficulté en admettant qu'il existe entre le parasite et la cellule cancéreuse un tel degré d'adaptation que le parasite est devenu incapable de pénétrer dans les cellules épithéliales d'un autre organe. Il voit même dans l'accroissement du cancer par la prolifération de ses propres éléments la preuve de l'origine du cancer par le fait d'un parasite animal. Cette explication nous paraît parfaitement valable quand il s'agit de cellules épithéliales de caractère différent (métastases du cancer dans un autre organe épithélial); mais elle nous semble moins fondée en ce qui concerne les cellules d'un même organe. Nous ne saurions, en effet, concilier, comme M. Feinberg, l'accroissement périphérique de la tumeur primitive par prolifération exclusive des éléments néoplasiques, sans néoformation périphérique, avec l'origine parasitaire de cette même tumeur.

Inutile de dire que, pour M. Hauser, cette difficulté d'interprétation n'existe pas, puisqu'il admet la répétition continuelle de la dégénérescence cancéreuse à la périphérie du néoplasme, et la transformation lente des cellules normales en cellules cancéreuses. Cet auteur est, par conséquent, moins hostile à la théorie parasitaire que la plupart des anatomo-pathologistes; il croit à la possibilité d'une symbiose pour le cancer intestinal, sans pouvoir cependant en fournir des preuves directes.

Nous avons déjà fait allusion aux conséquences de cette théorie.

Si le carcinome est produit par le parasite épithélial, le sarcome doit être causé par un parasite du tissu conjonctif, ou plutôt — car il faut tenir compte des différentes formes de sarcome — par une multitude de parasites différents, dont chacun aurait une prédilection pour telle ou telle espèce de cellules conjonctives. Il s'agirait donc, pour le tissu conjonctif comme pour les épithéliums, d'un parasitisme absolument particulier.

Représentons-nous enfin l'activité de ce parasite hypothétique. Etant donné que ce sont les cellules néoplasiques qui propagent les tumeurs, et que chaque cellule transportée dans un milieu qui lui convient est capable de produire une métastase, nous nous trouvons en présence du dilemme suivant :

1° Ou bien chaque cellule néoplasique, étant à même de propager la tumeur, doit être « porteur » du parasite, ou du moins ce dernier doit se trouver dans chaque groupe de cellules ayant produit une métastase. Cette hypothèse, évidemment la plus plausible si la théorie du parasitisme était fondée, réduirait à néant toutes les découvertes de parasites faites jusqu'à ce jour, car les protozoaires et les blastomycètes mentionnés plus haut, et qui sont assez volumineux pour être vus sous le microscope, font totalement défaut dans nombre de tumeurs et ne se rencontrent généralement — dans les cas où on les trouve — que dans une faible minorité de cellules; il faudrait donc recourir, pour soutenir cette hypothèse, aux parasites invisibles de M. Borrel, dont nous avons parlé plus haut;

2° Ou bien la présence du parasite n'est pas jugée indispensable dans tous les produits néoplasiques; le parasite serait alors capable, au niveau de la tumeur primitive, de conférer aux cellules épithéliales (ou conjonctives pour le sarcome) la faculté d'une prolifération indéfinie, exagérée et destructive, leur donnant ainsi la qualité de cellules néoplasiques malignes, et leur permettant de produire des métastases sans que la présence du parasite fût nécessaire. Nous nous rapprocherions ainsi de la théorie émise par M. Dor (1), et selon laquelle la transformation de la cellule normale en cellule maligne devrait être attribuée à une fécondation cellulaire produite par un parasite, inconnu, il est vrai. Mais il est évident qu'en adoptant cette hypothèse on diminuerait sensiblement l'importance du parasite comme élément étiologique, car rien ne nous empêcherait d'attribuer un rôle semblable à des irritations mécaniques ou chimiques de nature non parasitaire; nous en reviendrions ainsi à la théorie irritative, telle qu'elle est admise par nombre d'adversaires de la théorie parasitaire.

X

Ces quelques observations suffisent pour démontrer que la théorie de l'origine parasitaire des néoplasmes malins, loin d'aplanir toutes les difficultés, fait au contraire surgir de nouveaux problèmes non moins malaisés à résoudre que celui du développement d'une tumeur maligne sans intervention d'un microorganisme. Toutes les explications fournies par les diverses théories purement histogéniques sont cependant, elles aussi — ainsi que nous l'avons dit plus haut —, insuffisantes jusqu'à ce jour; les recherches devront donc nécessairement continuer dans les deux voies.

Il importe toutefois qu'elles soient basées, plus qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent, non pas sur l'expérimentation d'homme à animal, mais d'animal à animal. Cette expérimentation est facilitée d'ailleurs par le fait que, dans certaines espèces, telles que le chien et la souris, le cancer est loin d'être rare. Il s'agira d'établir avant tout si le cancer est transmissible par le suc cancéreux, à l'exclusion rigoureuse de toute transplantation de cellules cancéreuses; si cette preuve était strictement fournie, et si l'on connaissait ainsi le « porteur » du virus, il serait

(1) O. Lubarsch. Pathologische Anatomie und Krebsforschung; ein Wort zur Verständigung. Wiesbaden, 1902.

(2) Von Hansemann. Ueber pathologische Anatomie und Histologie des Carcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 août 1901.)

(3) H. Ribbert. Ueber die parasitäre Natur des Carcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 nov. 1901.)

(4) F. Marchand. (*Loc. cit.*)

(1) Dor. (*Lyon méd.*, 12 janv. 1902, p. 48.)

plus facile de déterminer la nature de ce dernier.

Quelle que soit du reste la direction que prendront ces recherches, elles devront être instituées avec un sens critique qui paraît avoir fait défaut jusqu'à présent à bien des expérimentateurs, et dont l'absence nous a valu des découvertes de parasites aussi nombreuses qu'éphémères.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne.

MÉDECINE PRATIQUE

Examen du rectum et du côlon descendant par éclairage direct.

Il y a deux ans environ, M. le docteur Dmitri de Ott, professeur de gynécologie à l'Institut clinique de la grande-duchesse Hélène Pavlovna, à Saint-Pétersbourg, a proposé, sous le nom de *ventroscopie*, un procédé permettant de réaliser l'inspection des cavités abdominale et pelvienne, et qui consiste dans l'utilisation de la position déclive de Trendelenburg, associée à l'emploi d'une petite lampe à incandescence, que l'on fixe sur un manche approprié ou dans la concavité même de l'une des valves courbes qui servent à écarter les parois de la plaie (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 354). Encouragé par les résultats obtenus à l'aide de ce moyen d'exploration en gynécologie proprement dite, notre confrère a eu l'idée de l'appliquer à l'examen de la vessie (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 318). De nouveaux essais, institués depuis lors, lui ont permis de se convaincre que le *gros intestin* se prête à l'inspection par éclairage direct, au même titre que le réservoir urinaire.

En effet, si — la patiente étant couchée sur un plan incliné — on introduit dans le rectum deux valves courbes de manière à dilater modérément les deux sphincters, on ne tarde pas à voir, sous l'influence de la pénétration de l'air, cette portion de l'intestin se distendre, en même temps que les plis de sa paroi s'effacent : toute l'ampoule rectale, avec la partie sus-jacente de l'intestin, se dilate en prenant une forme globulaire, et se laisse très aisément éclairer par une lampe à incandescence, introduite dans le rectum.

Ce procédé d'examen, qui serait de beaucoup supérieur aux méthodes habituellement employées dans le même but, permettrait de voir très bien la surface interne du rectum et de dépister les moindres altérations de la paroi intestinale. En se servant de valves étroites et longues (jusqu'à 40 centimètres), on parviendrait à éclairer l'S iliaque en entier, de manière à pouvoir non seulement examiner soigneusement ses parois, mais encore se livrer, le cas échéant, à une intervention chirurgicale.

Comme le relâchement de la presse abdominale est indispensable pour assurer le succès de l'exploration, il convient de recourir à l'anesthésie générale. Toutefois, pour peu que les malades ne contractent pas la paroi abdominale, la *rectoscopie* est réalisable même en l'absence de narcose, surtout si l'on a soin de la pratiquer dans la position génu-pectorale.

Dans quelques cas, on réussirait à examiner de la même façon tout le côlon descendant et à introduire, au besoin, une sonde ou une canule dans le côlon transverse.

Ajoutons que la cavité utérine, qui, en raison de l'épaisseur et de la résistance de ses parois, ne se laisse guère dilater, ne peut pas être suffisamment éclairée par le procédé en question. Toutefois, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'un utérus dilaté, et dans 2 cas de rupture de la matrice pendant le travail, M. de Ott est parvenu à examiner les lésions par éclairage direct, ce qui lui a permis de choisir le procédé opératoire le mieux approprié aux circonstances.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Pathogénie de la phtisie pulmonaire et lutte contre la tuberculose, par M. E. VON BEHRING.

On se rappelle la communication sur la *lutte contre la tuberculose* que M. von Behring a faite, il y a six mois environ, à la Société de médecine interne de Vienne et que nous avons eu l'occasion d'analyser de près, en nous arrêtant particulièrement sur les essais d'immunisation des bovidés à l'égard de la tuberculose, poursuivis depuis de longues années par l'auteur, et sur la possibilité — que ces essais faisaient entrevoir — de conférer aux nourrissons l'immunité vis-à-vis de la même affection (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 85-86). Le présent mémoire contient l'exposé des idées personnelles de M. von Behring, relatives à la pathogénie des affections tuberculeuses et à la lutte systématique contre ce redoutable fléau, idées qui, pour la plupart, se basent sur des faits expérimentaux dûment constatés.

Quelque considérable que soit le nombre des sujets qui succombent à la phtisie pulmonaire, il ne constitue, d'après l'auteur, qu'une faible partie du total des individus tuberculeux ou ayant, tout au moins, subi l'infection tuberculeuse. M. Nägeli n'a-t-il pas montré que, parmi les cadavres d'hommes décédés à l'âge de plus de trente ans, on n'en trouve pas un seul sans traces de cette infection? D'après les recherches anatomiques du même auteur, des foyers tuberculeux se rencontrent chez 96 % des sujets âgés de dix-huit à trente ans; la fréquence de ces lésions est de 50 % entre quatorze et dix-huit ans, de 33 % pour la période de cinq à quatorze ans et de 17 % seulement entre un et cinq ans; enfin, à l'autopsie des enfants âgés de moins d'un an, on ne trouve point de foyers tant soit peu nets de tuberculose. D'autre part, en soumettant de jeunes soldats à des injections de tuberculine, M. Franz a décelé la tuberculose dans 61 % des cas pour la première année de service et dans 68 % pour la seconde, chiffres qui semblent d'autant mieux confirmer les recherches de M. Nägeli que les soldats représentent la partie la plus vigoureuse de la population et que la tuberculine leur était injectée à petites doses (0 gr. 001 à 0 gr. 003 milligr). Par contre, chez 96 enfants en bas âge, M. Berend n'a pas réussi à obtenir une seule réaction positive à la tuberculine, et cela bien qu'il injectât des doses élevées (jusqu'à 0 gr. 01 centigr.) et malgré la présence, parmi ces petits patients, de sujets affaiblis, voire même provenant de parents atteints manifestement de tuberculose. Aussi M. von Behring est-il d'avis qu'en pratique la transmission héréditaire, telle qu'on la conçoit généralement, ne joue aucun rôle dans la pathogénie de la phtisie pulmonaire. Il ne conteste pourtant pas une certaine influence aux ascendants sur le développement de ce processus morbide, mais cette influence n'a rien à voir avec la transmission directe de la maladie du père ou de la mère (*hérédité congénitale*) ou des générations antérieures (*hérédité prégénitale*) : elle constitue ce que l'auteur désigne sous le nom d'*hérédité postgénitale*. Que si, théoriquement, l'infection tuberculeuse intra-utérine est parfaitement possible, il n'en reste pas moins que, dans la grande majorité des cas, cette infection se réalise pendant la vie extra-utérine. Parmi les conditions qui la favorisent, il en est une que M. von Behring a mise en lumière et qu'il croit pouvoir formuler comme il suit : « Le lait que reçoit le nourrisson est la principale source de la phtisie. »

A première vue, cette proposition ne laisse pas que de surprendre, puisqu'on s'applique, depuis longtemps, à fournir aux nourrissons allaités artificiellement du lait exempt, autant que possible, de germes et que ce desideratum se trouve tout naturellement réalisé pour les enfants nourris au sein. On pourrait, par conséquent, se demander pourquoi le lait de vache présente un danger d'infection précisément pour le nourrisson, bien qu'il soit l'objet de soins particuliers que l'on ne prend guère pour le lait destiné à la consommation des enfants plus âgés et des adultes. C'est que l'appareil digestif du nourrisson est dépourvu des moyens de défense qui, chez l'adulte, empêchent habituellement la pénétration des agents pathogènes dans les sucs des tissus.

L'auteur a pu démontrer ce fait en alimentant des cobayes d'âges divers avec du lait additionné de bacilles virulents du charbon : chez les animaux âgés, ces microorganismes étaient rapidement éliminés avec les fèces, sans influencer en aucune façon la santé, tandis que les jeunes sujets succombaient au charbon aussi rapidement que s'ils avaient été infectés par la méthode usuelle. Chez les animaux nouveau-nés nourris avec du lait contenant des bacilles atténués, on retrouva des bactéridies dans le sang, sans observer la mort par charbon. Des constatations à peu près analogues ont été faites par M. von Behring, en collaboration avec MM. Römer, Much et Kovacs, à l'égard des bacilles de la tuberculose introduits, en une fois et en quantité déterminée, par la voie stomacale : avec de très faibles doses de bacilles, les animaux nouveau-nés ou âgés de quelques jours à peine devenaient, seuls, tuberculeux, les autres ne se laissant infecter que par des quantités plus considérables ou par des bacilles plus virulents. Fait à remarquer, chez les cobayes rendus tuberculeux, la maladie commence à se manifester — alors que l'état général reste encore tout à fait normal — par la tuberculose des ganglions cervicaux, processus qui semble correspondre à la scrofulose humaine.

Tous ces faits militent en faveur de l'opinion de M. von Behring, que la phtisie pulmonaire chez l'homme, tout comme la phtisie épizootique des bovidés, a pour point de départ une infection intestinale survenant, le plus souvent, en bas âge.

Cela étant, on comprend combien il importe de ne pas exposer les nouveau-nés au dangereux voisinage des phtisiques, et c'est là qu'intervient précisément la notion d'*hérédité postgénitale*. Il convient, d'ailleurs, de se rappeler que, dans l'entourage du phtisique, les individus adultes sont exposés aux mêmes risques que les nourrissons, pour peu qu'il y ait lieu de soupçonner, chez eux, l'existence d'une brèche dans la couche épithéliale de la muqueuse digestive.

Mais l'isolement du tuberculeux ne constitue, en somme, qu'une mesure palliative, qui est, du reste, fort onéreuse — à en juger par l'expérience des sanatoria allemands — et difficile à réaliser, étant donné le nombre considérable des phtisiques. L'entreprise que poursuit M. von Behring est autrement vaste, puisque ses recherches ne tendraient à rien moins qu'à rendre inutile toute espèce de sanatoria, en faisant complètement disparaître la tuberculose.

L'auteur estime que, dans la lutte contre la tuberculose humaine, on doit s'inspirer de ce qui a été réalisé contre la tuberculose bovine, et cela non seulement parce que *le virus tuberculeux provenant des bovidés joue un rôle important dans la pathogénie de la tuberculose de l'homme*, mais encore parce que les résultats obtenus en ce qui concerne la vaccination antituberculeuse des veaux permettent d'entrevoir la possibilité d'immuniser à l'égard de la tuberculose l'homme lui-même.

Deux voies se présentent ici : d'une part, l'application directe à l'homme de la méthode dont M. von Behring se sert pour la vaccination des bovidés (inoculation de bacilles vivants atténués), et, d'autre part, l'immunisation au moyen d'anticorps. Théoriquement, la première n'est pas impossible; mais pour le moment on ne saurait guère songer à la mettre en pratique, le vaccin employé pour les veaux ne pouvant être impunément utilisé chez l'homme, sans subir de nouvelles atténuations. Qui oserait, d'ailleurs, introduire dans les veines d'un nourrisson des bacilles vivants, encore qu'atténués! Mais il se peut que la vaccination soit tout de même susceptible d'être appliquée chez l'homme si les expériences, actuellement en cours, viennent à montrer qu'en nourrissant des jeunes animaux avec un virus tuberculeux approprié, on parvient à les immuniser tout comme par l'introduction directe de ce même virus dans le courant sanguin.

Quoi qu'il en soit, la seconde méthode paraît d'autant mieux indiquée que M. von Behring a pu se convaincre que, dans le lait provenant de vaches vaccinées contre la tuberculose, il existe réellement des substances immunisantes.

Reste à trouver le moyen de conserver ces anticorps, de façon qu'on puisse les expédier à de grandes distances sans leur faire perdre leur activité.

Enfin, dans le cas où l'immunité conférée par le lait provenant de vaches vaccinées ne serait que de courte durée, on pourrait encore tenter d'employer simultanément des anticorps et des bacilles vivants, méthode qui a déjà été éprouvée, avec succès, dans la lutte contre d'autres maladies infectieuses. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 septembre 1903.) — L. CH.

De la valeur de la numération des leucocytes dans les affections de l'appareil génital de la femme, par M. DÜTZMANN.

Le mémoire de M. Dützmann — dont ce journal a signalé l'année dernière le premier travail sur le même sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 129) — est consacré à l'exposé des nouvelles recherches de l'auteur concernant la numération des leucocytes dans les affections gynécologiques.

M. Dützmann indique tout d'abord quelques causes d'erreur. On peut, par exemple, observer de la leucocytose au cours d'affections non suppurées, ou inversement la voir faire défaut malgré l'existence d'exsudats purulents. Dans la première éventualité, le réactif de Goldberg et Weiss (il se compose de 1 partie d'iode et de 3 parties d'iodure de potassium pour 100 parties d'eau, additionnée de gomme arabique jusqu'à consistance sirupeuse, et s'emploie en guise de baume du Canada) tranche la difficulté, puisqu'en cas de suppuration les leucocytes se colorent sous son influence en jaune foncé ou en brun. Quant aux foyers suppurés sans leucocytose, ce sont généralement des foyers anciens, dépourvus de virulence ou fortement enkystés. Ces diverses conditions peuvent se rencontrer particulièrement dans les suppurations gonorrhéiques et surtout tuberculeuses.

L'auteur s'est ensuite appliqué à la numération des leucocytes dans diverses affections gynécologiques. Sur 10 cas de kystes non suppurés de l'ovaire, il a constaté 4 fois un certain degré de leucocytose, bien qu'il n'existât qu'une péritonite aseptique, due dans 2 de ces faits à une torsion du pédicule kystique; mais dans les 4 cas la réaction de Goldberg et Weiss fit défaut.

De même que les affections suppurées, l'infection puerpérale s'accompagne d'une leucocytose notable. Toutefois, sur les 16 cas par lui étudiés, M. Dützmann a pu reconnaître que cette leucocytose se comporte au point de vue pronostique comme celle de la pneumonie : si elle se met à diminuer ou à disparaître, alors que l'infection est à son apogée, la terminaison est fatale. Ces leucocytoses infectieuses sont donc bien des phénomènes de défense physiologique.

Les conclusions tirées de l'étude de 6 éclamptiques sont fort analogues. Quand, à la suite d'un accès, on ne trouve qu'une faible leucocytose (16,000 à 18,000 globules blancs), la patiente ne tarde pas à succomber; les accidents cessent au contraire rapidement chez les femmes dont le taux leucocytaire oscille entre 25,000 et 30,000. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet 1903.) — R. DE B.

Autocytotoxines et antiautocytotoxines spécifiques dans le sang des épileptiques, par M. C. CENI.

Dans un travail antérieur, l'auteur a démontré qu'en injectant du sérum sanguin d'un épileptique à un autre épileptique, l'état de ce dernier est parfois modifié, tantôt dans le sens d'une aggravation, tantôt dans le sens d'une amélioration notable. Il concluait de ces recherches que le sérum des épileptiques contient deux principes d'origine endogène, mais ayant des propriétés contraires : l'un serait toxique, l'autre curatif.

Poursuivant ses investigations, M. Ceni a injecté du sérum d'épileptique à des lapins et constaté que le sérum des animaux traités de la sorte provoquait, même à faible dose, une réaction locale et générale violente lorsqu'on l'injectait à des épileptiques. La réaction locale consiste en une inflammation avec tuméfaction des téguments, plus ou moins étendue suivant la quantité injectée; la réaction générale se manifeste par de la fièvre et par des troubles mentaux offrant souvent le caractère de l'état de mal épileptique et accompagnés d'un redoublement des crises. Le passage du sérum d'épileptique à travers l'animal a donc pour effet d'exalter les propriétés toxiques de ce sérum.

Par contre, si l'on injecte du sérum humain normal à des lapins et que l'on inocule ensuite le sérum de ces animaux à des épileptiques, on n'observe jamais de troubles mentaux ni d'augmentation des crises. De même, quand on injecte ce sérum, ou du sérum de lapins traités avec du sérum d'épileptique, à des individus normaux, la réaction générale fait toujours défaut.

Le sérum d'épileptique est donc capable de provoquer dans le corps de l'animal la formation d'une substance toxique seulement pour les épileptiques, substance que M. Ceni qualifie d'*autocytotoxine*, par analogie avec les recherches récentes d'autres auteurs sur l'hémolyse et la plasmolyse. Ayant à choisir entre les deux éléments : cytase ou complément, et sensibilisatrice ou fixateur, M. Ceni admet, à la suite d'une série d'expériences, qu'il s'agit d'une substance appartenant au second de ces deux groupes, car elle résiste à l'action de la chaleur, tandis que l'injection à des lapins de sérum d'épileptiques chauffé — dans lequel on a par conséquent détruit le complément — ne confère au sérum de ces animaux que des propriétés toxiques insignifiantes.

L'intoxication est inconstante lorsque l'on injecte à un épileptique du sérum d'un autre épileptique, mais elle se produit toujours après l'injection de sérum épileptique artificiel. La petite quantité de substance sensibilisatrice contenue dans le sérum épileptique normal ne suffit à provoquer l'explosion de symptômes toxiques que dans les cas où le rapport entre les deux principes constituant l'autocytotoxine — le complément et le fixateur — est peu stable.

Les recherches de l'auteur l'ont conduit, en outre, à admettre l'existence d'un principe curatif à côté du principe toxique. En effet, après avoir déterminé la dose minima de sérum épileptique artificiel capable de provoquer des accidents toxiques, il ajoute à cette dose du sérum normal d'épileptique et constate alors une diminution considérable de la toxicité du mélange. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 avril 1903.) — A. J.

Paralysie faciale chez un enfant extrait après l'opération césarienne, par M. G. VOGEL.

L'observation relatée par M. Vogel dans le présent travail est intéressante en ce qu'elle permet de se rendre compte directement du mécanisme de certaines paralysies faciales obstétricales.

Une femme de trente-sept ans, dont les huit accouchements antérieurs s'étaient normalement passés, mais qui depuis le dernier se trouvait atteinte d'ostéomalacie, était à terme et en travail; le diamètre sous-promonto-pubien mesurait 10 centimètres, la face se présentait en mento-iliaque gauche postérieure, et la tête semblait très inclinée sur l'épaule postérieure (la droite). La tête ne s'engageait pas et la violence des douleurs faisant craindre une rupture utérine, l'opération césarienne, suivie d'une opération de Porro, fut exécutée. Cette double intervention fut couronnée de succès et, quand la malade quitta l'hôpital, son état général paraissait notablement amélioré.

L'enfant extrait, vivant et bien conformé, portait sur la moitié gauche de la face un sillon de compression s'étendant sous forme d'une bande rouge depuis la partie la plus élevée de la suture coronale jusqu'à 10 ou 15 millimètres au-dessous du lobule de l'oreille gauche. On constatait en même temps l'existence d'une paralysie faciale gauche complète, qui, douze heures après la naissance, était déjà en voie de disparition, et qui était évidemment due à la compression de la région de la tête, correspondant à l'orifice de sortie du facial, contre la branche horizontale du pubis. La compression de cette région se trouvait facilitée par l'inclinaison de la tête sur l'épaule postérieure, inclinaison tellement considérable qu'on pouvait vraiment parler d'une présentation du frontal gauche. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 3.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Association de l'éther à la morphine en vue de corriger l'action dépressive de cet alcaloïde.

On sait que les phtisiques arrivés à la période ultime de leur affection supportent fort mal la morphine. Appelé à donner ses soins à un malade de cette catégorie, chez lequel l'issue fatale était à craindre d'un moment à l'autre, M. le docteur P. Aubert (de Lyon) trouva ce patient dans un tel état de dyspnée et d'angoisse qu'il se décida à lui faire une injection de chlorhydrate de morphine; mais se défiant de l'effet dépressif que pouvait produire ce médicament, il eut l'idée de prescrire une solution de 0 gr. 10 centigr. de chlorhydrate de morphine dans 10 grammes d'éther, ce qui représente, vu la faible densité de l'éther, un peu moins de 0 gr. 01 centigr. de chlorhydrate de morphine par seringue de Pravaz. Sous l'influence de l'injection, le malade dormit plusieurs heures et, le lendemain, l'angoisse avait complètement disparu; il survécut une semaine, et sa fin fut adoucie par des injections de morphine (en solution éthérée), pratiquées deux fois par jour, à la dose de 0 gr. 005 milligr.

Se basant sur ce fait, M. Aubert estime que l'association de l'éther à la morphine serait susceptible de rendre service toutes les fois qu'il y a lieu de redouter l'action déprimante de la morphine. Il est bon, cependant, de savoir que seule la morphine récemment précipitée est soluble dans l'éther; or, les pharmaciens n'ont en général que les sels cristallisés de morphine, qui, eux, sont insolubles. Aussi, pour obtenir une bonne préparation, convient-il de procéder de la façon que voici : on commence par faire dissoudre 0 gr. 10 centigr. de chlorhydrate de morphine dans 4 c.c. d'un mélange composé, par parties égales en volume, d'eau et d'alcool à 90°; puis on ajoute 6 c.c. d'éther. La solution préparée de la sorte est parfaitement limpide et contient 0 gr. 01 centigr. de morphine par centimètre cube. On pourrait y ajouter une petite quantité de camphre, qui se dissout très bien dans le mélange et dont l'action stimulante viendrait augmenter encore celle de l'éther et de l'alcool, de manière à mieux corriger les effets dépressifs de la morphine, sans en atténuer, d'ailleurs, l'action calmante.

Les injections sous-cutanées de sérum gélatiné contre les hémorrhagies récidivantes du corps vitré.

Si les injections de sérum gélatiné exposent les malades atteints de lésions des gros vaisseaux aux dangers d'une embolie, il n'en est pas de même en cas d'hémorrhagies siégeant dans les fines ramifications du système vasculaire, qu'il s'agisse d'artérioles ou de capillaires, le caillot obturateur qui se forme au niveau de la lésion étant, en pareille occurrence, tout à fait inoffensif. Aussi M. le docteur C. Fromaget (de Bordeaux) a-t-il eu l'idée d'utiliser les propriétés hémostatiques de la gélatine dans le traitement des hémorrhagies récidivantes des jeunes sujets, qui envahissent en masse le corps vitré et dont la pathogénie reste inconnue.

Notre confrère s'est servi de sérum gélatiné à 2 %, dont il injectait, sous la peau, de 50 à 150 c.c., à deux, trois ou quatre jours d'intervalle. Il a appliqué ce procédé chez 4 patients et toujours il en a obtenu d'excellents résultats; dans 2 de ces cas la guérison peut être considérée comme définitive, puisqu'elle remonte respectivement à quatre ans et à trois ans et demi.

Que l'hémorrhagie soit due à une lésion des parois vasculaires de la rétine ou de la région ciliaire, ou à une altération de la crase sanguine, le sérum gélatiné semble également répondre aux indications thérapeutiques, la gélatine amenant rapidement la formation de caillots hémostatiques au niveau des lésions vasculaires, et le sérum modifiant, d'autre part, la composition du sang dyscrasique.

Il va sans dire qu'on ne doit employer que du sérum gélatiné parfaitement stérilisé. Lorsqu'on n'est pas absolument sûr de la préparation, il est préférable de lui substituer le chlorure de calcium, qui possède les mêmes propriétés, mais à un moindre degré d'activité. On administrera ce médicament soit sous forme de potion, à la dose de 5 à 6 grammes par jour, soit en lavement de 10 grammes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du mécanisme des mouvements volontaires et des fonctions du faisceau pyramidal.

Les recherches classiques de Charcot, poursuivies avec la méthode anatomo-clinique, ont depuis longtemps établi ce fait, d'ailleurs incontestable, que le faisceau pyramidal constitue une voie motrice reliant l'écorce cérébrale à la moelle épinière. De cette donnée, confirmée par des milliers de documents, on avait conclu que ce faisceau est *la seule* voie motrice d'origine cérébrale. Mais des études expérimentales plus récentes, qui commencèrent avec les travaux de Brown-Séquard (1) et furent poursuivies par MM. Starlinger (2), Probst (3), Rothmann (4), ont montré que la théorie classique était trop exclusive et qu'il existe d'autres voies motrices que le faisceau pyramidal. M. Probst et M. Rothmann ont en effet prouvé, à l'aide de multiples expériences consistant à pratiquer la section du faisceau pyramidal à différents niveaux de son trajet, que cette section n'est pas suivie de troubles permanents de la motilité volontaire; ces troubles apparaissent au contraire lorsqu'on coupe, en même temps que le faisceau pyramidal, le faisceau de von Monakov.

Néanmoins, M. Probst lui-même fait remarquer que ces expériences sont passibles d'une objection : les lésions ainsi réalisées intéressent à la fois non seulement le faisceau pyramidal et celui de von Monakov, mais également la voie sensitive. Or, M. Probst a constaté que la lésion des noyaux postérieurs donne lieu à une parésie analogue à celle que produit la section simultanée du faisceau pyramidal et de celui de von Monakov. Il se croit donc, avec raison, autorisé à admettre que le mécanisme de la motilité, loin d'être aussi simple qu'on l'a pensé jusqu'à présent, est, au contraire, compliqué et variable. De nombreux centres nerveux y collaborent : l'écorce cérébrale, la couche optique, peut-être aussi les noyaux caudé et lenticulaire, les noyaux du cerveau moyen, du cerveau postérieur, du cerveau intermédiaire, le cervelet et les cellules radiculaires interviennent dans la production des mouvements. Tandis que les mouvements volontaires réclament toujours l'intervention du cerveau, les mouvements automatiques ou réflexes ont leur siège dans les noyaux sous-corticaux.

Toutefois, si les expériences pratiquées sur les animaux sont nombreuses et émanent de savants d'une valeur incontestable, il ne s'ensuit pas qu'on puisse les transporter sans aucune réserve dans le domaine de la pathologie nerveuse de l'homme. En effet, chez aucun animal, la voie pyramidale n'est aussi développée que chez l'homme, celui-ci possédant des mouvements spécialisés, complexes, que l'on n'observe pas, même chez le singe. Et on pourrait faire une remarque analogue pour le faisceau de von Monakov (1), lequel n'offre pas un développement analogue chez tous les animaux.

Il n'y a, en somme, que les faits anatomo-cliniques bien observés qui puissent élucider la valeur fonctionnelle du faisceau pyramidal.

I

Cela étant, je crois utile de relater ici les constatations que j'ai pu faire sur deux épileptiques — respectivement âgés de dix-sept et de dix-neuf ans — auxquels mon collègue M. le professeur Th. Jonesco (de Bucharest) a enlevé une portion assez étendue de l'écorce rolandique, ces faits ayant la valeur de véritables expériences sur l'homme. J'ajouterai que ce sont là, à ma connaissance, les seuls cas de ce genre qui aient été publiés jusqu'à présent.

Pour le premier, la maladie datait de sept années; les accès, rares autrefois, étaient devenus très fréquents dans ces derniers temps. M. Jonesco pratiqua chez ce jeune homme, au mois de juin de l'année passée, une hémi-craniectomie, et lui enleva une partie de l'écorce cérébrale au niveau du centre du membre supérieur gauche. Après l'opération, le patient pouvait très bien mouvoir ses articulations de l'épaule et du coude, mais il était incapable d'exécuter le moindre mouvement de la main.

Lorsque j'ai eu l'occasion d'examiner ce malade, neuf mois après l'intervention, on constatait — outre la cicatrice opératoire dans la région pariétale droite — un enfoncement considérable, suite de la craniectomie.

Du côté de la figure et du membre inférieur, pas plus qu'au bras et à l'avant-bras, on n'observe rien d'anormal, mais à la main gauche les doigts sont écartés l'un de l'autre, en semi-flexion, plus accentuée aux derniers doigts. Le pouce est en adduction et en semi-flexion. Les régions thénar et hypothénar sont plus déprimées que du côté opposé; le premier espace inter-osseux est excavé.

Tout d'abord on est frappé du fait que, malgré la conservation relative des mouvements des différents doigts, le patient est absolument incapable de faire avec ses doigts le moindre mouvement *isolé*. Ainsi, il ne peut pas fléchir le pouce sans qu'il y ait en même temps flexion de l'index et flexion moins accusée du troisième doigt. Si on l'invite à rapprocher les doigts — qui, je viens de le dire, sont naturellement écartés—, immédiatement se produit une flexion avec adduction. Que si, au contraire, on lui commande d'écarter davantage les doigts, ceux-ci présentent en même temps un mouvement d'extension plus marqué au pouce et à l'index, tandis qu'aux trois derniers doigts les phalanges extrêmes se mettent en légère flexion (*fig. 1*).



Fig. 1.

Quand la main est appliquée à plat sur une table, les doigts sont écartés, et le malade ne peut faire aucun mouvement d'adduction ni d'abduction. Les mouvements d'opposition du pouce sont complètement paralysés.

La flexion des doigts s'accompagne d'adduction, tandis que leur extension — plus difficile — coïncide avec leur abduction. Les doigts opposent également une résistance beaucoup plus grande à l'extension qu'à la flexion. A l'articulation radio-carpienne, il n'y a pas une aussi grande différence entre la résistance à ces deux espèces de mouvements; il semble cependant qu'ici encore le patient résiste mieux à l'extension qu'à la flexion.

La manière dont ce jeune homme procède pour saisir un objet dépend des dimensions de cet objet. Il lui est très difficile de prendre une épingle, une allumette, ou bien une petite pièce de monnaie, et ce n'est qu'après plusieurs tentatives infructueuses qu'il y réussit. Du reste, après chaque essai de préhension, il se plaint de crampes dans les doigts, qu'il fait passer en exécutant des mouvements d'extension. Il ramasse avec plus de facilité un objet quelque peu volumineux, un porte-plume par exemple, qu'il saisit entre le pouce et l'index : les *figures 2* et *3* représentent le commencement et la fin de ce mouvement, le malade ayant les trois derniers doigts en flexion. Pour écrire, il fléchit les doigts comme on le voit sur la *figure 4;* la première phalange du pouce se met toutefois en extension, tandis que la deuxième, en flexion, est appliquée sur la face dorsale de la première phalange de l'index.



Fig. 2.



Fig. 3.

Pour prendre un objet, il se sert toujours du pouce et de l'index; les dernières phalanges de ces deux doigts se fléchissent, se rapprochent pour la préhension, sans que le malade arrive toujours à son but.

(1) Brown-Séquard. Recherches cliniques et expérimentales sur les entre-croisements des conducteurs servant aux mouvements volontaires. (*Arch. de physiol.*, janv.-avril 1889.) — Expériences montrant combien est grande la dissémination des voies motrices dans le bulbe rachidien. (*Arch. de physiol.*, juillet 1889.)

(2) J. Starlinger. Die Durchschneidung beider Pyramiden beim Hunde. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai 1895.)

(3) M. Probst. Ueber den Hirnmechanismus der Motilität. (*Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol.*, 1901, XXI, 2-3.)

(4) M. Rothmann. Ueber die Pyramidenkreuzung. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1900, XXXIII, 1.) — Die Zerstörung der Pyramidenbahnen in der Kreuzung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov. 1900.) — Ueber die functionelle Bedeutung der Pyramidenbahn. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 mai 1901.) — Ueber experimentelle Läsionen der Medulla oblongata. (*Verhandlungen des 19. Congresses für innere Medicin*, Berlin, 1901.) — Ueber hohe Durchschneidung des Seitenstranges und Vorderstranges beim Affen. (*Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin*, 27 juillet 1902.) — Ueber die Ergebnisse der experimentellen Ausschaltung der motorischen Function und ihre Bedeutung für die Pathologie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1903, XLVIII, 1-2.)

(1) Qu'il me soit permis en passant de signaler que M. von Monakov est d'avis que l'on a exagéré l'importance fonctionnelle du « faisceau rubro-spinal », auquel son nom demeure attaché.

A la face dorsale et palmaire des doigts de la main paralysée, la sensibilité tactile est diminuée et cette obtusion augmente à mesure qu'on se rapproche de la dernière phalange. La



Fig. 4.

perception des mouvements passifs des doigts est affaiblie, et lorsque par hasard, comme cela arrive pour l'auriculaire, le patient se rend compte qu'on lui déplace un doigt, il ne peut pas néanmoins bien indiquer le sens de ce mouvement. La perception des mouvements actifs paraît mieux conservée. La sensibilité stéréognostique est altérée à la main gauche : le sujet ne peut pas donner de renseignements très précis sur la forme ni sur la consistance des objets. Les sensations douloureuse et thermique sont normalement perçues, de même que les sensations de poids.

Le deuxième malade, après avoir eu dans son enfance la variole et la rougeole, souffrait, depuis l'âge de dix ans, d'accès d'épilepsie qui étaient devenus de plus en plus fréquents; dans les derniers temps, il en avait jusqu'à vingt par jour. Au mois de mars 1902, M. Jonesco lui fit une craniectomie droite : après avoir déterminé, à l'aide de l'excitation électrique, les centres des mouvements de la face et des membres supérieur et inférieur gauches, il exécuta la « circonvallation vasculaire ». L'exploration électrique est à ce moment de nouveau effectuée, et le résultat est positif. On enlève alors l'écorce comprise entre les ligatures; légère hémorrhagie, réapplication du lambeau de la dure-mère.

Immédiatement après l'opération, le patient offre, du côté gauche, une paralysie intéressant la face et les deux membres. Petit à petit, les mouvements reviennent, la paralysie faciale s'atténue, le sujet peut commencer à marcher et à se servir de son membre supérieur, mais dans des limites très restreintes.

En examinant ce jeune homme, qui m'a été envoyé par M. le professeur Bouicli une année après l'intervention, je constate que l'ouverture palpébrale gauche est plus large que celle du côté droit; la face est un peu plus flasque du même côté et la commissure labiale gauche est abaissée. Les membres supérieur et inférieur gauches sont dans la même attitude que chez un hémiplégique vulgaire pouvant marcher.

Tous les troubles de la motilité que nous avons signalés chez le premier malade sont beaucoup plus accentués chez celui-ci. Les mouvements d'extension des doigts s'accompagnent, comme dans le précédent cas, de mouvements d'abduction de tous les doigts et du pouce (*fig. 5*). Ceux d'adduction coïncident avec la flexion des doigts, et *vice versa*. Il y a à faire une restriction pour l'index : lorsque les doigts sont étendus, la première phalange de celui-ci est en extension et les autres en flexion. Le pouce se comporte de la même manière que les autres doigts, c'est-à-dire qu'il ne présente pas de mouvements isolés; l'adduction des doigts s'accompagne de la flexion et de l'adduction du pouce, leur abduction entraîne son extension et son abduction. Les mouvements d'opposition sont complètement abolis, ce qui explique que la préhension des menus objets soit absolument impossible.



Fig. 5.

La flexion est en général beaucoup mieux conservée dans les articulations des doigts, du pouce, du poignet et du coude, que l'extension. Aussi, la résistance passive, dans le sens des mouvements de flexion de ces différentes jointures, est-elle très affaiblie. Pour le membre inférieur, c'est le contraire que l'on constate : les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse résistent moins que les extenseurs. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, la résistance est plus considérable pour les fléchisseurs plantaires que pour les fléchisseurs dorsaux.

A l'articulation radio-carpienne, le patient ne peut exécuter que quelques légers mouvements de flexion et d'extension. La pronation et la supination sont incomplètes; la première est mieux conservée que la seconde. Les mouvements de flexion du coude sont lents et peu étendus, ceux d'extension sont presque entièrement rétablis. Les différents mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont encore mieux conservés; néanmoins, le malade fait un effort sensible pour élever le bras jusqu'à la verticale. Les petits muscles des faces dorsale et palmaire de la main paralysée sont atrophiés.

Les troubles de la préhension sont également plus accusés chez ce sujet que chez le précédent. En effet, il ne parvient jamais à prendre un objet menu entre le pouce et l'index et pour saisir un corps relativement volumineux, tel qu'un porte-plume, il a recours aux autres doigts, et l'attitude qu'il utilise pour ce faire est variable. C'est en vain, ainsi qu'on le voit sur les *figures 6* et 7, qu'il essaye de prendre un



Fig. 6.

porte-plume entre l'index et le pouce; l'objet lui échappe, car la dernière phalange de l'index se fléchit d'une façon trop brusque. Aussi est-il

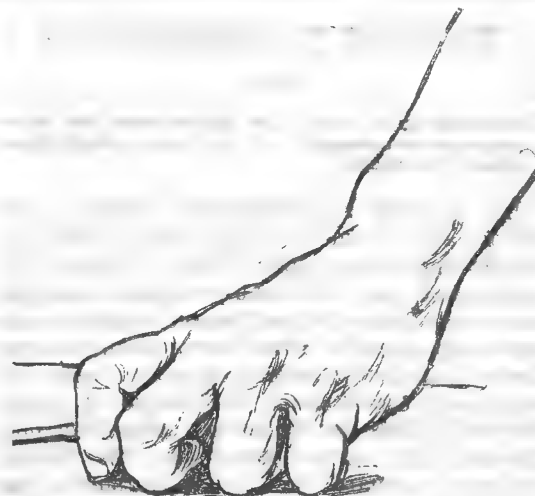


Fig. 7.

obligé de faire appel aux autres doigts et, suivant l'occasion, il prend l'objet entre le deuxième et le troisième (*fig. 8*), entre le troisième et le quatrième (*fig. 9*), voire entre le quatrième et le cinquième (*fig. 10*); ces atti-



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.

tudes offrent des aspects différents suivant que la main est vue de face ou de dos. Parfois cependant il réussit à saisir l'objet entre le pouce et l'index, mais l'attitude de ses doigts est alors tout à fait différente de ce qu'elle serait chez un individu normal. En effet, comme on le voit sur la *figure 11*, les doigts sont tous fléchis et l'ob-

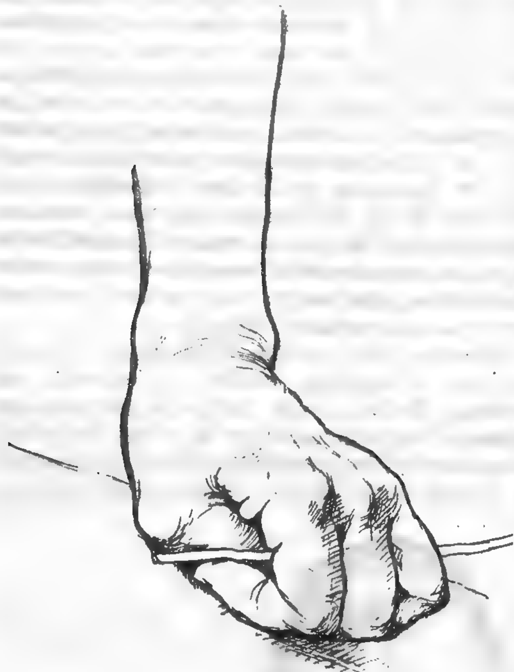


Fig. 11.

jet est tenu entre la face dorsale du pouce et la face palmaire de la dernière phalange de l'index.

L'action d'écrire (*fig. 12*) est également ca-



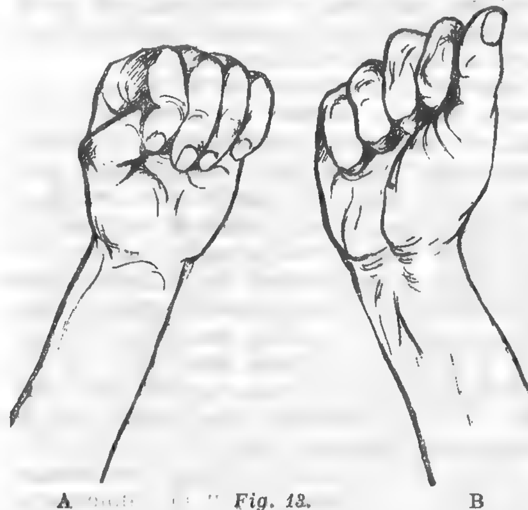
Fig. 12.

ractéristique : le patient tient le porte-plume entre le troisième et le quatrième doigt.

Chez lui comme chez le premier sujet, tous les doigts se fléchissent d'une façon plus ou moins spasmodique au moment où ils veulent saisir un objet.

Les troubles de la sensibilité, sans être extrêmement marqués, sont néanmoins plus accusés que dans le précédent cas. Ce jeune homme ne perçoit pas bien les mouvements qu'on imprime aux différents segments du membre supérieur paralysé. Il localise mal, il ne se rend pas un compte exact de l'attitude de sa main dans l'espace; il ne peut pas toujours indiquer la forme et la consistance d'un objet qu'on lui met dans la main. Les sensibilités thermique et douloureuse sont conservées, tandis que la sensibilité tactile est diminuée; l'hypoesthésie est plus accusée au niveau des doigts.

Avant de terminer l'histoire clinique de ces deux malades, je tiens à signaler qu'ils ferment la main d'une manière tout à fait spéciale, qui a été observée également par mon collègue M. Noica, chez un sujet qui avait, lui aussi, subi l'ablation de l'écorce cérébrale. Cette façon de fermer la main est bien indiquée sur la *figure 13*, A (main gauche), concernant mon se-



A *Fig. 13.* B

cond cas : on remarque que le pouce, extrêmement fléchi, est couvert par les autres doigts, contrairement à ce qui se passe du côté sain où — comme à l'état normal — le pouce en extension s'applique sur la face externe de l'index (*fig. 13*, B, main droite). On voit une attitude identique sur la *figure 14*, relative au premier de mes malades.



Fig. 14.

En résumé, les manifestations observées dans ces deux cas, comme suite d'une destruction plus ou moins étendue de la zone rolandique, peuvent être définies de la façon suivante : paralysie motrice, hypertonie ou contracture de certains groupes musculaires, mouvements synergiques, exagération des réflexes tendineux, abolition des réflexes cutanés et signe de Babinski, atrophie musculaire, troubles de la sensibilité. Je n'ai jamais rencontré chez l'homme d'hémiplégies ou de monoplégies spontanées offrant un tableau clinique semblable. Aussi convient-il d'examiner isolément, et de plus près, les principaux de ces symptômes.

II

Les *troubles de la motilité volontaire* consistent dans la diminution considérable de la force musculaire, portant plus sur certains groupes fonctionnels que sur d'autres. Tout d'abord, ces troubles sont plus accusés à l'extrémité du membre paralysé qu'à la racine. Au membre supérieur, les mouvements d'opposition sont complètement abolis; l'extension des différentes jointures est, d'une façon générale, beaucoup plus diminuée que leur flexion. Les mouvements actifs des extenseurs, à la main, au poignet et au coude, se font d'une façon très incomplète et sans énergie. La résistance est plus grande à la déflexion des jointures qu'à leur flexion.

Les mouvements spécialisés de la main, tels que l'écriture, la préhension, l'acte de se boutonner, sont presque entièrement perdus; il s'agit là d'une véritable paralysie, et non d'une paralysie apparente.

Pour mieux comprendre le mécanisme de ces troubles moteurs, il faut se reporter aux expériences qui ont été pratiquées par M. Hitzig, par M. Goltz et par M. H. Munk. Ce dernier auteur admet qu'il existe chez les animaux normaux trois modalités de mouvements : 1° des mouvements volontaires; 2° des mouvements réflexes corticaux; 3° des mouvements réflexes communs. Il a soutenu que tous les muscles peuvent être mis en activité par le système nerveux central sans qu'intervienne l'écorce cérébrale, mais cette dernière est le siège des mouvements isolés, indépendants, des différents segments des extrémités opposées. C'est ainsi qu'après une destruction bilatérale des zones motrices, un chien qui avait été dressé à tendre les deux pattes antérieures perd pour toujours cette faculté; si la destruction n'a été qu'unilatérale, c'est seulement la patte du côté opposé à la lésion, qu'il ne peut plus tendre. Les mouvements qui subsistent, dans les extrémités opposées à la région corticale détruite, sont des mouvements secondaires, des mouvements réflexes communs.

Si l'on veut bien comparer les troubles produits chez mes malades par l'ablation unilatérale plus ou moins complète de l'écorce cérébrale motrice avec ceux que l'on constate dans les mêmes conditions chez l'animal, on voit qu'il existe entre eux une certaine ressemblance. Dans les deux cas, on note la perte des mouvements isolés, indépendants, mais chez l'homme on observe, en outre, des troubles plus complexes, résultant de la spécialisation des membres supérieurs et inférieurs : il existe chez mes patients une véritable paralysie des extenseurs du membre supérieur, qui va en décroissant de la racine du membre vers son extrémité; pour le membre inférieur, ce sont les fléchisseurs, ainsi qu'on l'a vu, qui sont le plus atteints.

D'autre part, chez les animaux, les mouvements réflexes communs jouent un rôle plus grand que chez l'homme; aussi l'ablation de l'écorce cérébrale rolandique, siège des mouvements isolés, donne-t-elle lieu à des perturbations de la motilité beaucoup moins accusées que dans l'espèce humaine. C'est là, du reste, une des raisons qui nous expliquent les différences existant entre les faits cliniques et les expériences pratiquées sur les animaux, différences dont M. Rothmann n'a pas suffisamment tenu compte. En effet, cet auteur aurait constaté que la section du faisceau pyramidal croisé, de celui de von Monakov et du faisceau pyramidal antérieur n'entraîne pas des troubles permanents de la motilité, voire que, dit-il, les mouvements délicats, isolés, restent possibles. Mais ces expériences, quelque intéressantes qu'elles puissent être, n'ont qu'une valeur très restreinte au point de vue de la pathologie humaine, car chez l'homme, ainsi que mes cas le démontrent, le faisceau pyramidal exerce une influence manifeste sur les mouvements volontaires, et particulièrement sur les mouvements spécialisés.

M. Rothmann, après avoir relaté ses expériences, s'appuie en outre sur un grand nombre de faits cliniques ayant un rapport quelconque avec ses recherches, pour admettre que la suppression des voies pyramidales ne produit ni une paralysie permanente, ni une hypertonie durable.

C'est ainsi qu'il rappelle deux cas de Vulpian, où les pyramides étaient altérées au niveau du bulbe, sans paralysie. Il cite encore l'opinion

de Brown-Séquard, qui avait admis, à la suite de ses expériences, que les fibres pyramidales s'entre-croisant à la partie inférieure du bulbe ne constituent ni la seule voie, ni même la voie principale, des mouvements volontaires. Les cas de traumatisme de la moelle épinière par instrument tranchant où ne survient aucun trouble paralytique, se rapprochant davantage des expériences pratiquées sur le chien et sur le singe, constituent aussi pour M. Rothmann un argument en faveur de la thèse qu'il n'existe pas, jusqu'à présent, d'exemple de lésion pyramidale accompagnée de paralysie. On a signalé, il est vrai, des troubles paralytiques à la suite de lésions de la capsule interne, mais M. Rothmann est disposé à les considérer comme une conséquence de l'altération d'autres fibres motrices. Enfin, le tabes spasmodique de Charcot et Erb est aussi appelé en témoignage par M. Rothmann, car il y a réellement des cas de cette affection où le faisceau pyramidal est altéré dans la région cervicale, sans troubles manifestes de la motilité du membre supérieur.

Il faut convenir qu'aucun de ces nombreux arguments n'est absolument démonstratif. Les observations de traumatisme de la moelle publiées par Sir W. Gowers (1), par Albanese (2), par M. Jolly (3) ne sont pas comparables aux résultats expérimentaux obtenus par M. Rothmann. Les cas de destruction des pyramides bulbaires ayant déterminé des troubles paralytiques sont d'autre part nombreux; moi-même suis en possession d'un fait de ce genre, très probant.

Quant au tabes spasmodique sans troubles de la motilité des membres supérieurs, malgré la dégénérescence du faisceau pyramidal au niveau de la région cervicale, il faut encore attendre de nouvelles observations pour avoir une preuve absolument convaincante en faveur de l'opinion de M. Rothmann. Pour ce qui me concerne, j'ai eu l'occasion d'étudier un cas de tabes combiné de type Strümpell, dans lequel il y a eu, pendant la vie, des troubles de la motilité des membres supérieurs, et à l'autopsie duquel j'ai trouvé une dégénérescence du faisceau pyramidal, remontant jusqu'aux pyramides.

En résumé, les lésions destructives de la zone rolandique chez l'homme, et par conséquent la dégénérescence du faisceau corticospinal, s'accompagnent d'une diminution considérable des mouvements volontaires, allant même jusqu'à l'abolition complète pour quelques-uns. Assurément le faisceau pyramidal de l'homme doit jouir de propriétés différentes de celles qu'il a chez le singe et chez les autres animaux. Est-ce que, chez lui, ce faisceau n'est pas particulièrement développé, et les mouvements délicats et isolés ne jouent-ils pas, dans l'espèce humaine, un rôle beaucoup plus considérable que chez tous les autres êtres vivants?

III

L'étude des mouvements passifs, de même que celle des mouvements actifs, m'a permis de constater que mes deux malades présentent une certaine *rigidité* dans les articulations des segments paralysés, et que quelques mouvements volontaires ont chez eux un *caractère spasmodique*. Mais cette raideur que l'on constate à l'occasion des mouvements passifs, cette spasmodicité des mouvements actifs, ne sont pas très accusées : on peut vaincre avec facilité la résistance des muscles contracturés. La raideur a une certaine élasticité, laquelle n'est cependant pas comparable à celle de l'athétose.

Au point de vue de la topographie, de la marche et de la forme, cette hypertonie se rapproche de celle que l'on observe dans l'hémiplégie vulgaire; elle se localise comme elle à certains groupes musculaires, elle apparaît également d'une façon tardive; aussi son mécanisme doit-il être le même. La seule différence consiste en ce que la contracture, chez mes deux malades, est plus souple, et que la rigidité n'atteint pas les proportions qu'elle peut acquérir dans l'hémiplégie banale.

Au cours d'un mémoire publié il y a quelques années dans ce journal (1), je me suis rattaché, avec certaines restrictions, à la théorie proposée par Mann, pour expliquer le mécanisme de la contracture. Aujourd'hui, eu égard aux deux faits qui font l'objet de ce travail, je pense qu'il faut compléter cette théorie et tenir compte, non seulement de la paralysie des fibres d'inhibition pour certains groupes musculaires, et de la paralysie des fibres d'excitation pour d'autres, mais aussi de la double innervation, corticale et sous-corticale, des muscles. Il est fort probable que l'hypertonie des fléchisseurs, dans mes cas, est due, d'un côté, à la perte d'innervation inhibitrice corticale, et, de l'autre, à la mise en jeu de l'innervation excitatrice sous-corticale. L'apparition tardive de la contracture, coïncidant avec le retour de quelques mouvements, pourrait s'expliquer, comme dans toutes les hémiplégies aiguës, par le manque d'habitude des centres sous-corticaux, obligés d'agir isolément, dès le début de la maladie, pour suppléer à certaines fonctions des centres corticaux. A l'état normal, les centres corticaux et sous-corticaux opèrent de concert : les premiers modèrent, ou bien excitent, les seconds. La contracture, dans l'espèce, serait ainsi due à un trouble primitif de déficit de l'écorce, avec phénomènes de suppléance des centres sous-corticaux, suppléance ne se réalisant que tardivement.

Ces considérations sur le mécanisme de l'hypertonie ne concordent pas avec l'opinion de M. Rothmann (2), qui pense que la contracture n'est pas liée aux altérations du faisceau pyramidal. Sans doute, comme M. le professeur Raymond (3) l'a démontré le premier, la dégénérescence du faisceau pyramidal n'entraîne pas la contracture, et celle-ci n'est pas la conséquence immédiate de la suppression de la voie pyramidale; elle constitue un phénomène tardif et elle est due à mon avis — chez l'homme, du moins — à la suppléance du faisceau pyramidal par des voies extrapyramidales.

IV

Un autre phénomène intéressant que j'ai pu constater chez mes malades, c'est l'existence de *mouvements associés multiples*. D'une manière générale, les patients ne peuvent exécuter aucun mouvement isolé. Dès qu'ils veulent fléchir un doigt, les autres se fléchissent en même temps; s'ils s'efforcent de fermer le poing, on voit le pouce, qui à l'état normal se met alors en extension, se fléchir, s'appuyer sur la face palmaire de la main et se laisser recouvrir par l'index et le médius. De son côté, l'extension des doigts s'accompagne de leur abduction.

L'entrave apportée par la présence de ces mouvements synergiques et par la perte de la fonction d'opposition du pouce nous explique les perturbations que subissent les mouvements spécialisés des doigts, tels que la préhension, l'écriture, l'action de se boutonner, etc., lesquels sont impossibles ou presque.

Il existe sans doute aussi, chez les malades atteints d'hémiplégie infantile ou d'hémiplégie vulgaire, des mouvements synergiques, qui ont été notamment étudiés par M. Strümpell (1) et par M. Babinski (2). Mais ils sont plus nombreux, plus caractéristiques encore chez mes patients, surtout au niveau du membre supérieur, qui, ainsi qu'on le sait, est chargé de mouvements spécialisés très importants. En outre, certains des mouvements synergiques constatés dans ces cas n'ont pas encore été décrits jusqu'ici. Telle est en premier lieu la flexion très accusée du pouce au moment de la fermeture de la main, mouvement qui paraît être la règle générale dans l'hémiplégie résultant de l'ablation de l'écorce rolandique chez l'homme. Puis, la flexion des trois derniers doigts lorsque le patient essaye de prendre un objet, les mouvements associés d'extension et d'abduction des doigts, de même que leur flexion accompagnée d'adduction.

Enfin, ces mouvements synergiques peuvent être plus complexes encore; je citerai, par exemple, la flexion de l'articulation radiocarpienne et de tous les doigts en forme de poing, au moment où le malade fléchit le coude, comme on le voit sur la *figure 15* (deuxième malade).



Fig. 15.

Toujours chez le même sujet, on observe le mouvement synergique décrit par M. Strümpell (3) sous le nom de *Tibialisphänomen* (phénomène du jambier antérieur) (4) et le phénomène de pronation.

M. Strümpell attribue — avec juste raison, je crois — les mouvements synergiques à une altération de la voie pyramidale et, comme lui, je peux affirmer que ces mouvements ne se produisent pas en dehors d'une lésion de cette voie motrice. Ce qui appuie cette manière de voir, c'est la remarque, que le même auteur a faite, qu'on retrouve chez l'enfant, dans les premiers mois de la vie, des mouvements associés ressemblant tout à fait au phénomène du jambier antérieur, décrit par lui chez l'adulte en cas de

(1) Sir W. Gowers. A case of unilateral gunshot injury to the spinal cord. (*Transact. of the Clinical Society of London*, 1878, XI, p. 24-32.)

(2) E. Albanese. Grave ferita di coltello del midollo spinale. (*Gazz. clin. di Palermo*, 1879.)

(3) F. Jolly. Ueber einen Fall von Stichverletzung des Rückenmarks. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1900, XXXIII, 3.)

(1) G. Marinesco. Recherches sur l'atrophie musculaire et la contracture dans l'hémiplégie organique. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 465-470.)

(2) M. Rothmann. Ueber die Ergebnisse der experimentellen Ausschaltung der motorischen Function und ihre Bedeutung für die Pathologie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1903, XLVIII, 1-2.)

(3) F. Raymond. Le syndrome tabes spasmodique, à propos de deux cas familiaux de paraplégie spasmodique infantile *in* Clinique des maladies du système nerveux, p. 500. Paris, 1896.

(1) A. Strümpell. Ueber einige bei Nervenkranken häufig vorkommende abnorme Mitbewegungen im Fusse und in den Zehen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv. 1887.) — Ueber das Tibialisphänomen und verwandte Muskelsynergien bei spastischen Paresen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1901, XX, 5-6.)

(2) Babinski. Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. (*Gaz. des hôpit.*, 5 et 8 mai 1900.)

(3) A. Strümpell. Ueber das Tibialisphänomen und verwandte Muskelsynergien bei spastischen Paresen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1901, XX, 5-6.)

(4) J'ai cherché d'une façon systématique le phénomène de Strümpell chez les hémiplégiques et j'ai trouvé qu'il est très fréquent : sur 23 cas, il ne faisait défaut que 5 fois.

lésion de la voie pyramidale. J'ajouterai que les mouvements associés de flexion de la cuisse sur le bassin et du pied sur la jambe s'observent toujours chez les nouveau-nés et persistent pendant plusieurs mois.

J'ai poussé plus loin mes investigations sur la ressemblance qui existe entre les mouvements de mes malades et ceux des nouveau-nés. Beaucoup de ces enfants ferment la main de la même manière que les patients dont je viens de relater les observations; comme chez ces derniers, on peut constater chez le tout petit enfant que l'extension des doigts s'accompagne d'abduction et la flexion d'adduction, qu'il n'y a pas de mouvements d'opposition, et que l'attitude de l'index et du petit doigt est très spéciale. Enfin, tant que les mouvements d'opposition n'ont pas encore fait leur apparition, les nouveau-nés prennent et serrent les objets de la même façon que mes malades.

V

Je n'insisterai pas longuement sur les autres manifestations signalées dans mes cas.

En ce qui concerne les *troubles des réflexes* (exagération des réflexes tendineux et abolition des réflexes cutanés du côté paralysé), ainsi que l'existence du *signe de Babinski*, je pense que l'accord des neurologistes est unanime, pour reconnaître que les altérations du faisceau pyramidal non compliquées de lésion d'autres faisceaux nerveux donnent naissance à ces phénomènes.

M. Rothmann va trop loin cependant, à mon avis, lorsqu'il affirme que le seul symptôme appartenant en propre à la suppression de la voie pyramidale est l'exagération des réflexes tendineux. Il est vrai qu'il ajoute (en note) que le signe de Babinski est aussi l'expression d'une lésion du faisceau pyramidal.

Au contraire j'estime — et cela résulte de tout ce qui précède — que l'hypertonie et les mouvements associés, de même que la perturbation des réflexes cutanés, sont autant de symptômes qui apparaissent les uns plus rapidement, les autres plus tardivement, à la suite d'une altération du faisceau pyramidal. Quant au phénomène des orteils, celui-ci existe dans 85 % des cas de lésion simple du même faisceau.

Mes deux malades présentent encore, ainsi qu'on l'a vu plus haut, des *troubles du sens musculaire et de la sensibilité tactile;* cette constatation est d'accord avec un grand nombre de faits cliniques et de recherches expérimentales qui tendent à démontrer que la zone rolandique, et spécialement la pariétale ascendante, est le siège des perceptions cutanées et musculaires. MM. Marie et Guillain (1) ont naguère publié dans ce journal même un travail extrêmement documenté, dans lequel ils signalent que des lésions très différentes et très étendues du cerveau ne s'accompagnaient pas de troubles de la sensibilité. Je ne saurais entrer ici dans la question du siège cortical des différentes formes de la sensibilité; qu'il me soit cependant permis d'insister sur le fait que des lésions corticales limitées à la zone rolandique ont entraîné à leur suite, chez mes malades, des troubles manifestes de la sensibilité. Il convient d'ajouter, du reste, qu'il ne s'agissait pas ici d'un processus anatomo-pathologique, mais d'une lésion en quelque sorte expérimentale.

L'*atrophie musculaire* que j'ai constatée chez mes patients est également liée à la lésion du faisceau pyramidal, quel que soit le mécanisme qui a produit cette atrophie. Je peux affirmer, en effet, qu'une telle lésion s'accompagne toujours à la longue d'amyotrophie. Celle-ci est fonction du faisceau pyramidal et non pas du faisceau extrapyramidal, ce dernier, à mon sens, n'exerçant pas d'action sur le trophisme musculaire : l'existence de l'amyotrophie chez mes deux malades, qui présentent une lésion pyramidale pure, suffit pour le démontrer amplement. Je dois signaler que M. De Buck (1) croit, au contraire, que le faisceau extrapyramidal est un faisceau réflexe et tonigène, et que le muscle subit le contre-coup de la suppression trophogène de ce faisceau.

VI

L'étude que nous venons de faire prouve, à mon avis, que ni l'exagération des réflexes tendineux, ni la contracture, ni les mouvements associés ne peuvent être considérés comme des phénomènes immédiats résultant de la suppression fonctionnelle du faisceau pyramidal. C'est la paralysie flasque qui apparaît tout d'abord; puis, lorsqu'un certain degré de motilité est revenu, on voit se développer la contracture et les mouvements associés. Ces deux derniers troubles sont donc tardifs.

L'analyse des faits que nous avons exposés tend à démontrer que les différents segments du corps, et les divers groupes musculaires de ces segments, ne sont pas innervés d'une façon égale par l'écorce cérébrale et par les centres sous-corticaux. Les extenseurs du membre supérieur, surtout ceux de la main — et en particulier, parmi ceux-ci, les muscles qui président aux mouvements d'opposition —, paraissent en effet soumis à l'influence du cerveau d'une manière bien plus immédiate que les fléchisseurs.

Cette conclusion est justifiée par ce fait que, chez mes deux malades, les mouvements d'extension et d'opposition de la main sont beaucoup plus altérés que ceux de flexion. M. le professeur H. Munk (de Berlin), qui a bien voulu me donner par écrit son avis sur cette question, me communique que chez les animaux, après l'extirpation des parties motrices de l'écorce, les fléchisseurs réagissent à l'excitation réflexe plus souvent et d'une façon plus intense que les extenseurs; en outre, ce distingué physiologiste a constaté que l'atrophie des extenseurs chez le singe est toujours plus considérable après l'extirpation de la zone motrice lorsqu'il y a eu de la contracture. Les recherches pathologiques chez l'homme sont du reste conformes à cette constatation : MM. Parhon et Goldstein (2), et moi-même (3), avons observé que l'atrophie musculaire des extenseurs du membre supérieur est plus accusée que celle des fléchisseurs, dans l'hémiplégie organique.

La main chez l'homme joue un rôle beaucoup plus considérable que chez le singe; aussi est-il facile de comprendre que la destruction du centre cortical de la main entraîne des perturbations profondes dans les différentes fonctions de cet organe. Ce qui a produit cette perturbation chez mes malades, c'est surtout la paralysie des extenseurs et la perte des mouvements d'opposition. En effet, les extenseurs, ou plus exactement leurs centres corticaux, règlent pour ainsi dire l'intensité des mouvements de flexion, et, d'autre part, c'est l'opposition qui permet à l'homme d'exécuter les mouvements les plus délicats.

Ce n'est pas ici le moment de discuter quelle peut être la profondeur de la substance cérébrale enlevée, dans les cas d'hémiplégie à caractères si particuliers que je viens de décrire. Je dois cependant ajouter que, M. Jonesco ayant eu l'obligeance de mettre à ma disposition le cerveau d'un sujet qui avait subi la même opération et présenté les mêmes troubles, j'ai pu me convaincre que, sur cette pièce, l'écorce cérébrale motrice était presque complètement détruite : j'ai seulement constaté l'existence, dans la cicatrice, de quelques cellules géantes altérées. Il semblerait donc qu'il n'y eût que les lésions superficielles, limitées à l'écorce cérébrale, qui fussent capables de réaliser l'hémiplégie spéciale observée chez mes malades. Si, au contraire, la lésion est plus profonde et intéresse aussi la substance sous-corticale, alors le tableau clinique change d'aspect : l'hémiplégie est plus grave et la paralysie du membre supérieur plus complète; elle ne se distingue en rien des hémiplégies vulgaires où la paralysie est très accentuée.

D[r] G. Marinesco,
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Bucharest.

(1) P. Marie et G. Guillain. Existe-t-il en clinique des localisations dans la capsule interne? (*Semaine Médicale*, 1902, p. 209-213.)

(1) D. De Buck. Tabes incipiens. (*Journ. de neurol.*, 5 mars 1903.)

(2) Parhon et Goldstein. Contribution à l'étude de la contracture dans l'hémiplégie. (*Roumanie méd.*, 1er mars 1899.)

(3) G. Marinesco. (*Loc. cit.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Un signe susceptible de faciliter le diagnostic de la grossesse gémellaire.

On sait combien le diagnostic de la grossesse gémellaire est parfois difficile : en principe, on n'est autorisé à l'affirmer que lorsqu'on perçoit d'une manière nette au moins trois pôles fœtaux ou deux plans dorsaux; mais si le palper fournit, à cet égard, des renseignements précieux dans les cas où les parois abdominales sont souples et l'utérus peu tendu, il est loin d'en être de même pour les femmes chez lesquelles la tension considérable de la paroi utérine gêne l'exploration et empêche le praticien de se rendre directement compte de l'existence de deux fœtus. En pareille occurrence, le diagnostic différentiel entre la gémellité, l'hydramnios et la grossesse simple avec fœtus volumineux ne laisse pas que d'être embarrassant. L'auscultation n'est pas toujours d'un grand secours, puisque la présence de deux foyers d'auscultation est loin de suffire pour permettre de poser le diagnostic de grossesse gémellaire. Le procédé d'Ahlfeld, qui consiste à faire ausculter simultanément, par deux observateurs, chacun des foyers, en comptant les battements cardiaques pendant le même temps, est à peu près inapplicable dès que le travail a commencé, les contractions utérines amenant des irrégularités dans le fonctionnement du cœur du fœtus.

Cela étant, un confrère russe, M. le docteur M. I. Lévinovitch, accoucheur en chef de la maternité Tchijov à Kostroma, attire l'attention sur un procédé qui, au cours de ces trois dernières années, lui a plus d'une fois facilité le diagnostic dans les cas où il y avait lieu de soupçonner l'existence d'une grossesse gémellaire, et qui consiste à déterminer *la hauteur et le degré de tension des ligaments ronds*, la disposition de ces ligaments étant loin d'être la même suivant qu'il y a ou non gémellité.

Dans l'hydramnios, en effet, l'utérus présente une forme globulaire, le liquide amniotique exerçant une pression uniforme sur toute la périphérie de l'œuf. En cas de grossesse double, au contraire, la matrice, distendue par les deux fœtus — qui sont le plus souvent placés l'un à côté de l'autre, l'un occupant la moitié droite de l'utérus, l'autre la moitié gauche — est surtout augmentée dans son diamètre transverse, ce qui entraîne un écartement entre les deux feuillets péritonéaux qui enveloppent les ligaments ronds. Or, on sait que ces ligaments participent à l'hypertrophie générale de l'utérus pendant la grossesse, de sorte qu'on les perçoit assez facilement, au palper, sous forme de deux cordons cylindriques volumineux, situés sur les parties latérales et inférieures de la matrice. D'après M. Lévinovitch, il n'en serait plus de même dans la grossesse gémellaire, où, sous l'influence de la distension de l'utérus dans le sens transversal, les replis formés par les ligaments ronds s'effaceraient au point de devenir tout à fait imperceptibles à la palpation; c'est à peine si l'on parviendrait parfois à en saisir des vestiges sous la forme des deux replis très

courts et peu tendus, situés de chaque côté de la partie inférieure de la matrice. Aussi notre confrère estime-t-il que le seul fait de constater, par le palper pratiqué chez une femme enceinte, la présence, au niveau de l'ombilic et sur une étendue de 2 à 4 centimètres au-dessous de lui, du *ligament rond saillant et tendu* suffit pour exclure le diagnostic de grossesse gémellaire, et cela alors même que l'abdomen paraît trop volumineux pour une grossesse simple.

Ce signe serait d'autant plus certain qu'à l'encontre de ce que l'on observe pour la gémellité, l'hydropisie de l'amnios n'entraînerait aucune modification sensible au point de vue de l'accessibilité des ligaments ronds à la palpation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1903.

De la tuberculose articulaire et des séries morbides parallèles.

M. Fernet lit, sur ce sujet, un travail que nous résumons ainsi :

La tuberculose donne lieu à des manifestations articulaires à évolution aiguë, subaiguë ou chronique, qui présentent des analogies symptomatiques avec celles du rhumatisme articulaire. Il s'agit là, pour l'orateur, de séries morbides parallèles à celles du rhumatisme aigu ou chronique dans ses localisations articulaires, abarticulaires ou viscérales; mais il n'y a de commun entre ces deux ordres de manifestations que le siège qu'elles affectent : elles diffèrent par la cause, par les lésions, par les symptômes. Aussi M. Fernet estime-t-il que les dénominations de rhumatisme ou de pseudo-rhumatisme tuberculeux, qui ont été appliquées à ces formes de la tuberculose, sont impropres, parce qu'elles semblent impliquer, pour ces maladies tuberculeuses, une parenté avec le rhumatisme, parenté qui n'existe pas. Il vaut donc mieux dire tuberculose articulaire comme on dit tuberculose pulmonaire, péritonéale, méningée, etc.

Action analgésiante du radium.

M. A. Darier donne lecture d'une note dans laquelle, après avoir rappelé les bons effets qu'il a obtenus au moyen des rayons de Röntgen dans un cas de tumeur maligne des paupières, il dit avoir eu l'occasion de constater l'action analgésiante du radium dans un cas d'épithélioma térébrant de l'orbite, dans un de névralgie orbitaire ayant résisté depuis six mois à toutes les médications, dans trois d'iridocyclite traumatique douloureuse, dans un d'iritis suraiguë, et aussi dans diverses affections douloureuses : goutte, cystite, panaris, etc.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 21 et 28 septembre 1903.

Sur la production de sucre dans le sang durant le passage de ce dernier à travers le poumon.

MM. R. Lépine et **Boulud**. — Bien qu'il se détruise du sucre dans le sang pendant que celui-ci traverse le poumon, nous avons constaté — ce qui avait échappé jusqu'à ce jour aux physiologistes — que, le plus souvent, chez des chiens se trouvant dans des conditions parfaitement normales, mais à jeun depuis quelques heures, le sucre est en proportion plus forte dans le sang de la carotide que dans celui du ventricule droit. Ce fait n'est certainement pas dû à la perte d'eau du sang durant la traversée du poumon, ainsi que le montre un calcul très simple, car cette perte n'est pas assez considérable. De plus, dans cette hypothèse, les différentes matières sucrées devraient augmenter parallèlement; or, il n'en est rien : l'augmentation porte surtout sur le sucre dextrogyre.

Cet excès de sucre dextrogyre provient d'une formation de sucre *dans le sang lui-même :* on sait, depuis les travaux de l'un de nous avec M. Barral (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 223 et 259), que dans du sang normal, maintenu une demi-heure environ à 58° (pour anéantir tout pouvoir glycolytique), il se forme une certaine quantité de sucre. Depuis plusieurs mois, nous avons repris l'étude approfondie de cette glycogénie hématique, et, entre autres faits nouveaux, nous apportons aujourd'hui celui-ci, que le sang carotidien, reçu dans l'eau à 58°, produit, en général, moins de sucre que le sang du ventricule droit, ce qui s'explique en admettant que l'hydrate de carbone qui lui donne naissance, et que nous appellerons *sucre virtuel*, a subi, pendant que le sang traverse le poumon, une diminution corrélative de la production de sucre.

Ce sucre virtuel ne peut être de la zoamyline (glycogène de Cl. Bernard), car, dans les conditions où est fait l'extrait de sang, l'hydratation de la zoamyline est impossible. Il pourrait être identique avec celui dont les travaux modernes, surtout ceux de M. F. Müller et de M. Schöndorff, ont fait connaître l'existence dans la molécule d'albumine, et que MM. Blumenthal et Langstein ont récemment étudié dans les matières albuminoïdes du sang.

Diagnostic radiographique des calculs biliaires.

MM. Mauclaire et **Infroit**. — Les calculs biliaires étant le plus souvent composés de cholestérine — substance perméable aux rayons de Röntgen —, soit seule, soit associée à une faible quantité de matières minérales, il est très difficile de faire le diagnostic de ces calculs par la radiographie. Nous sommes cependant parvenus à obtenir une épreuve très démonstrative, dans un cas où des calculs vésiculaires avec péricholécystite et adhérences intestinales simulaient le syndrome de l'obstruction intestinale par cancer, en nous servant d'une ampoule peu pénétrante, ayant nécessité une exposition de dix minutes. Chez un autre malade dont la vésicule était très volumineuse, la radiographie fut négative, et nous constatâmes qu'il s'agissait, en effet, d'un cancer de la tête du pancréas.

De recherches que nous avons faites, en outre, sur des calculs biliaires secs, il résulte que la transparence de ces produits pathologiques aux rayons X est en raison inverse de la quantité de matières minérales qu'ils contiennent; elle est tout à fait indépendante de leur volume.

Les myélocytes du bulbe olfactif.

M. J. Chatin fait une communication sur la présence, dans le bulbe olfactif, de myélocytes possédant les caractéristiques habituelles de ces éléments cellulaires, à savoir un noyau volumineux, un cytoplasme somatique peu abondant et réduit à une mince zone périnucléaire, et des prolongements variables quant à leurs dimensions, pouvant se différencier en dendrites et en cylindraxe.

Ces myélocytes existent surtout aux frontières antérieure et postérieure du bulbe olfactif. Leur existence plaide en faveur de l'analogie déjà signalée entre le bulbe olfactif et la rétine.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Sur la désinfection chirurgicale aux Etats-Unis.

J'ai consacré, il y a quelques mois, une correspondance à donner un certain nombre de renseignements sur la façon dont se pratique l'asepsie opératoire aux Etats-Unis (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 90). Je n'avais alors visité que les grandes villes américaines qui s'échelonnent le long de la côte de l'Atlantique. Aujourd'hui je crois devoir revenir sur cette question afin de compléter mes observations antérieures par les informations que j'ai eu l'occasion de recueillir dans la suite de mon voyage. J'en profiterai pour signaler, en même temps, quelques faits qui n'avaient pas trouvé place dans ma première lettre sur cette question.

Je disais alors qu'en ce qui concerne la préparation du malade et l'asepsie du chirurgien et de ses aides, aux Etats-Unis, il y avait peu à dire, et que c'étaient principalement les procédés d'origine européenne qui étaient en usage. Cela est vrai de l'Est américain; mais au fur et à mesure qu'on s'avance vers l'Ouest et le Nord-Ouest, on trouve des opinions et des pratiques un peu différentes.

Dans tout l'Est américain, en effet, on voit attribuer, pour la préparation du champ opératoire, une importance majeure au brossage consciencieux — en durée et en vigueur — de la surface à désinfecter; de même qu'en Europe, on compte essentiellement sur l'action mécanique de la brosse pour enlever les couches épithéliales de l'épiderme et, avec elles, les germes microbiens qu'elles peuvent renfermer. Dans l'Ouest, au contraire, — à Chicago, par exemple, dans le service de M. A. J. Ochsner —, le brossage est pour ainsi dire complètement abandonné. C'est au savonnage que M. Ochsner accorde le plus d'importance et le plus d'efficacité. Pour lui, il suffit, une fois les graisses épidermiques saponifiées par le savon, d'un simple filet d'eau pour entraîner toutes les particules épidermiques, désagrégées par suite de cette saponification. Quant au liquide antiseptique avec lequel on lave communément le champ opératoire après l'action de la brosse et du savon, M. Ochsner le trouve parfaitement superflu, et s'il fait suivre encore quelquefois la préparation du champ d'un lavage au sublimé, c'est plus pour sacrifier à la tradition qu'avec la conviction de faire quelque chose d'utile.

En ce qui concerne les mains du chirurgien et de ses aides, M. Ochsner procède d'une façon analogue à celle qu'il emploie pour la désinfection du champ opératoire; seulement, afin de bien faire pénétrer le savon partout autour de l'ongle, il se sert d'un morceau de gaze trempé dans de l'eau stérilisée. Ce chirurgien attribue la plus grande importance à avoir des mains lisses et douces, non gercées ni crevassées. C'est pourquoi il recommande d'éviter de les frotter avec un corps rude, tel qu'une brosse. Ce qu'il veut, c'est non pas décaper son épiderme, mais lui donner une surface facile à désinfecter par des « procédés de douceur ». Je puis ajouter que MM. les docteurs W. G. et C. H. Mayo, à Rochester, partagent les idées de M. Ochsner à cet égard; ils sont même tellement convaincus du bien fondé de cette opinion que les brosses sont entièrement bannies de leur service : on chercherait vainement une brosse à main à l'hôpital Sainte-Marie de Rochester. Comme me le disait l'un d'eux, ils craignent qu'à la faveur des gerçures et des crevasses, les mains deviennent un véritable « jardin potager de microbes », assurément fort impropre à une bonne antisepsie.

Ces idées commencent d'ailleurs à faire également leur chemin dans l'Est. C'est ainsi qu'afin d'avoir des mains très lisses et douces, un chirurgien de Philadelphie, M. Allis, se frictionne les mains régulièrement une fois par semaine avec un sable d'un grain extrêmement fin, tel qu'on le trouve sur les plages au bord de la mer.

C'est vraisemblablement aussi en grande partie à son effet adoucissant sur la peau que le procédé préconisé par M. le docteur Robert F. Weir, professeur de chirurgie au Collège des médecins et chirurgiens de New-York et chirurgien en chef du *Roosevelt Hospital*, doit la vogue dont il jouit actuellement aux Etats-Unis. Il consiste à employer un mélange, que l'on prépare au moment même de l'usage, de chlorure de chaux et de bicarbonate de soude; ce mélange constitue avec l'eau une sorte de pâte blanchâtre dont on s'enduit les mains pour quelques minutes. La réaction des deux sels l'un sur l'autre donne naissance à un dégagement de chlore libre : c'est ce gaz qui est le désinfectant. M. le docteur W. W. Keen, professeur de chirurgie au *Jefferson College* de Philadelphie et chirurgien de l'hôpital annexé à cette école, se sert aussi de ce moyen, non sans avoir fait d'abord usage de savon noir. Fréquemment j'ai vu ajouter à cette préparation de la farine de maïs (blé indien) pour en augmenter les propriétés adoucissantes. N'importe quel autre féculent jouerait d'ailleurs le même rôle; si les Américains donnent la préférence à la farine de maïs, c'est uniquement parce qu'aux Etats-Unis celle-ci est le prototype de la farine bon marché.

M. le docteur R. H. Harte, chirurgien de l'*Episcopal Hospital* et du *Pennsylvania Hos-*

pital à Philadelphie, combine en un seul temps l'emploi du savon et celui de la farine de maïs : il frotte ses mains avec un mélange, à parties égales, de farine de moutarde, de farine de maïs et de poudre de savon.

La chloroformisation et l'éthérisation aux Etats-Unis.

J'ai déjà fait connaître certains procédés spéciaux d'anesthésie que j'ai vus en usage ou à l'essai auprès de divers chirurgiens américains. Je me réservais de donner une vue d'ensemble sur ce qui se fait en Amérique d'une manière courante en matière d'anesthésie après avoir terminé mon voyage. J'étais notamment curieux de m'assurer *de visu* du point où en était la vieille querelle de l'éther et du chloroforme, dans ce pays neuf, progressif et faisant si bon marché de tout ce qui est traditions, usages et coutumes. Je dois dire que, à cet égard, les constatations que j'ai eu l'occasion de faire n'ont pas été sans me causer quelque étonnement.

A Boston, par où débuta mon enquête médicale, l'éther règne en maître : en cinq semaines que j'ai passées dans cette ville, je n'ai pas vu administrer le chloroforme une seule fois. Comme j'en disais mon étonnement et demandais les raisons de cet exclusivisme, je ne fus pas peu surpris d'entendre invoquer le motif... historique. On sait, en effet, que c'est au *Massachusetts General Hospital* de Boston que l'éther fut employé pour la première fois par Morton au cours d'une opération pratiquée par Warren, grand-père du chirurgien dont j'ai eu plusieurs fois l'occasion de citer le nom, et, depuis lors, par orgueil local, Boston est resté fidèle à l'éther. Cet anesthésique n'est, d'ailleurs, guère moins exclusivement employé dans les trois autres grands centres médicaux de l'Est : New-York, Philadelphie et Baltimore; c'est peut-être encore dans cette dernière ville que le chloroforme est le moins sévèrement mis à l'index.

Mais plus on va vers le Sud, plus le chloroforme gagne de partisans, si bien qu'à la Nouvelle-Orléans, qui se trouve à l'extrême Sud, il est presque seul en usage pour obtenir l'anesthésie chirurgicale : c'est l'inverse de ce qui s'observe à Boston.

Les Américains ne manquent pas, pour expliquer cet état de choses, d'invoquer le climat : c'est le climat qui ferait que dans le Nord l'éther réussit mieux, c'est en raison du climat qu'il serait proscrit à la Nouvelle-Orléans. Il faut dire qu'aux Etats-Unis, le climat est chargé de tout expliquer; on le met en cause pour tout et pour rien, à propos et hors de propos. Dans l'espèce, je dois avouer qu'il m'a semblé être incriminé à tort, car l'éther ne m'a pas paru, même dans le Nord, aussi inoffensif que je l'ai entendu soutenir. Il est certain que cet anesthésique a, là-bas, à son actif un nombre considérable de pneumonies post-opératoires; les chirurgiens américains ne nient d'ailleurs pas le fait matériel, mais ils en contestent l'interprétation. Pour eux, les malades succombant à une complication de ce genre auraient eu leur pneumonie, même s'ils n'avaient pas été opérés. Il faut reconnaître que c'est passer bien rapidement sur un argument qui n'est pas sans valeur. La Nouvelle-Angleterre a beau être un pays à pneumonie, cela n'expliquera jamais que les pneumonies post-opératoires y soient aussi fréquentes qu'elles le sont. D'ailleurs, il est des chirurgiens exerçant également dans des régions à pneumonie, comme MM. Mayo dans le Nord-Ouest, et qui sont loin d'accuser la même mortalité par complications pulmonaires post-opératoires.

Personnellement, après avoir parcouru toute l'étendue du pays, je suis arrivé à attribuer une certaine valeur, ici encore, au facteur historique, qui me paraît expliquer le mieux pourquoi le Nord emploie l'éther, tandis que le Sud fait usage du chloroforme. On sait toute l'influence qu'a eue sur le développement intellectuel des Etats-Unis l'Université de Harvard; son Ecole de médecine a longtemps — avec celle de l'Université de Pensylvanie — constitué l'un des deux seuls centres médicaux importants des Etats-Unis. Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que, dans le Nord, l'influence de Boston ait rayonné au loin et ait répandu l'usage de l'éther. Au contraire, le Sud pivote autour de la Nouvelle-Orléans. Or, jusqu'à ces dix dernières années, tout médecin voulant exercer dans cette ville devait avoir fait ou complété ses études à Paris, et l'on se rappelle qu'il y a dix ans encore, l'éther n'avait guère d'adeptes dans le monde chirurgical parisien; naturellement ces médecins rapportaient dans leur pays les habitudes prises à Paris, tout comme leurs confrères du Nord restaient fidèles à celles qu'ils avaient contractées à Boston. Il semble que cette explication ait plus de vraisemblance que l'argument tiré du climat, si bizarre qu'il puisse paraître de voir invoquer la tradition historique pour un pays qui se fait gloire de ne pas reconnaître les traditions.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Les échanges protéiques dans l'anémie pernicieuse et spécialement dans l'anémie bothriocéphalique, par M. E. Rosenqvist.

Partant du point de vue que l'anémie bothriocéphalique doit être considérée, suivant les travaux de Runeberg et de Schaumann, comme une anémie pernicieuse véritable, M. Rosenqvist a fait une étude approfondie des échanges protéiques dans cette affection fréquente en Finlande, de façon à pouvoir comparer les résultats ainsi obtenus avec ceux de l'étude de la nutrition dans l'anémie pernicieuse pure. Ses recherches portent sur 21 cas. Pendant toute la durée de l'expérience, les malades recevaient une alimentation exactement dosée, avec laquelle l'équilibre des échanges azotés aurait rapidement été atteint chez un individu normal. Les recherches ont été commencées, pour 17 patients, avant l'administration du traitement antibothriocéphalique, de sorte qu'il a été possible de comparer l'état de la nutrition avant et après la cure.

Sur ces 17 faits, on a constaté 12 fois une déperdition d'azote. Cette déperdition, faible chez quelques malades, atteignit chez d'autres des proportions considérables. C'est ainsi que dans plusieurs observations la quantité d'azote éliminée en vingt-quatre heures dépassait de 4 grammes en moyenne la quantité d'azote contenue dans les aliments. Cette déperdition ne peut ni être rapportée à une alimentation insuffisante, ni considérée comme un effet tardif d'un régime antérieur riche en azote, car la longue durée des expériences permet d'éliminer cette cause d'erreur. L'anémie ne saurait davantage être incriminée en tant que cause de l'exagération des échanges azotés, pas plus, du reste, que la légère élévation de température existant chez quelques-uns des malades, la déperdition d'azote ayant été constatée également chez des sujets dont la température était normale. M. Rosenqvist attribue ce trouble de la nutrition à l'action d'un toxique sécrété par le bothriocéphale, car les conditions changent si l'on administre un vermifuge : au lieu de continuer à perdre de l'azote, l'organisme en retient alors. La différence avant et après la cure est parfois considérable. C'est ainsi que chez un individu qui accusait tout d'abord une déperdition azotée moyenne de 3 gr. 27 centigr., la rétention s'est élevée après le traitement à 2 gr. 50 centigr., l'alimentation n'ayant pas changé. Cette rétention s'est manifestée dans certains cas malgré une réduction de la ration alimentaire. Elle ne se produit pas toujours immédiatement à la suite de l'expulsion du parasite, mais se fait quelquefois attendre une semaine ou deux. Dès que la rétention d'azote apparaît, on constate en même temps une amélioration de l'état général et de la composition du sang, sans l'intervention d'aucun autre traitement.

Il n'existe cependant pas de parallélisme entre les échanges azotés et la composition du sang. On a observé des cas où cette dernière restait stationnaire avant la cure, en dépit d'une déperdition azotée notable, tandis que chez d'autres malades, malgré une anémie prononcée, il n'existait que peu ou pas de déperdition azotée; l'auteur cherche à expliquer cette contradiction en admettant — par analogie avec les toxines du tétanos — l'existence de plusieurs agents toxiques dont les uns agiraient spécialement sur le sang, tandis que les autres exerceraient leur action sur la nutrition des cellules de l'organisme.

Dans les expériences de longue durée, on a pu constater que la déperdition d'azote n'était pas constante, mais survenait par périodes que séparaient des intervalles durant lesquels la déperdition disparaissait ou était remplacée par de la rétention. Dans un petit nombre de cas, on a même observé de la rétention d'azote et une amélioration spontanée malgré la présence du ver, qui peut parfois être expulsé spontanément. Aussi M. Rosenqvist formule-t-il l'hypothèse d'une réaction de l'organisme, conférant à celui-ci une immunité plus ou moins complète à l'égard des toxines sécrétées par le bothriocéphale.

L'auteur a enfin examiné de la même manière 3 cas d'anémie pernicieuse pure, et reconnu l'identité complète des troubles de la nutrition dans cette affection et dans l'anémie bothriocéphalique. Dans l'anémie pernicieuse pure, il existe aussi une déperdition azotée, se produisant par périodes que séparent des rémissions qui constituent des temps d'arrêt ou même d'amélioration temporaire de la maladie. M. Rosenqvist admet également l'action d'une toxine dans cette affection. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — A. J.

Les luxations de l'articulation de Lisfranc, par M. F. Bannes.

Comme le fait remarquer l'auteur, la loi sur les accidents du travail et l'évaluation précise des dommages fonctionnels, qu'elle nécessite, ont donné un regain d'intérêt à toute une série de lésions traumatiques que leur rareté — réputée, au moins — laissait complètement dans l'ombre. Par le fait même de cette rareté, et des difficultés particulières qui en résultent pour le diagnostic et le traitement, il importe, au contraire, d'insister sur elles et d'en noter tous les exemples. Et cela s'applique tout à fait aux *luxations de l'avant-pied dans l'articulation de Lisfranc*.

L'observation inédite de M. Bannes se rapporte à une *luxation isolée, en dedans*, de l'extrémité postérieure *du premier métatarsien*, luxation complète, qui était survenue dans les conditions suivantes : le blessé, un maçon de dix-neuf ans, causait, les jambes écartées et appuyé surtout sur le pied droit, lorsqu'il reçut, à la face interne de ce pied, le choc d'une énorme boîte à chaux (*Kalkmühle*); il fut renversé, et le heurt fut si violent que le cuir de la botte en fut arraché. Impossibilité de la marche, douleur très vive à la pression sur la face dorsale et interne du pied, surtout à la hauteur de la base du premier métatarsien; gonflement considérable dans la même zone, qui gêne pour l'exploration précise. On conclut d'abord à une fracture, et c'est l'examen radiographique qui démontra une luxation complète, en dedans, de l'extrémité postérieure du métatarsien. La réduction a lieu sans difficulté, avec l'anesthésie rachidienne, par la traction sur l'avant-pied combinée à la pression directe sur l'extrémité luxée. Pas de tendance à la reproduction de la luxation. Au bout de trois semaines, le blessé pouvait se tenir sur le pied et marcher; toutefois il persistait un gonflement de la région, qui était encore très notable quatre mois après; au neuvième mois, la marche n'avait pas encore cessé d'être douloureuse. Cette durée prolongée des désordres fonctionnels est à signaler; peut-être la loi sur les accidents y avait-elle quelque part, et ce sont choses qui se voient en Allemagne comme en France.

M. Bannes n'a pas trouvé, dans la littérature, d'autre exemple de luxation du premier métatarsien en dedans, alors qu'il relève 9 cas de luxations dorsales, 3 de luxations plantaires, 1 de luxation en dehors. Comme le premier, les autres métatarsiens (sauf le troisième, pour lequel aucun cas de ce genre n'est connu) peuvent se luxer isolément ou plusieurs ensemble, sans que la rangée totale se déplace. Il s'agit là de luxations dites *isolées* ou *partielles* de l'article de Lisfranc : M. Bannes en compte 33 observations.

Quant aux luxations *complètes*, de tout l'avant-pied, il en note 32 exemples publiés : 13

dorsales, 4 dorsales externes, 1 dorsale interne; 1 seule plantaire; 11 externes, 1 interne; 1 divergente, les métatarsiens étant luxés, les uns sur le dos du tarse, les autres dans la plante. Avec la fréquence — que l'on connaît, d'ailleurs, — des luxations dorsales, il faut retenir le nombre relativement élevé des luxations totales, en dehors.

Nous n'insisterons pas sur le mécanisme, bien étudié, il y a deux ans, par M. Quénu, et à propos duquel l'auteur n'apporte aucun élément nouveau; mais nous signalerons avec lui la difficulté du diagnostic, lors de gonflement considérable, et la nécessité de l'examen radiographique. Il importe, en effet, d'être fixé tout de suite sur la nature exacte des lésions, pour instituer d'emblée le traitement nécessaire, c'est-à-dire pour réduire.

Cette réduction exigera presque toujours l'anesthésie; et, même à cette condition, elle ne réussit pas constamment : la résection, partielle ou totale, d'un ou de plusieurs métatarsiens, pourra devenir alors tout indiquée. Ajoutons, toutefois, que le pronostic fonctionnel ultérieur paraît très favorable, à en juger par les faits publiés, et cela même dans les cas non traités ou dans lesquels la réduction n'avait pu être pratiquée : un dragon, cité par South-Tufnel, avec une luxation irréduite des quatrième et cinquième métatarsiens, pouvait, quelques années après, servir comme fantassin. Il se fait, là encore, une accommodation fonctionnelle, mais l'observation personnelle de M. Bannes montre que, pour diverses raisons, il n'en est pas toujours ainsi. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 2-4.) — L.

Contribution au diagnostic des carcinomes profonds du pharynx, par M. L. Neufeld.

Parmi les carcinomes profonds du pharynx, ceux qui ont leur point de départ dans le sinus pyriforme et dans la partie avoisinante de la paroi pharyngée sont les plus rares. Et c'est à cause de cette rareté, ainsi qu'en raison des symptômes peu communs que M. Neufeld a observés chez son malade, que le fait qu'il relate mérite d'être signalé.

Un homme de cinquante-deux ans était affecté depuis trois mois de troubles de la déglutition auxquels était venu se joindre depuis quinze jours un enrouement assez prononcé. L'examen des organes thoraciques et des voies respiratoires supérieures ne révéla rien d'anormal, si ce n'est un épaississement de la bande ventriculaire gauche, en forme de tumeur, à surface lisse et recouvert d'une muqueuse intacte; le pli ary-épiglottique gauche était également très épaissi; pas de déplacement du larynx, mouvements des cordes vocales normaux. Une tumeur dure, mobile, du volume d'un œuf de poule, existait au niveau de l'angle du maxillaire gauche et une autre, plus petite, à droite. Un grand nombre de ganglions occipitaux et sus-claviculaires étaient tuméfiés. L'examen microscopique d'un fragment emprunté à la bande ventriculaire gauche n'ayant fourni aucune donnée précise, on examina un ganglion occipital : il s'agissait d'un carcinome épithélial.

Le laryngoscope ne révélant aucun des signes caractéristiques du cancer du larynx, on supposa que le point de départ de la tumeur était dans la portion laryngée du pharynx, la tuméfaction de la bande ventriculaire et du pli ary-épiglottique gauches étant l'expression d'une infiltration secondaire. Pendant deux mois, l'état du malade alla en s'aggravant; un jour il se présenta en proie à une dyspnée intense, provoquée, ainsi que le montra l'inspection du larynx, par la présence, dans le sinus pyriforme gauche, d'une volumineuse tumeur ulcérée. On pratiqua aussitôt la trachéotomie, mais le patient succomba quelques jours plus tard.

A l'autopsie on trouva, à la hauteur de l'apophyse vocale gauche, une tumeur énorme ayant envahi les cartilages thyroïde et cricoïde presque dans leur totalité et qui, s'étendant à la bande ventriculaire et au pli ary-épiglottique gauches, rétrécissait la lumière du larynx. A la hauteur des trois premiers anneaux de la trachée, on voyait la tumeur faire saillie sous la muqueuse. Il s'agissait en somme d'un carcinome ulcéré du sinus pyriforme gauche ayant envahi les cartilages du larynx et déterminé des métastases dans les ganglions du cou et les nodules lymphatiques trachéaux.

En résumé, des trois principaux symptômes considérés comme caractéristiques du carcinome de la portion laryngée du pharynx — paralysie de la corde vocale correspondante (par suite de la paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur), déplacement du larynx et métastases dans les ganglions du cou —, le dernier seul était présent dans ce cas, ce qui était assurément insuffisant pour permettre de porter un diagnostic précis. (*Arch. f. Laryngol.*, XIV, 1.) — S. J.

Inoculations de l'agent pathogène du chancre mou aux singes, par M. E. Tomasczewski.

On sait depuis longtemps que le chancre simple est inoculable au singe. Toutefois, les résultats obtenus à ce point de vue par Auzias-Turenne, par Robert de Welz, par Diday, etc., restaient passibles d'objections tant que l'on manquait d'un moyen absolument sûr pour mettre en évidence la nature spécifique des ulcères consécutifs à l'inoculation. La découverte du bacille de Ducrey a permis de réaliser cette démonstration, et M. Nicolle a fait connaître un cas d'inoculation positive du chancre mou au singe (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 342), avec présence des streptobacilles dans les produits de sécrétion de l'ulcère expérimental, tout comme sur les coupes histologiques de cette lésion.

M. Tomasczewski, qui a récemment publié un mémoire sur les cultures pures du bacille de Ducrey (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 298), a poussé encore plus loin l'étude de l'inoculation chancrelleuse aux animaux, en utilisant dans ses expériences des cultures pures. Il a ainsi été à même de constater que les inoculations d'une culture pure de streptobacille déterminent, chez le singe, des ulcérations qui, tant au point de vue clinique que microscopique, présentent tous les caractères du chancre mou. L'auteur a pu, en outre, obtenir avec ces ulcérations des cultures pures, sur sang gélosé, du bacille de Ducrey, cultures qu'il s'inocula et qui donnèrent lieu, à leur tour, à des chancrelles typiques. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juin 1903.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La valeur des amers contre l'anorexie et leur mode d'emploi.

Au cours de ces dernières années, la valeur eupeptique des amers a été plus d'une fois contestée; aussi nombre de médecins ont-ils renoncé à prescrire ces médicaments, auxquels on peut substituer entre autres, dans le but de provoquer une augmentation de la sécrétion gastrique, de très petites quantités d'alcalins, administrées avant le repas. A l'appui de cette opinion nettement défavorable aux amers, on pourrait invoquer les recherches de M. Tchelzov, qui, en donnant de l'extrait de quassia à hautes doses, a constaté que cette médication entrave, plutôt qu'elle ne favorise, la digestion d'un estomac sain. D'autre part, M. Reichmann a montré que dans l'estomac à jeun, dont l'activité sécrétoire est normale ou diminuée, une boisson amère produit une moindre sécrétion de suc gastrique que la simple ingestion d'eau distillée. Mais — comme l'a, du reste, fait remarquer M. H. Soulier — ces expériences et nombre d'autres analogues risquent de faire perdre le vrai point de vue auquel doit se placer le praticien pour apprécier la valeur eupeptique des amers, puisqu'elles tendent à ne prendre en considération que l'action générale de ces substances, en négligeant complètement les rapports réflexes qui semblent exister entre la *sensation amère* et l'activité stomacale. Aussi nous paraît-il utile de signaler les recherches entreprises tout récemment par M. le docteur P. Borissov, professeur extraordinaire de pharmacologie à la Faculté de médecine d'Odessa, et qui remettent la question sur son véritable terrain.

Partant de cette considération que l'effet apéritif des amers doit être surtout sous la dépendance de l'action spéciale qu'ils exercent sur les nerfs du goût, notre confrère a cherché à se rendre compte, expérimentalement, de la valeur de la sensation amère elle-même sur la digestion. A cet effet, il a institué une série d'expériences sur un chien auquel on avait pratiqué l'œsophagotomie — chez lequel, par conséquent, la substance amère, introduite dans la cavité buccale, quittait l'œsophage par le bout supérieur de ce conduit sans pénétrer dans l'estomac — et qui était en même temps porteur d'une fistule gastrique. En faisant faire à cet animal des *repas fictifs*, suivant la méthode de Pavlov, repas précédés ou non de l'introduction dans la cavité buccale d'un petit tampon d'ouate imbibée de teinture de gentiane, M. Borissov a pu se convaincre que la sensation amère, éprouvée *immédiatement avant le repas*, exerce une action stimulante très marquée sur la sécrétion gastrique. Par contre, employés de quinze à trente minutes avant le repas, les amers resteraient tout à fait inefficaces ou peu s'en faut.

Ainsi donc, ces médicaments auraient pour effet de rendre plus intenses les excitations gustatives et d'augmenter la sécrétion du suc gastrique, leur action sur les nerfs du goût étant, d'ailleurs, peu durable.

Se basant sur ces faits, notre confrère estime que l'emploi des amers contre l'anorexie reste parfaitement indiqué, mais qu'il est irrationnel de les donner à hautes doses, comme l'a fait, par exemple, M. Tchelzov. D'autre part, il conviendrait de renoncer à l'usage des amers sous forme de pilules, puisque l'action spéciale de ces substances sur les nerfs du goût se trouve alors éliminée. Enfin, on ne doit pas faire absorber les médicaments en question longtemps avant les repas. Les préparations auxquelles M. Borissov donne la préférence sont les teintures ou les macérations, administrées à la dose de dix à vingt gouttes immédiatement avant de manger.

Le bleu de méthylène dans le traitement des diarrhées.

Après avoir expérimenté, avec succès, le bleu de méthylène dans plusieurs cas graves d'entérite tuberculeuse, suivant la pratique préconisée récemment par M. le docteur L. Rénon, médecin des hôpitaux de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 220), M. le docteur Combemale, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, s'est demandé s'il ne conviendrait pas de généraliser l'emploi de ce médicament à d'autres diarrhées que celles qui résultent de la tuberculose intestinale. Les essais qu'il a institués à cet égard avec l'aide d'un de ses externes, M. Maguin, se sont montrés très encourageants. C'est ainsi que chez un addisonien, asthénique au dernier degré et qui fut pris brusquement de diarrhée, avec sept ou huit selles liquides par jour, l'administration, à deux heures d'intervalle, de trois cachets contenant chacun 0 gr. 15 centigr. de bleu de méthylène et 0 gr. 60 centigr. de lactose, a suffi pour arrêter complètement les matières; le malade ayant subitement succombé quelques jours après, on put constater à l'autopsie qu'il n'existait pas chez lui d'entérite tuberculeuse. Dans un autre cas de maladie d'Addison avec diarrhée persistante malgré l'emploi du laudanum, du bismuth et du tannin, le bleu de méthylène, pris pendant dix jours à la dose quotidienne de 0 gr. 15 centigr., parvint également à tarir le flux intestinal. Chez un dothiénentérique, admis à l'hôpital au dixième jour de la maladie, avec une diarrhée excessivement abondante (vingt à quarante selles dans les vingt-quatre heures), une seule prise de bleu de méthylène eut pour effet de réduire, pendant le nychthémère suivant, le nombre des évacuations à dix. La dose du médicament ayant ensuite été doublée, le malade n'eut plus que deux selles, de sorte qu'en quarante-huit heures, le nombre des évacuations était tombé d'une quarantaine à deux.

Sans vouloir conclure de ces quelques faits que le bleu de méthylène convient pour toutes les diarrhées, M. Combemale se croit cependant autorisé à recommander la médication dont il s'agit contre les diarrhées infectieuses, ce qui, du reste, cadre bien avec l'opinion de M. Rénon, lequel estime que dans l'entérite tuberculeuse le bleu de méthylène doit son efficacité surtout à ce qu'il s'oppose au développement des microbes d'infection secondaire.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des colorations du liquide céphalo-rachidien, d'origine hémorrhagique.

I

Le liquide céphalo-rachidien extrait par la ponction lombaire est ordinairement limpide et incolore; assez fréquemment il prend une teinte hémorrhagique par le mélange accidentel de sang du fait de la piqûre; dans quelques cas le sang auquel le liquide doit sa coloration provient de la cavité arachnoïdienne elle-même.

Dès le début de l'emploi des ponctions, on a signalé l'aspect sanguinolent du liquide dans les diverses hémorrhagies du névraxe: hémorrhagies cérébrales avec pénétration du sang dans les ventricules, hémorrhagies traumatiques par fracture du crâne, hématomes subduraux, etc.; mais les observations contradictoires ne manquent pas non plus: hémorrhagies sans liquide sanglant ou, au contraire, liquide sanguinolent sans hémorrhagie, après de simples contusions crâniennes, par exemple. De là les divergences d'opinion des auteurs sur la valeur de la ponction lombaire pour le diagnostic des hémorrhagies du névraxe.

En présence des incertitudes fréquentes laissées par les symptômes ordinaires, on ne saurait contester cependant l'utilité considérable des renseignements fournis par l'examen direct du liquide céphalo-rachidien; l'importance acquise par les multiples ponctions exploratrices qui ont précédé la ponction lombaire suffirait déjà à témoigner de ce qu'on peut attendre de celle-ci.

Dès les premières recherches on s'est préoccupé de distinguer les cas dans lesquels le sang provenait d'un mélange accidentel au cours de la piqûre, d'avec ceux où le liquide était initialement hémorrhagique; pendant longtemps on a même paru croire que le problème du diagnostic tenait tout entier dans cette distinction, parfois il est vrai assez délicate.

Au cours de mes études sur les variations du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien, je n'ai pas tardé à me convaincre que l'aspect sanguinolent du liquide extrait n'était pas le seul élément du problème clinique.

Lorsque, pour séparer les globules rouges tenus en suspension, on centrifuge le liquide aussitôt après la ponction, et, en cas de liquide sanguinolent, autant que possible avant la coagulation du sang épanché, alors même qu'on se limite aux seuls faits dans lesquels l'origine intra-arachnoïdienne du sang est certaine, à la fois de par les caractères cliniques et de par les résultats de l'autopsie, on remarque que l'aspect du liquide qui surmonte le culot hématique varie suivant les cas: tantôt ce liquide est incolore, comme à l'état normal; tantôt il présente une coloration rosée, et l'on constate les caractères chimiques et spectraux de l'hémoglobine; tantôt enfin, il a une coloration plus jaune, semblable à celle d'une solution d'acide picrique, sans offrir aucune des réactions physico-chimiques du pigment sanguin.

J'ai également observé, dès le début de mes recherches (1), que cette coloration jaune existait assez souvent seule, sans aspect sanguinolent, et qu'elle pouvait dès lors constituer par elle-même un symptôme suffisant de la présence antérieure de sang dans la cavité arachnoïdienne.

M. Lichtheim en 1895, M. Netter en 1898, avaient vu, chacun dans un cas de méningite, une coloration ambrée du liquide céphalo-rachidien, probablement de la même nature que celle que j'ai décrite en 1901 en lui attribuant une origine hémorrhagique, mais l'un et l'autre ne la signalent qu'en passant, dans le texte de l'observation, sans chercher à l'interpréter ni à préciser son origine. M. Quincke lui-même, dans son article récent (1) sur les résultats de la ponction lombaire, ne fait aucune mention de cette altération spéciale du liquide céphalo-rachidien. Depuis que j'ai attiré l'attention sur elle, cette coloration a été l'objet d'interprétations divergentes; par là, sa signification et sa valeur réelle restent un des points essentiels de la question.

Sa connaissance, due à l'étude du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien, a pour conséquence, non seulement de modifier les éléments du diagnostic, mais encore de créer des différences importantes entre les diverses hémorrhagies arachnoïdiennes. Elle permet, de plus, de suivre leur évolution, par les modifications observées au cours des ponctions successives; enfin, elle est de nature à compléter utilement nos connaissances pathologiques, non seulement sur les affections dans lesquelles l'hémorrhagie est le fait primordial ou essentiel, mais encore sur celles où une tendance hémorrhagique constitue un élément secondaire ou une complication particulière.

Je possède actuellement, sur un total de près de 300 ponctions faites dans mon service, 20 observations personnelles, dans lesquelles j'ai constaté une coloration anormale d'origine hémorrhagique, et dont l'étude, rapprochée de celle de quelques faits publiés par d'autres auteurs, permet déjà des conclusions d'une précision suffisante et d'une réelle importance.

II

Lorsque le liquide extrait par la ponction lombaire présente un aspect sanguinolent caractérisé, la nature, l'origine sanguine de la coloration ne prêtent pas au doute; la discussion ne peut porter que sur son origine accidentelle ou intra-arachnoïdienne.

Divers caractères permettent avec plus ou moins de certitude cette distinction:

En premier lieu vient le fait de l'uniformité de la teinte hémorrhagique, pendant toute la durée de la ponction, en cas d'hémorrhagie préalable du névraxe, et, au contraire, sa variabilité quand il s'agit d'hémorrhagie accidentelle. MM. Tuffier et Milian (2) ont particulièrement insisté sur la signification des variations de coloration que l'on observe en faisant exécuter à l'aiguille de petits mouvements de va-et-vient au cours de la ponction.

Le sang qui provient des tissus traversés est toujours peu abondant et ne teinte que le début de l'écoulement; celui qui peut prêter à erreur résulte de la piqûre d'une veine rachidienne, sus-dure-mérienne ou pie-mérienne suivant les cas; le fait est plus rare lorsque l'aiguille employée a un biseau très court; assez souvent des mouvements spontanés du malade suffisent à faire apparaître les variations de teinte dans l'écoulement, soit qu'ils agissent en déplaçant l'aiguille, soit qu'ils augmentent la réplétion ou la saillie des plexus veineux; à défaut, des mouvements artificiels de l'aiguille peuvent y suppléer.

M. Quincke fait remarquer, avec raison, que la coloration due aux piqûres des plexus est plus accusée que celle qui provient d'une hémorrhagie intra-arachnoïdienne préexistante.

D'après MM. Tuffier et Milian, quand l'écoulement sanguin disparaît par l'enfoncement de l'aiguille, il est dû à une veine sus-dure-mérienne; s'il disparaît par son retrait, il émane d'une veine pie-mérienne; il va de soi que les déplacements de l'aiguille doivent être assez faibles pour ne pas faire cesser l'écoulement du liquide céphalo-rachidien lui-même. Ces variations de coloration sont souvent reconnaissables à la simple inspection; elles sont mises en évidence par la réception du liquide dans une série de tubes différents.

Lorsque des variations successives, *et de sens divers*, de la teinte hémorrhagique se produisent au cours de la ponction par les mouvements du malade ou le déplacement de l'aiguille, il n'y a aucun doute sur l'origine accidentelle du mélange.

Par contre, la simple décroissance de la teinte hémorrhagique dans les tubes successifs n'a pas une valeur absolue; j'ai observé nettement cette décroissance dans des cas d'hémorrhagie d'origine intra-arachnoïdienne, sans doute par le fait d'un certain degré de sédimentation préalable du sang dans le cul-de-sac inférieur de la cavité arachnoïdienne. La meilleure preuve que cette inégalité de coloration peut être la conséquence d'une sédimentation intraméningée est donnée par la particularité qu'elle peut s'observer aussi pour la coloration ambrée, que nous étudierons plus loin.

L'uniformité de teinte dans tous les tubes n'a pas non plus de valeur absolue; M. Sicard (1) a constaté cette uniformité dans 3 cas, sans que l'autopsie ait permis de déceler un foyer hémorrhagique du névraxe, et alors que, dans l'un d'eux, 50 c.c. du liquide sanguin avaient été recueillis dans cinq tubes différents.

Cette uniformité est la règle, d'après ce que j'ai vu, lorsqu'on limite la ponction à quelques centimètres cubes, *ce qu'il convient de faire assez souvent*, pour éviter tout effet nuisible de la ponction, quand elle n'est pratiquée que dans un but de diagnostic.

La variabilité de la teinte hémorrhagique, si elle constitue la preuve de l'existence d'une hémorrhagie accidentelle, ne permet d'ailleurs de rejeter l'existence d'une hémorrhagie du névraxe que si les variations vont jusqu'à la disparition complète de tout aspect sanguinolent, à certains moments de l'écoulement. Les deux origines peuvent en effet coexister, et cela d'autant plus facilement, que c'est précisément dans les affections hémorrhagiques du névraxe que, les plexus veineux étant gorgés et turgescents, les hémorrhagies dues à leur piqûre se produisent le plus fréquemment.

Enfin, ce caractère cesse d'être utilisable quand on pratique la ponction avec mesure de pression, c'est-à-dire en imposant au liquide son ascension et son immobilité momentanée dans un tube de verre vertical.

Les détails précédents suffisent à montrer que le procédé, dit des trois tubes, tout en possédant une réelle valeur dans bien des cas, ne peut pas cependant suffire à tous les besoins.

MM. Tuffier et Milian insistent également, dans leur mémoire déjà cité, et surtout dans la thèse de leur élève Milliet (2), sur l'absence de coagulation du liquide originellement sanguinolent, opposé à la coagulation plus ou moins intense du liquide mélangé de sang frais. Cette absence de coagulation, déjà apparente à l'inspection, s'affirme par le fait que le culot hémorrhagique, formé par la sédimentation, se dissout par l'agitation du tube, ce qui permet de reproduire la teinte primitive.

Ce caractère, pas plus que le précédent, ne met à l'abri de l'erreur résultant de la coexistence des deux sources d'hémorrhagies.

Aux deux caractères précédents vient s'en ajouter un troisième, signalé par M. Sicard et son élève Mathieu (3): la teinte foncée, plus noirâtre, du sang en cas d'hémorrhagie du

(1) L. Bard. Du liquide céphalo-rachidien hémorrhagique. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 6 juillet 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 228.)

(1) H. Quincke. Ueber Lumbalpunction, *in* Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. T. VI, p. 351. Vienne, 1902.

(2) Th. Tuffier et G. Milian. Technique de la ponction lombaire dans les hémorrhagies intra-rachidiennes. (*Presse méd.*, 5 mars 1902, p. 221.)

(1) J.-A. Sicard. Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorrhagies du névraxe; absence de valeur de l'aspect sanguinolent. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 30 nov. 1901, p. 1049, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 396.)

(2) A. Milliet. De la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les hémorrhagies du névraxe. (*Thèse de Paris*, 1902.)

(3) P. Mathieu. Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien. (*Thèse de Paris*, 1902.)

névraxe; ce signe a une réelle valeur, quand il existe, mais, dans les cas récents, qui sont les plus difficiles, il est rarement assez accusé pour permettre à lui seul une affirmation positive.

Aussi, sans aller jusqu'à déclarer avec M. Sicard que l'aspect sanguinolent n'a aucune valeur, on peut bien dire que ses caractères sont loin d'être toujours suffisants pour lever tous les doutes. Il est nécessaire de tenir compte, à côté d'eux, des renseignements que peut fournir le liquide céphalo-rachidien lui-même, après séparation des éléments sanguins en suspension à l'aide de la centrifugation.

J'examinerai plus loin la valeur à cet égard des colorations anormales du liquide centrifugé, mais on ne saurait exiger leur présence pour être affirmatif, car il existe, sans aucun doute, des cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne dans lesquels le liquide centrifugé reste incolore; j'ajouterai même que c'est la règle lorsque la ponction est faite peu après l'hémorrhagie, par exemple quelques heures après l'ictus d'une hémorrhagie cérébrale. Le fait ressort à la fois de mes observations personnelles et de plusieurs cas publiés par d'autres auteurs.

A défaut de coloration anormale, on peut appeler à son aide trois ordres de phénomènes, étudiés plus récemment que les précédents, et qui, sans être spéciaux à une hémorrhagie, peuvent être utilisés dans toutes les affections du névraxe; ce sont : l'examen cytologique, dû à M. Widal; la perméabilité pathologique des méninges, de dehors en dedans, à l'iodure de potassium, étudiée notamment par M. Sicard et par M. Castaigne; enfin les variations du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien, sur lesquelles j'ai moi-même attiré l'attention il y a deux ans.

Quand le liquide est sanguinolent, l'examen cytologique présente des difficultés particulières qui le rendent rarement utilisable; il est, en effet, fort difficile de faire alors la part des leucocytes du sang extravasé et celle des cellules attribuées à la diapédèse inflammatoire, alors surtout que, la centrifugation exerçant une action inégale sur les divers éléments en suspension, quand le culot est volumineux, on ne peut accorder à leur pourcentage qu'une valeur très relative. Seule la présence de cellules endothéliales desquamées a une valeur propre, par le fait que ces éléments ne peuvent être attribués au sang lui-même.

MM. Sabrazès et Muratet (1) ont signalé récemment l'existence de cellules volumineuses renfermant des débris de globules rouges, phagocytés par elles, mais je dois avouer que je n'avais rien remarqué de pareil, et que, après la lecture de la communication en question, je n'ai pas retrouvé ces cellules dans mes anciennes préparations; les auteurs les signalent d'ailleurs « une semaine après le début des accidents »; par suite elles ne pourraient pas servir au diagnostic des cas d'hémorrhagie récente, avec liquide incolore après centrifugation.

La perméabilité méningée à l'iodure de potassium exige l'ingestion préalable de ce sel; nombreux sont les cas où l'on ne pourrait pas se donner le temps d'y avoir recours. Je n'ai aucune expérience personnelle de cette épreuve, mais il résulte d'une observation récente de MM. Chauffard, Froin et Boidin (2) qu'on ne saurait compter sur elle à une époque éloignée de l'hémorrhagie : dans un cas d'hémorrhagie méningée, avec liquide sanguinolent au début, plus tard simplement jaune, l'ingestion de 4 grammes d'iodure de potassium, vingt-quatre heures avant la ponction, n'a pas permis d'en retrouver dans le liquide rachidien, à deux ponctions faites respectivement dix-sept et vingt-deux jours après le début des accidents.

(1) J. Sabrazès et L. Muratet. Cellules endothéliales hématomacrophages dans le liquide céphalo-rachidien en cas d'hémorrhagie méningo-encéphalique. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 4 juillet 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 224.)

(2) A. Chauffard, G. Froin et L. Boidin. Formes curables des hémorrhagies méningées sous-arachnoïdiennes. (*Presse méd.*, 24 juin 1903, p. 461.)

MM. Widal et Sicard ont constaté la présence de l'iodure de potassium dans deux cas d'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire. Mais l'épreuve de la perméabilité méningée, consistant en somme dans le passage dans le liquide céphalo-rachidien de substances dissoutes dans le sang, ne permet pas de distinguer si ces substances ont pénétré par transsudation à travers les méninges, ou par effraction avec le sang lui-même; par suite, si elle peut être utile dans les cas de liquide non sanglant, elle ne permettrait pas de distinguer le mélange de sang par hémorrhagie accidentelle d'avec une hémorrhagie intra-méningée préalable. Pour le même motif elle ne pourrait pas servir, comme le propose M. Sicard, à reconnaître le siège sus ou sous-dure-mérien de l'hémorrhagie.

La détermination du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien est un procédé plus simple et qui me paraît le plus sûr. J'ai indiqué il y a quelques mois, dans ce journal même (1), les principes et les règles de cette méthode d'examen, en même temps que les principaux résultats que m'avait donnés cette étude. A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien ne commence à dissoudre les globules rouges du porteur qu'à la dilution de 12 gouttes d'eau distillée pour 10 gouttes de liquide; en cas d'hémorrhagie méningée, quelle qu'en soit l'origine, ce pouvoir subit une élévation rapide, qui permet cette action dissolvante à des dilutions bien inférieures, dès 4 à 6 gouttes d'eau distillée le plus souvent. Par suite, en cas de liquide sanguinolent, l'existence d'un pouvoir hémolytique exalté sera en faveur d'une lésion hémorrhagique, tandis que sa conservation sera en faveur d'une hémorrhagie accidentelle.

La conclusion à tirer de cet examen devra cependant rester subordonnée aux autres données de l'étude clinique. D'une part, l'élévation du pouvoir hémolytique n'aura pas de valeur, s'il y a des présomptions en faveur de l'existence d'une autre lésion de l'axe nerveux susceptible d'exercer la même influence, telle qu'une méningite aiguë ou chronique, de quelque nature qu'elle soit. D'autre part, la constatation d'un pouvoir hémolytique normal ne pourra être invoquée que contre l'hypothèse d'hémorrhagie récente, parce que l'observation prouve que l'exaltation initiale, provoquée par les hémorrhagies, est suivie d'un effet de réaction inverse dans les jours qui suivent.

La première cause d'erreur est très atténuée de ce fait que le ramollissement embolique ne modifie pas le pouvoir hémolytique. La seconde, qui ne permet d'utiliser la réaction hémolytique que dans une période assez courte après la production de l'hémorrhagie elle-même, ne diminue pas sensiblement sa valeur pratique, car, comme nous le verrons plus loin, c'est uniquement dans cette courte période que le liquide reste incolore au-dessus du culot de centrifugation.

III

Le second groupe de faits, celui dans lequel le liquide sanguinolent présente, après centrifugation, une coloration due à l'hémoglobine, est le plus simple et ne nous arrêtera pas longtemps.

La nature de la coloration ressort avec évidence des réactions chimiques ou spectroscopiques : coloration bleue par l'action du mélange de gaïacol et d'essence de térébenthine, raies spectrales de l'hémoglobine.

Je n'ai jamais rencontré, et je ne sache pas qu'il ait été signalé, de cas où l'hémoglobine dissoute ait été constatée sans la coexistence d'un culot hémorrhagique.

(1) L. Bard. Des variations pathologiques du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 9-12.)

Le plus souvent la coloration est mixte, jaunâtre plutôt que rosée, parce qu'elle est due en partie à de l'hémoglobine dissoute, en partie à la coloration ambrée que nous étudierons dans le paragraphe suivant : on reconnaît cette superposition à la teinte plus jaune que rosée, et à la discordance qui existe entre la coloration assez fortement accusée et la faible intensité des réactions de l'hémoglobine dissoute. La part qui revient à chacun des deux éléments serait difficile à préciser; on ne peut guère que s'en faire une idée approximative, basée sur le degré de la discordance signalée ci-dessus.

La présence de l'hémoglobine dans le liquide est, aux yeux des quelques auteurs qui l'ont constatée, parfaitement caractéristique de l'origine intra-arachnoïdienne de l'hémorrhagie. Il est fort rare, en effet, qu'il en soit autrement; je dois cependant signaler deux causes d'erreur qu'il ne faudrait pas complètement oublier à l'occasion.

Le pouvoir hémolytique du liquide peut être assez exalté dans certaines méningites pour laquer le sang sans addition d'eau distillée; en pareille occurrence une hémorrhagie accidentelle donnerait par suite au liquide centrifugé une coloration hémoglobinique pouvant induire en erreur. Le cas échéant, l'erreur pourrait sans doute être évitée, par ce fait que la coloration serait franchement rosée, c'est-à-dire hémoglobinique pure, sans mélange de teinte ambrée.

La seconde cause d'erreur, purement technique, peut résulter de l'entraînement, par le jet de liquide, de sang coagulé et desséché dans la canule, résultant de tentatives d'abord infructueuses de pénétration. J'ai constaté le fait dans un cas où la ponction ne fut réussie qu'après plusieurs essais; le premier tube avait un aspect légèrement sanguinolent, le liquide centrifugé était rosé et donnait les réactions de l'hémoglobine; les tubes ultérieurs étaient incolores et limpides dès l'origine, les premières gouttes ayant lavé l'aiguille. Il suffit d'être prévenu de la possibilité de cette cause d'erreur pour l'éviter facilement.

IV

Le troisième groupe de liquides hémorrhagiques, celui dans lequel le liquide centrifugé a une coloration jaune ne présentant pas les réactions de l'hémoglobine, est particulièrement intéressant; il a soulevé des opinions divergentes et il exige des développements plus étendus.

La coloration jaune, dont il s'agit, se rencontre, avec des caractères identiques : tantôt reconnaissable seulement après centrifugation au-dessus du culot, dans un liquide d'aspect plus ou moins sanguinolent au moment de sa sortie; tantôt appréciable d'emblée, dans un liquide, d'ailleurs limpide, ne contenant pas d'autres éléments sanguins que les quelques globules rouges qui manquent rarement, et dont la traversée des tissus superficiels suffit à expliquer la présence. Dans les deux cas le liquide se décolore lentement, si on le laisse exposé à la lumière.

Dès ma première publication sur ce point, j'ai rattaché cette teinte jaune à la formation d'un pigment dérivé de l'hémoglobine, reliquat d'exsudats hémorrhagiques transformés par l'action du liquide céphalo-rachidien; tout ce que j'ai observé depuis n'a fait que me confirmer dans cette manière de voir, bien que celle-ci ait contre elle le fait que ce pigment ne présente aucun des caractères physiques ou chimiques de l'hémoglobine.

Comme je l'ai dit au début de cet article, cette coloration avait déjà été aperçue dans des cas de méningite, sans avoir été l'objet d'une étude spéciale; depuis que je lui ai attribué une origine hémorrhagique, elle a été retrouvée par

plusieurs cliniciens au cours d'hémorrhagies du névraxe de diverses natures : fracture du crâne, hémorrhagie cérébrale, hématomyélie et hématorachis, pachyméningite hémorrhagique.

Par contre, les auteurs qui l'ont observée n'ont pas accepté mon interprétation; les uns, avec MM. Tuffier et Milian, lui dénient toute importance au point de vue du diagnostic des hémorrhagies; les autres, avec MM. Widal et Sicard, acceptent cette importance : M. Sicard va même jusqu'à considérer cette teinte comme seule caractéristique de l'existence d'une hémorrhagie; mais les uns et les autres, frappés de sa ressemblance avec le prétendu pigment normal du sérum, la lutéine, s'accordent à la faire provenir du sang circulant.

MM. Tuffier et Milian proposent le nom de xanthochromie pour désigner cet aspect du liquide céphalo-rachidien, et ils expliquent les variations de son intensité par les variations mêmes de coloration du sérum sanguin, suivant les sujets et les états pathologiques, telles qu'elles résulteraient des travaux de M. Gilbert et de ses élèves. La teinte serait due au sérum même du sang épanché; si l'on constate que « à la teinte rouge succède une teinte jaunâtre en l'absence d'hématies, cela tient à la persistance dans le liquide du pigment normal du sérum, alors que les hématies ont disparu. On comprend dès lors que la teinte jaune puisse être le seul signe de l'hémorrhagie, cela dépend de l'époque à laquelle est faite la ponction du rachis » (1).

Outre que l'on ne voit pas pourquoi le pigment du sérum du sang épanché persisterait plus longtemps que les hématies dans la cavité arachnoïdienne, cette interprétation tombe devant le fait, constaté à diverses reprises, que la xanthochromie ne se produit qu'un temps assez long après l'hémorrhagie, ce qui ne devrait pas arriver si la couleur était due au sérum du sang épanché, au lieu de dériver d'une altération secondaire des globules rouges extravasés. MM. Tuffier et Milian admettent d'ailleurs, autre part, que cette xanthochromie se produirait surtout dans les hémorrhagies infectées, sous l'influence des microbes, ce qui ne cadrerait guère avec leur théorie sérochromique.

Du moins ces auteurs sont-ils d'accord avec leur propre interprétation, quand ils concluent que la xanthochromie est un fait d'exception, qu'on retrouve ailleurs que dans les hémorrhagies intrarachidiennes, dans les méningites à pneumocoques, par exemple, et que par suite « la teinte rouge vif, rouge cerise » est seule vraiment pathognomonique.

M. Sicard, après avoir accepté mon interprétation dans sa première communication (2), au point de faire de la présence de ce pigment, sous le nom de chromodiagnostic, le caractère essentiel des hémorrhagies du névraxe, s'est rallié plus tard à la théorie sérochromique (3), tout en restant fidèle à la valeur du symptôme pour le diagnostic. Il est vrai qu'il évite de trop préciser son origine, puisqu'il se contente de dire que la coloration peut se faire « aux dépens du caillot sous une influence isotonique ou de filtration probable ».

Pour expliquer la présence de cette coloration dans quelques cas de méningite, M. Sicard est tenté d'incriminer une ponction antérieure, s'étant accompagnée d'hémorrhagie accidentelle (4), explication inadmissible, au moins dans mes cas personnels, la xanthochromie ayant été constatée à la première ponction.

(1) Th. Tuffier et G. Milian. (*Loc. cit.*)

(2) J.-A. Sicard. (*Loc. cit.*)

(3) J.-A. Sicard. Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien (hémorrhagies du névraxe, méningites, ictères). (*Presse méd.*, 25 janv. 1902, p. 90.)
Voir aussi : P. Mathieu. (*Loc. cit.*)

(4) J.-A. Sicard. Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorrhagies du névraxe; absence de valeur de l'aspect sanguinolent. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 30 nov. 1901, p. 1050, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 396.)

Plus tard, il a reconnu qu'on pourrait aussi l'attribuer à de petites hémorrhagies par des raptus vasculaires dans la pie-mère enflammée.

M. Widal pense qu'elle pourrait être due au passage dans les méninges du sérochrome du sang circulant, à la faveur des troubles de perméabilité et d'isotonie, qui existent dans les méningites; mais nous avons déjà vu que M. Chauffard a constaté l'absence de perméabilité à l'iodure, précisément dans un cas avec xanthochromie.

En réalité, toutes ces interprétations sont tirées de trop loin, et ma manière de voir est la seule qui cadre réellement avec les faits d'observation, notamment avec cette donnée, constante dans les grandes hémorrhagies, que le liquide est d'abord sanguinolent sans coloration anormale du liquide centrifugé; tandis que la coloration hémoglobinique par laquage et surtout la coloration ambrée spéciale ne surviennent qu'ultérieurement.

Celle-ci disparaît à son tour plus ou moins vite, mais toujours notablement plus tard que les hématies elles-mêmes. Elle apparaît de quelques heures à deux ou trois jours après l'hémorrhagie et prend fin au bout de trois ou quatre semaines en moyenne. D'après M. Sicard, elle pourrait être retardée jusqu'à quatre et six jours en cas de petit foyer hémorrhagique, mais il ne précise pas s'il s'agissait alors de liquide sanguinolent ou de liquide simplement ambré.

La perte complète des caractères physico-chimiques de l'hémoglobine s'explique assez facilement par les propriétés du liquide céphalo-rachidien, quand on considère, d'une part, que ce liquide contient normalement des oxydases assez énergiques, et, d'autre part, qu'il agit exactement de même sur les pigments biliaires. On sait, en effet, depuis les observations de MM. Gilbert et Castaigne, que le liquide céphalo-rachidien peut être jaune et présenter la réaction des pigments biliaires dans certains cas d'ictère; d'après MM. Widal, Sicard et Ravaut (1), dans la règle, le liquide jaune ne présente alors ni la réaction signalée, ni les qualités spectrales des pigments biliaires. Ces derniers auteurs admettent qu'il s'agit d'un pigment dérivé, plus diffusible que le pigment originel. Il me paraît plus vraisemblable d'admettre que les pigments biliaires perdent plus ou moins vite leurs réactions habituelles au contact du liquide céphalo-rachidien, tout comme l'hémoglobine mise en liberté par des foyers hémorrhagiques.

J'ai cherché à en fournir la démonstration directe en injectant du sang défibriné dans la cavité arachnoïdienne d'un chien, avec l'intention de constater par des ponctions ultérieures les transformations qu'il aurait subies; malheureusement, j'ai bien réussi à injecter le sang, mais les ponctions ultérieures de contrôle ont échoué, et je n'ai pas renouvelé ces tentatives. M. Mathieu (2) a fait la même expérience sur trois chiens, avec plus de succès, puisqu'il a pu renouveler les ponctions jusqu'à 3 fois chez chaque animal; à la lecture de ses résultats, on constate que, après vingt-quatre heures, le liquide était sanguinolent, mais incolore après la centrifugation; au bout de deux à huit jours, il présentait une teinte jaune sale et les globules avaient disparu; après dix jours, il avait retrouvé sa limpidité et son aspect incolore. On voit que ces données concordent parfaitement avec ma manière de voir, bien que leur auteur soit un partisan de la théorie sérochromique; malheureusement il est bien dit que le liquide était jaune après centrifugation,

(1) F. Widal, A. Sicard et P. Ravaut. Présence d'un pigment dérivé dans le liquide céphalo-rachidien au cours des ictères chroniques. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 8 fév. 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 52.)

(2) P. Mathieu. (*Loc. cit.*)

mais on n'a pas cherché à savoir s'il présentait ou non les réactions de l'hémoglobine.

Dans les cas de méningite où elle se rencontre, la teinte ambrée reconnaît également une origine hémorrhagique, tantôt par le fait de simples suffusions sanguines dues à l'intensité des phénomènes congestifs, tantôt même par le fait d'un processus assez intense pour mériter le nom de *méningite hémorrhagique*.

Cette constatation diminue la valeur absolue qu'on serait tenté d'attribuer à la xanthochromie pour le diagnostic des grandes hémorrhagies, ou plutôt il oblige à interpréter sa présence dans chaque cas particulier. La coloration ambrée plaide en faveur d'une hémorrhagie proprement dite, quand elle coïncide avec l'aspect sanguinolent du liquide, ou au moins avec son caractère histologique hémorrhagique, révélé par la formation d'un culot hématique assez abondant après centrifugation; de même encore, quand, existant seule, il s'est écoulé depuis le début de l'affection hémorrhagique, ictus ou traumatisme, un temps suffisant pour avoir permis la disparition des hématies, plus précoce que celle du pigment transformé.

Au cours des méningites, la xanthochromie révèle le caractère hémorrhagique de l'inflammation, dont témoigne ensuite à l'autopsie, comme je l'ai constaté à plusieurs reprises, la coloration hématique des méninges elles-mêmes, plus ou moins généralisée; mais, alors même que la coloration ambrée serait accompagnée d'aspect sanguinolent, on se gardera en pareil cas d'affirmer l'existence d'une hémorrhagie proprement dite.

Les détails qui précèdent montrent qu'il n'y a pas lieu d'affirmer, *a priori*, la supériorité de l'aspect sanguinolent ou celle de la xanthochromie; qu'ils soient isolés ou réunis, ces deux phénomènes présentent chacun leur signification particulière; ils peuvent se compléter, ils ne sauraient se suppléer l'un l'autre.

A côté de la xanthochromie d'origine hémorrhagique, il y a lieu de faire une place à la *xanthochromie d'origine biliaire*. Jusqu'à nouvel ordre, il n'y a malheureusement aucun caractère objectif qui permette de les distinguer l'une de l'autre. L'origine biliaire sera présumée, ou du moins l'origine hémorrhagique restera en suspens, toutes les fois que le sujet présentera de l'ictère; peut-être pourrait-on tenir compte en quelque mesure, en pareil cas, de l'examen cytologique ou hémolytique; je n'ai pas sur ce point une expérience suffisante pour être affirmatif. Le seul fait de xanthochromie d'origine ictérique, sans méningite, que j'ai étudié présentait un pouvoir hémolytique à peine exalté (à 10 gouttes); il n'y avait pas de leucocytes, pas de réaction nette des pigments biliaires; par contre on notait un léger obscurcissement de la partie droite du spectre.

Dans un cas de méningite hémorrhagique septique, avec ictère, le liquide sanguinolent, très coloré après centrifugation, donnait à la fois les réactions chimiques et spectrales de l'hémoglobine et celles des pigments biliaires, celle-là paraissant cependant plus abondante que ceux-ci. Il est probable que, chez ce sujet, les pigments biliaires avaient passé dans la cavité arachnoïdienne avec le sang lui-même par effraction; il est remarquable de voir que l'hémoglobine et les pigments biliaires avaient conservé tous les deux également leurs réactions originelles, par le fait sans doute du peu de temps écoulé depuis leur entrée commune en contact avec le liquide céphalo-rachidien.

On doit se demander si, à côté des xanthochromies d'origine hémorrhagique et d'origine biliaire, il y aurait lieu de faire place aussi à une *xanthochromie d'origine sérochromique*. Il ne serait assurément pas illogique de penser, avec M. Widal, que le liquide céphalo-rachidien, par sa limpidité et son absence de coloration, est particulièrement apte à mettre en évidence

les pigments dérivés en circulation dans le sang, qui passeraient inaperçus dans les urines et dans les diverses sérosités, parce que leur coloration se confondrait avec la coloration naturelle de ces humeurs. Tout ce que je puis dire, c'est que je n'ai observé aucun fait de nature à justifier cette interprétation.

J'ai réuni 20 cas personnels de liquide coloré indépendant de l'ictère; dans 18 d'entre eux, l'origine hémorrhagique de la coloration est amplement justifiée par l'affection causale : ils comprennent notamment 9 hémorrhagies cérébrales, 1 fracture du crâne avec hémorrhagie, 6 méningites aiguës, dont 3 avec aspect sanguinolent et 3 avec xanthochromie seule.

Les deux autres observations, il est vrai, concernent des méningites chroniques spinales, de diagnostic plus ou moins douteux, l'une d'origine traumatique, l'autre d'origine syphilitique; dans les deux cas il s'agissait de xanthochromie légère, sans aspect sanguinolent. La question de l'origine sérochromique pourrait, à la rigueur, se poser pour ces deux faits, surtout pour le premier, dans lequel trois ponctions différentes ont été faites en trois semaines, toutes les trois colorées, mais avec une intensité quelque peu différente. Ces cas remontent, l'un et l'autre, au début de 1901; leur étude n'a pas été aussi attentive qu'elle eût pu l'être à une période plus avancée de mes recherches; il serait cependant fort imprudent de tirer d'eux pareille conclusion, d'autant plus que M. Sicard (1) a constaté également la coloration ambrée dans un cas de méningite pottique et dans un autre de méningite chronique mal déterminée. Il est plus vraisemblable d'expliquer ces divers faits en admettant que de petites suffusions hémorrhagiques, et par suite la xanthochromie, peuvent se produire, quoique plus rarement, dans certains cas de méningite chronique comme dans ceux de méningite aiguë.

V

La connaissance plus exacte des diverses colorations du liquide céphalo-rachidien d'origine hémorrhagique : aspect sanguinolent, coloration hémoglobinique et xanthochromie simple, isolés ou combinés, est de nature à rendre de réels services pour le diagnostic, et même pour l'étude pathologique plus approfondie des affections hémorrhagipares du névraxe. Le sujet ne pourra être épuisé que par de nombreuses observations, mais dès à présent quelques résultats sont acquis, qui me paraissent dignes d'être signalés.

L'hémorrhagie cérébrale est la première affection à considérer. Le liquide ne présente des colorations d'origine hémorrhagique que si l'hémorrhagie a pu atteindre la cavité arachnoïdienne, soit par effraction directe, soit par diffusion à travers une mince paroi. Sur 8 cas de cette lésion, vérifiés à l'autopsie, j'ai constaté 5 fois des colorations d'origine hémorrhagique, 3 fois un liquide incolore. Dans deux de ces derniers faits, la ponction avait été pratiquée trois et cinq jours après l'ictus; l'autopsie a révélé des hémorrhagies de sièges divers, mais toutes profondes, sans communication avec la surface de l'encéphale; dans le troisième, la ponction avait été faite douze heures après le début des accidents; il s'agissait d'une intoxication par le gaz d'éclairage et l'autopsie a révélé des hémorrhagies miliaires multiples. Dans les trois cas le pouvoir hémolytique était exalté, mais à un moindre degré que dans les hémorrhagies avec liquide sanguinolent.

On peut joindre à ces 5 observations avec réaction positive, 4 autres de même ordre, dont 3 suivies de mort sans autopsie et une terminée par guérison, ce qui porte à 9 les faits utilisables. Je ne tiens pas compte des cas d'apoplexies avec liquide limpide et suivies de guérison, dont quelques-unes pouvaient être des hémorrhagies, le diagnostic n'étant jamais assez sûr en pareille occurrence. Sur les 9 observations, 7 fois le liquide était sanguinolent, 2 fois seulement il était simplement xanthochromique. Sur les 7 cas de liquide sanguinolent, dans 2 seulement, où la ponction avait été faite dix-huit heures et trente-six heures après l'ictus, le liquide était incolore après centrifugation; pour les 7 autres, la ponction ayant été faite de deux à onze jours après l'ictus, il présentait une coloration marquée et donnait plus ou moins accusées les réactions positives de l'hémoglobine. Dans l'un des 2 cas de liquide incolore après centrifugation, le malade a guéri; une seconde ponction, faite sept jours après l'ictus, a fourni un liquide encore sanguinolent, mais cette fois avec coloration et réaction positive au gaïac; à une troisième ponction, dix-sept jours après l'ictus, le liquide ne donna plus au gaïac qu'une réaction douteuse et très lente, tandis que la teinte ambrée était encore bien marquée.

J'ajouterai que, des nombreux malades atteints d'hémiplégie d'origine embolique qui ont été ponctionnés, aucun n'a montré de liquide coloré.

Indépendamment de l'utilité de la recherche des colorations d'origine sanguine pour le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale, ces faits mettent en relief deux données pathologiques d'un certain intérêt :

D'une part, le pourcentage élevé des décès dans les cas à réaction positive, 8 sur 9, soit 88 %; d'où l'on est en droit de conclure, ce qui ne saurait étonner, que la pénétration du sang dans la cavité arachnoïdienne aggrave notablement le pronostic;

D'autre part, la longue persistance des réactions de l'hémoglobine dans le liquide méningé, ce qui permet de penser que le suintement hémorrhagique se poursuit assez longtemps après l'ictus initial.

Il y a lieu de rapprocher des faits précédents un cas d'hémiplégie droite progressive, au cours d'une tumeur cérébrale très vasculaire, piquetée d'hémorrhagies miliaires interstitielles. A une première ponction, le liquide était sanguinolent, peut-être par piqûre veineuse accidentelle, et de plus ambré après centrifugation, avec réaction au gaïac négative; à une seconde ponction, quelques jours plus tard, il était redevenu incolore. Je rappellerai à ce propos que M. Sicard a constaté aussi une très légère coloration ambrée dans deux cas de tumeurs cérébrales, que l'autopsie a montrées également être très vasculaires.

Vient ensuite une observation d'hémorrhagie méningée, par fracture du crâne suivie de mort au troisième jour; la ponction avait été faite deux jours après la chute; le liquide sanguinolent était légèrement coloré après centrifugation; malheureusement on a omis de lui faire subir les recherches nécessaires pour distinguer la teinte hémoglobinique de la teinte ambrée.

Enfin un cas d'hémiplégie légère, survenue chez un alcoolique présentant quelques troubles intellectuels antérieurs, et ramassé en état d'ivresse, a montré un liquide fortement ambré, avec réaction au gaïac négative. Une fracture de l'extrémité inférieure du radius et quelques ecchymoses révélaient une chute, sans qu'on ait pu savoir si elle avait été la cause ou le résultat des accidents. La ponction avait été faite deux jours après l'entrée à l'hôpital. Le malade a guéri ou plutôt a quitté le service très amélioré; le diagnostic le plus probable fut celui de pachyméningite hémorrhagique alcoolique.

D'après les chirurgiens, assez nombreux, qui se sont occupés de la question (1), la constatation d'un liquide hémorrhagique ne permet pas d'affirmer l'existence d'une fracture du crâne après un traumatisme, les simples contusions, sans lésion osseuse, pouvant s'accompagner d'épanchement sanguin intradural.

En somme, les 12 cas — sur les 20 observés — dont il vient d'être question concernent indubitablement des hémorrhagies du névraxe de diverses causes; restent 8 cas observés dans des méningites; 2 sont des méningites chroniques, dont j'ai déjà parlé plus haut; 6 sont des méningites aiguës, qui ne représentent qu'une faible fraction du nombre total des méningites ponctionnées dans le service au cours de la même période. Ils se divisent en deux groupes :

Le premier comprend 3 observations de méningite tuberculeuse terminée par la mort; dans les trois, le liquide n'était pas sanguinolent, mais simplement ambré, avec réaction négative au gaïac. L'autopsie a été faite dans deux cas : dans l'une, pratiquée au début de 1901, il n'est rien noté de spécial; dans l'autre, plus récente, on a constaté de très rares granulations arachnoïdiennes cérébrales et, par contre, une méningite spinale très accusée, avec hyperhémie très accusée de la moelle, une coloration purpurique et de petits foyers ecchymotiques sur la portion intra-méningée des racines rachidiennes.

Le second groupe comprend 3 méningites septiques, dont deux suivies de guérison, et une terminée par la mort. Des deux premières, l'une est une méningite cérébro-spinale purulente, classique, qui a donné lieu à trois ponctions : une première, onze jours après le début de la maladie, permit de recueillir un liquide sanguinolent, dont la teinte était d'ailleurs décroissante avec la prolongation de l'écoulement, et qui, après centrifugation, offrait une coloration marquée avec réaction de l'hémoglobine et présence de cellules polynucléaires; une deuxième ponction, huit jours après, fournit un liquide non sanguinolent, limpide, mais ambré, de teinte décroissante à mesure que l'écoulement se prolongeait, avec épreuve au gaïac et examen spectroscopique négatifs, et renfermant des lymphocytes peu nombreux. Enfin, une troisième ponction, huit jours plus tard, donna un liquide incolore.

La seconde concernait un enfant de trois ans, au dixième jour d'une pneumonie lobaire, avec des phénomènes méningitiques très accusés depuis trois jours; le liquide, ni sanguinolent, ni purulent, sans éléments figurés, était légèrement ambré, sans réaction au gaïac; en somme c'était là une méningite métapneumonique encore séreuse. La ponction fut suivie d'une sédation immédiate et la guérison survint en quelques jours.

Enfin, le dernier est spécialement intéressant : il mérite vraiment le nom de lepto-méningite hémorrhagique. Il a trait à un homme de cinquante-deux ans, alcoolique, qui a succombé en une dizaine de jours à des phénomènes méningitiques fébriles, avec délire prédominant, avec ictère, en partie explicable par de la cholélithiase et de la péricholécystite, avec hémiplégie droite incomplète mais progressive, survenue cinq ou six jours après le début des accidents. Une ponction faite au quatrième jour a donné issue à un liquide très sanglant, ne se coagulant pas, très coloré après centrifugation, contenant d'ailleurs à la fois de l'hémoglobine et des pigments biliaires, et sur lequel je me suis expliqué déjà plus haut. A l'autopsie, il existait une très forte hyperhémie de la surface interne de la dure-mère, avec de très rares ecchymoses, une hyperhémie veineuse très forte de la pie-mère, avec, sur toute la corticalité, une teinte rouge uniforme, purpurique, sans exsudat, et sans hémorrhagie proprement dite.

L'acuité des accidents, toute l'évolution clinique concordaient à éloigner ce cas des pachyméningites alcooliques banales; il démontre nettement que les méninges partagent avec les

(1) J.-A. SICARD. Le liquide céphalo-rachidien. Paris, 1902.

(1) Voir la discussion qui a eu lieu l'année dernière à la Société de chirurgie de Paris.
Voir aussi : F. BERNASCONI. Sur la valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures du crâne et du rachis. (*Thèse de Lyon*, 1902.)

autres séreuses la propriété de présenter des inflammations hémorrhagiques aiguës, dont l'étude, qui reste à faire, ne sera pas la contribution la moins importante apportée par la ponction lombaire à la connaissance des affections du névraxe.

Dr L. Bard,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1903.

De la syphilisation du singe.

M. Hamonic rappelle, à propos des récentes communications de M. Metchnikoff relatives à l'inoculation de la syphilis aux singes anthropoïdes (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 247 et Annexes, p. CXLI), que Martineau a déjà réussi, il y a plus de vingt ans, à transmettre la syphilis à un singe macaque (Voir *Semaine Médicale*, 1882, p. 211, 1883, p. 11, 23 et 286 et 1884, p. 94).

La maladie s'était manifestée chez cet animal par une ulcération typique de la verge, qui fut suivie d'une induration persistante et d'adénites polyganglionnaires indolores. Cinquante-six jours après l'éclosion du chancre, on vit apparaître au niveau de la verge un certain nombre de plaques érosives présentant tous les caractères des syphilides ulcéreuses de la période secondaire; quelques-unes de ces plaques subirent la transformation papuleuse et l'une d'elles la transformation papulo-diphtéritique. Enfin, au bout de dix mois, l'animal eut une syphilide ulcéreuse de la muqueuse palatine, suivie quelque temps après de plusieurs autres accidents du même genre, et, en outre, d'une attaque épileptiforme.

Traitement de la gastro-entérite des nourrissons par le lait acidifié.

M. de Rothschild relate un certain nombre de cas de gastro-entérite des nourrissons, qu'il a traités par l'administration de lait privé de matières grasses par centrifugation et acidifié au moyen de cultures pures de ferment lactique. Dès le premier jour qui suit cette médication, les garde-robes se modifient et le poids des petits malades augmente. Sur 14 enfants atteints de formes graves de gastro-entérite avec fièvre, qui ont été traités par cette méthode depuis le 1er juillet, 13 ont guéri et il n'y a eu jusqu'à présent qu'une seule récidive.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 octobre 1903.

Rupture intrapéritonéale de la vessie, consécutive à une fracture du bassin.

M. Bazy. — Je suis chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Lafourcade (de Bayonne), relative à un cas de double fracture verticale du bassin, compliquée de rupture intrapéritonéale de la vessie; il s'agit d'un homme de trente-deux ans, qui avait été pris sous un éboulement. On fit le diagnostic de la complication vésicale après l'accident, mais l'intervention chirurgicale fut refusée, et c'est seulement quarante-huit heures plus tard que le blessé fut transporté à Bayonne, où notre confrère put l'opérer à la cinquante-sixième heure; il trouva une déchirure intrapéritonéale de la vessie, longue de 6 centimètres, et sutura cette déchirure, en drainant seulement la vessie au moyen d'une sonde uréthrale; malgré le retard apporté à l'intervention et l'état très grave du malade, celui-ci a guéri.

M. Reynier. — Je me demande pourquoi on n'a pas mis une sonde à demeure immédiatement après l'accident, comme on doit le faire chaque fois que, en présence d'une fracture du bassin, on peut soupçonner l'existence d'une rupture de la vessie.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Hartmann. — A propos de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet avant les vacances, je tiens à dire que, dans un cas de fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale, j'ai eu recours avec avantage, comme M. Reclus, au débridement latéral du vagin, et j'ai employé avec succès le procédé d'avivement décrit par M. Braquehaye (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 363), que je considère comme excellent pour les faits de ce genre.

M. Reclus. — Chez une malade que j'ai vue récemment, et qui est atteinte d'une fistule recto-vaginale, je me propose de pratiquer également le débridement vaginal, pour faciliter l'accès de la fistule.

M. Richelot. — J'ai contribué à faire connaître le procédé de Braquehaye, que je crois très bon et qui m'a, dans plusieurs cas, donné des résultats parfaits (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 348 et 1901, p. 389).

M. Bazy. — J'ai pu toujours, dans le traitement des fistules vésico-vaginales, me passer du débridement du vagin, même dans deux cas de fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale; quant au procédé de Braquehaye, je me demande s'il est réellement préférable à l'ancien procédé de décollement.

M. Chaput. — J'ai souvent eu recours au débridement latéral du vagin, et j'ai jadis décrit à ce propos une technique spéciale (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 172); le débridement est une excellente opération, lorsqu'il s'agit d'aborder le fond d'un vagin étroit.

Luxation du genou en dehors.

M. Bazy. — M. Girou (d'Aurillac) nous a envoyé une observation de luxation rare du genou, au sujet de laquelle je dois vous présenter un rapport. A la suite d'un traumatisme direct sur le genou droit, une luxation complète de la jambe en dehors s'était produite, et notre confrère a été assez heureux pour en obtenir la réduction sans chloroforme; un appareil de Scultet fut appliqué immédiatement, puis remplacé le lendemain par un appareil plâtré qu'on maintint pendant trois semaines; après une série de séances de massage, la guérison a été obtenue.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer un cas de ce genre, lorsque j'étais chef de clinique de Richet; la réduction fut faite sous le chloroforme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre 1903.

Recherche de la rétention des chlorures.

M. Achard. — La rétention des chlorures dans l'organisme se démontre en établissant pour ces substances le bilan des entrées et des sorties : à cet égard, l'épreuve de la chlorurie alimentaire (ingestion de 10 grammes de chlorures) est le procédé de choix; on peut aussi, dans le même but, déterminer exactement la quantité de sel absorbé avec les aliments.

On ne saurait considérer comme une preuve de rétention l'élévation de la concentration moléculaire du sérum, même lorsqu'elle est excessive, comme dans un cas relaté par M. Widal, car les chiffres forts indiqués par la cryoscopie répondent d'ordinaire à des sérums troubles et teintés; il est donc possible que ces sérums contiennent des substances qui ont diffusé hors des globules au moment de la coagulation, de sorte que la concentration du sérum, liquide cadavérique, ne représente pas celle du plasma vivant. En outre, le taux des chlorures dans le sang peut rester normal chez les brightiques dont le sérum a une concentration élevée : on n'est dès lors nullement autorisé à imputer cette élévation aux chlorures. Enfin, quand bien même il y aurait augmentation des chlorures dans le sang, la concentration élevée du sérum n'indiquerait pas la rétention dans les tissus, car cette concentration peut croître lorsque cesse la rétention.

On ne doit pas non plus considérer l'hypochlorurie comme une preuve de rétention quand on ne tient pas compte des chlorures absorbés. Aussi l'hypochlorurie notée par M. Widal chez des lapins atteints de néphrite toxique ne permet-elle pas de conclure à l'existence d'une rétention des chlorures. En reprenant ces expériences avec M. Lœper, j'ai constaté que les lapins intoxiqués peuvent excréter moins de chlorures parce qu'ils mangent moins que les animaux sains, et l'épreuve de l'injection de chlorure est susceptible de montrer qu'ils sont indemnes de rétention.

Par les pesées, on ne peut généralement apprécier chez les malades que les variations de la rétention. Mais dans les expériences ce moyen permet de reconnaître l'existence même de la rétention. En déterminant l'anurie chez des lapins par ligature du pédicule des reins, avec M. Lœper, j'ai constaté que si l'on prive ces animaux de toute alimentation solide ou liquide, ils perdent moins de leur poids que des animaux sains soumis en même temps au même jeûne; perdant moins, ils retiennent donc davantage. Et si l'on prend deux animaux rendus anuriques et qu'on leur injecte une dose inégale de chlorure, c'est celui qui a reçu la plus forte dose qui perd le moins et par conséquent qui retient le plus.

Je ferai remarquer que, dans ces expériences, la perte de poids ne peut être attribuée, comme l'a fait M. Widal, à un excès de déshydratation aqueuse par les poumons, car, bien au contraire, le sang et les tissus contenaient une plus forte proportion d'eau que chez les animaux témoins.

Enfin, le dosage des chlorures dans le sang et les sérosités, qu'on serait tenté de considérer comme un bon moyen de dépister la rétention, est en réalité médiocre, parce que des actes régulateurs interviennent pour diluer les chlorures dès que leur taux s'élève. On peut seulement, par le dosage, saisir l'augmentation passagère du taux des chlorures dans les humeurs après une forte chloruration, comme je l'ai vu avec M. Lœper.

C'est, en somme, l'épreuve de l'ingestion des chlorures qui est le procédé le plus sûr pour reconnaître la rétention. Mais elle doit être employée avec prudence, si l'on veut éviter de provoquer cette rétention ou de l'aggraver, ce qui se produit surtout, il est vrai, quand on répète l'expérience plusieurs jours de suite.

M. Widal. — Dans le cas de néphrite parenchymateuse auquel M. Achard vient de faire allusion, la rétention énorme attestée par l'examen cryoscopique du sérum ne pouvait porter que sur le chlorure de sodium. Une telle concentration du sang ne saurait être que très passagère, car, comme l'a montré Cohnstein, le sel en excès dans le sang passe rapidement dans les interstices cellulaires. M. Lesné, dans un cas de néphrite parenchymateuse, a récemment trouvé un point de congélation du sérum de — 1°18 au cours d'un œdème suraigu du poumon. Cette tension excessive n'a été que de courte durée, puisque l'examen cryoscopique renouvelé le surlendemain ne donnait plus que — 0°60. Dans ce cas, comme dans le précédent, le sérum était clair et provenait d'une saignée.

Je ferai remarquer en outre que les animaux atteints de néphrite parenchymateuse d'origine chromique, chez lesquels j'avais constaté, il y a trois ans, avec M. Lesné, une diminution des chlorures urinaires, étaient tous nourris de façon identique; il s'agissait donc bien de rétention chlorurée. Toutes les recherches faites plus récemment sur la rétention au cours de la néphrite parenchymateuse humaine et, en particulier celles de MM. Achard et Lœper, ont fourni d'ailleurs des résultats concordants avec ceux que nous avions obtenus dans les néphrites expérimentales. Comme je l'ai établi avec M. Lemierre par des recherches faites sur l'homme et les animaux, le sel n'est retenu qu'à certaines périodes de la néphrite parenchymateuse : voilà pourquoi, dans ses recherches sur le lapin, M. Achard n'a pas toujours trouvé la rétention chlorurée.

Je répète que la ligature des pédicules rénaux, telle que l'ont pratiquée MM. Achard et Lœper, détermine une anurie complète et non pas des troubles urinaires comparables à ceux des brightiques; il n'y a pas là d'acte rénal. Rien ne passe dans l'urine déjà formée, ni les chlorures, ni les autres substances, parce que tout est arrêté au delà des reins par la fermeture brutale des uretères. Ces expériences ont été publiées d'ailleurs à une époque où nous avions déjà, M. Lemierre et moi, établi avec une rigueur pour ainsi dire expérimentale l'action du chlorure de sodium ingéré sur la pathogénie de l'œdème brightique.

Là est le point important de la question des chlorures. Nous avons montré qu'au cours de

la néphrite épithéliale leur rétention était un acte de sélection rénale, véritable insuffisance partielle du rein portant sur l'élimination du sel et aboutissant à un syndrome caractérisé par de grands œdèmes, de l'oligurie, de l'augmentation du poids, et souvent par une intense poussée d'albuminurie, syndrome que nous avons appelé avec M. Javal la *chlorurémie*. On sait l'intérêt que de telles constatations présentent pour la pratique; elles ont permis de dénoncer le danger du sel contenu en excès dans les aliments des brightiques et nous ont montré l'utilité d'instituer à certaines périodes de la maladie la cure de déchloruration.

M. Achard. — La concentration très élevée du sérum ne suffit pas, à mon avis, à prouver la rétention des chlorures dans le sang. On ne pourrait considérer comme probants que les faits dans lesquels on trouverait, en outre, par une analyse chimique, un taux de chlorures très fortement accru.

Péritonite tuberculeuse simulant une cirrhose alcoolique.

M. Sergent relate, au nom de M. Lemaire et au sien, l'observation d'un homme de quarante ans, alcoolique et ancien paludéen, chez lequel, après des alternatives de diarrhée et de constipation accompagnées de ballonnement du ventre et de douleurs abdominales, apparut une ascite rapidement progressive. Le développement d'une circulation veineuse collatérale, d'un œdème malléolaire, d'une oligurie avec hypoazoturie notable, achevaient de compléter le tableau clinique d'une cirrhose du foie. Cependant des signes d'induration des sommets, un amaigrissement rapide, l'apparition d'adénopathies périphériques indolores et d'un épanchement pleural gauche firent penser qu'il pouvait s'agir d'une tuberculose péritonéale. Ce dernier diagnostic fut confirmé par l'examen inoscopique du liquide ascitique, qui démontra la présence dans ce liquide de bacilles tuberculeux, bien que les inoculations au cobaye fussent restées négatives. Quinze jours plus tard, l'autopsie permit de constater l'existence des lésions caractéristiques de la péritonite tuberculeuse.

Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques à la période secondaire.

M. Ravaut communique, au nom de M. Thibierge et au sien, une statistique — qu'il a déjà publiée en partie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 314), mais portant à l'heure actuelle sur 118 faits — d'où il résulte que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, chez les syphilitiques à la période secondaire, est fréquente surtout dans les cas de manifestations spécifiques graves : c'est ainsi que sur 54 malades atteintes de roséole, de plaques muqueuses ou cutanées ou n'ayant pas en ce moment d'accidents, 7 seulement présentaient une réaction lymphocytique nette; au contraire, 41 femmes sur 55 offrant des syphilides pigmentaires papuleuses, miliaires ou psoriasiformes, avaient une réaction parfois très intense. Dans 2 cas d'alopécie syphilitique et 2 de paralysie faciale survenus en pleine période secondaire, existait également une lymphocytose très nette du liquide céphalo-rachidien. Enfin, sur 5 malades atteintes d'iritis, une seule présentait une lymphocytose marquée.

L'albumine, qui ne se rencontre qu'à l'état de traces dans le liquide céphalo-rachidien normal, est augmentée notablement chez les sujets avec réaction cellulaire.

Il semble ressortir de ces faits que, chez les syphilitiques arrivés à la période secondaire, il existe, en même temps que certaines réactions cutanées, des réactions nerveuses décelables par la ponction lombaire, réactions qui paraissent évoluer parallèlement à celles de la peau.

Traitement du tétanos par des injections sous-arachnoïdiennes de toxine antitétanique.

M. Sicard relate les observations de 3 malades atteints de tétanos, qui ont été traités avec succès par des injections sous-arachnoïdiennes de toxine antitétanique; un des patients a reçu, en outre, plusieurs injections de la même toxine, pratiquées profondément au niveau des gros troncs nerveux périphériques (injections *paranerveuses*). Cette dernière méthode thérapeutique est basée sur plusieurs faits expérimentaux signalés récemment par MM. P. Marie et Morax.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 septembre 1903.

De la splénophlébite.

M. Rommelaere. — Malgré les nombreuses anastomoses qui les réunissent entre elles, les différentes parties du système porte présentent une indépendance relative qui, peu apparente à l'état physiologique, est, au contraire, mise en évidence dans certaines circonstances pathologiques. Aussi ai-je été amené à distinguer en sept modalités cliniques principales les syndromes résultant de la lésion de tel ou tel segment portal; je me contenterai aujourd'hui d'étudier celui qui traduit l'altération de la veine splénique, ou *splénophlébite*, que j'ai eu l'occasion d'observer dans un cas.

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, indemne de syphilis, d'alcoolisme et de tuberculose, et dont l'affection, caractérisée par des épistaxis répétées, de la faiblesse générale, un gonflement dur et non douloureux du ventre, un développement anormal des veines de la paroi abdominale dans sa partie supérieure gauche, datait de six mois quand le patient se fit admettre dans mon service. A l'examen, je constatai une teinte subictérique des téguments, de l'hépatomégalie, et une splénomégalie considérable : la rate dépassait à droite la ligne médiane et descendait jusque dans la fosse iliaque gauche. L'examen du sang révéla qu'il y avait 10,000 leucocytes par millimètre cube, la proportion respective des mono et des polynucléaires n'étant pas modifiée; le nombre des hématies était réduit à 52 % en moyenne; la richesse hémoglobinique totale variait de 81 à 60 %, tandis que la richesse hémoglobinique individuelle du globule rouge était plus grande qu'à l'état physiologique. Ces données hématologiques permettaient d'exclure et l'anémie splénique et les différentes formes jusqu'ici décrites de splénomégalie.

Le malade ayant succombé au bout de six mois à une péritonite purulente, nous avons découvert à l'autopsie l'existence d'une splénophlébite adhésive. La rate était très volumineuse : l'index splénohépatique (ou rapport de la rate au foie), qui normalement est de 1 : 10, atteignait 1 : 0.99 en poids et 1 : 1.03 en volume; la pulpe splénique était congestionnée, de consistance assez faible, et présentait l'aspect infectieux. Cette splénomégalie n'était pas accompagnée d'induration; les brides conjonctives étaient plus prononcées que dans une rate ordinaire, mais leur développement n'avait rien d'excessif pour un organe d'un tel volume; il n'y avait pas trace d'infarctus hémorrhagique.

En résumé, je crois que, parmi les splénomégalies primitives — syndromes à pathogénie variée —, il convient de faire une place à part à la splénomégalie par splénophlébite; résultant de l'arrêt de la circulation de retour dans le domaine de la veine splénique, elle se révèle par un complexus symptomatique traduisant un trouble dans les phénomènes d'hématopoïèse; on n'y observe ni ascite, ni symptômes intestinaux, ni hémorrhagies gastriques ou intestinales, mais seulement de l'épistaxis ou des stomatorrhagies.

Recherches sur la fonction motrice de l'utérus.

M. Masius. — Dans un mémoire relatif à ce sujet, et qui fait l'objet de ce rapport, M. Keiffer (de Bruxelles) rend compte de ses recherches concernant la fonction motrice de l'utérus, effectuées sur le cobaye. Cet animal possède, en effet, un col utérin remarquable, véritable museau de tanche analogue à celui de la femme, et dans la formation duquel interviennent aussi bien les muscles du corps utérin que ceux des parois vaginales; cette disposition facilite l'étude du mécanisme physiologique de la dilatation du col et de la formation du segment inférieur, ainsi que de l'anneau de contraction, aux différents stades de la puerpéralité (fin de la gestation, début et terminaison de la mise-bas, involution utérine *post partum*).

Au moyen d'injections aortiques de gélatine carminée pratiquées à ces différents moments chez un grand nombre de cobayes, et en photographiant les coupes longitudinales et transversales des utérus ainsi colorés et durcis, l'auteur démontre que chez le cobaye le col utérin est presque toujours partiellement dilaté avant le travail proprement dit de l'accouchement. Il est tapissé d'une muqueuse qui ne devient jamais caduque : c'est à partir de l'orifice interne seulement que la muqueuse se transforme en caduque vraie; le col n'intervient donc jamais dans la constitution du segment inférieur.

Quant à l'anneau de contraction, il se produit par plissement de la couche musculaire interne à une certaine distance de l'orifice interne du col, et limite vers le haut le segment inférieur.

La dilatation cervicale aboutit à l'effacement complet de la plus grande partie du museau de tanche qui est entraîné par une sorte de clivage avec les parois utérines. Il ne persiste que la partie la plus inférieure du col, limitant l'orifice externe, et qui s'aplatit comme un simple repli contre les parois vaginales au moment de la descente des fœtus.

Pendant et après la mise-bas, les parois utérines se contractent en se plissant avec une telle puissance qu'elles parviennent — pour expulser les fœtus, les placentas et le sang épanché — à effacer complètement la lumière de la cavité utérine.

En sacrifiant les femelles aux divers stades de l'accouchement, on peut mettre en évidence tous les degrés de la contraction utérine, c'est-à-dire les formes des dissociations musculaires et le mécanisme de l'involution utérine. Celle-ci se fait grâce à un système de ligaments larges conjonctivo-musculo-vasculaires délicats qui s'étendent d'une couche musculaire à l'autre et qui opèrent, après la contraction, la remise en place des différents tissus dissociés les uns par rapport aux autres. Les muscles du corps utérin se trouvent rétablis en position normale quelques heures après la parturition; le col a repris sa forme et sa structure au bout de trois ou quatre jours; la muqueuse utérine, dont la néoformation a débuté, au cours même de la gestation, sous la caduque vraie, est complètement normale vers le douzième ou le treizième jour.

Dr KEIFFER.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Le nègre des Etats-Unis au point de vue médico chirurgical.

Les Etats-Unis présentent à l'observateur qui veut se renseigner sur la pathologie comparée des diverses races humaines un champ d'étude aussi vaste que fertile. On y trouve, en effet, réunis les représentants des races blanche, noire, jaune et rouge. Mais, par suite de la guerre d'extermination que les conquérants blancs ont faite aux peuplades autochtones, les Peaux-Rouges ne figurent plus guère que comme une quantité presque négligeable dans le total de la population américaine, et quant à la race jaune, on sait que son immigration prenait aux Etats-Unis une marche tellement envahissante qu'on a dû en arrêter le flot par des lois, restrictives en apparence, prohibitives en fait. En définitive, ce sont essentiellement les races blanche et noire qu'il importe de considérer aux Etats-Unis : toutes deux sont numériquement assez bien représentées pour qu'entre elles puisse exister un antagonisme de race; elles sont assez nombreuses aussi pour que, de l'étude comparée de la pathologie dans l'une et l'autre, découlent des enseignements utiles.

Disséminés sur tout le territoire des Etats-Unis, les nègres se trouvent cependant en majorité dans les Etats du Sud, dont le climat tempéré chaud, et même subtropical dans l'extrême sud, convient mieux au besoin de chaleur qu'éprouve cette race d'origine équatoriale. Dans certains Etats, les noirs constituent même la plus grande partie de la population : la Louisiane, par exemple, compte moins d'habitants blancs que d'habitants de couleur.

Ce n'est pas ici le lieu de s'étendre sur les conséquences — d'une portée économique et politique si considérable dans la vie publique et privée du peuple américain — qui résultent de cette situation. Il importait cependant de souligner le fait, afin de montrer l'intérêt que présente la pathologie spéciale du nègre pour les médecins exerçant dans le sud des Etats-Unis. C'est à l'obligeance de l'un d'eux, M. le docteur Rudolph Matas, chirurgien de l'hôpital de la Charité de la Nouvelle-Orléans et professeur de chirurgie à l'Université Tulane de cette ville, que je dois en grande partie les documents sur lesquels est basée la présente correspondance.

Lorsqu'il y a trois siècles, les ancêtres des nègres qui habitent actuellement les Etats-Unis furent importés d'Afrique — notamment de Guinée —, ils possédaient certaines aptitudes morbides et certaines immunités que l'on retrouve encore aujourd'hui chez leurs congénères d'Afrique. Depuis lors, le nègre d'Amérique a conservé presque toutes les prédispositions morbides que ses ancêtres ont apportées de sa patrie d'origine, mais il a perdu aussi la plupart des immunités dont ceux-ci jouissaient en Afrique.

On sait, par exemple, que le cancer est une affection plutôt rare parmi les populations du continent noir. Il en était de même pour les nègres d'Amérique, jusqu'il y a une cinquantaine d'années : chez eux comme chez leurs congénères d'Afrique, le cancer ne s'observait alors que d'une manière exceptionnelle. A l'heure actuelle, il n'en est plus ainsi, et l'immunité d'autrefois a fait place à une prédisposition morbide tous les jours plus prononcée. Il est juste d'ajouter qu'une augmentation de fréquence des tumeurs malignes a également été signalée dans la race blanche, où elle est d'ailleurs considérée par certains comme plus apparente que réelle; je ne saurais d'ailleurs insister sur ce point, longuement étudié dans ce journal même l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 297-302). Mais chez les nègres, cette fréquence aurait augmenté dans des proportions beaucoup plus considérables que chez les blancs, puisque à l'heure actuelle le pourcentage serait presque identique pour les deux races : depuis un demi-siècle, le carcinome double de fréquence tous les dix ans chez les nègres d'Amérique, et bien que la population noire y soit extrêmement prolifique, il s'en faut cependant, et de beaucoup, que l'accroissement de la population suive la même progression que celui du cancer. Il s'agit donc bien là d'une augmentation de fréquence réelle et non apparente.

Il importe d'ailleurs de faire une distinction entre les différentes localisations du cancer. L'épithélioma du sein et de l'utérus, par exemple, affecte une fréquence tout à fait remarquable, presque double de celle que l'on observe dans la race blanche. Au contraire, les cancers de la verge, du larynx, de la langue, etc., etc., sont complètement inconnus en pathologie nègre.

Les tumeurs bénignes ont de tout temps été considérées comme remarquablement communes chez les noirs. C'est là une particularité nosologique qu'offre également le nègre d'Amérique. Il convient à cet égard de signaler en première ligne la prédisposition que les noirs présentent aux tumeurs fibreuses, prédisposition tellement marquée que l'on a pu à bon droit parler d'une véritable « diathèse fibreuse ». Cette diathèse est si répandue qu'on doit la regarder comme une des caractéristiques pathologiques de la race noire. Les corps fibreux de l'utérus en constituent la manifestation la plus fréquente : d'après les relevés qu'il a faits dans les registres de la Charité de la Nouvelle-Orléans, M. Matas pense pouvoir assigner aux fibromes de l'utérus une fréquence *cinq* fois plus grande chez le nègre que chez le blanc; et cette estimation est certainement bien au-dessous de la vérité, si l'on considère l'indolence qui caractérise les noirs et les tient éloignés de l'hôpital jusqu'à la dernière extrémité. Quoi qu'il en soit, ce chiffre donne à penser quel doit être le nombre des cas de fibromes soumis à l'observation des médecins du *Black Belt*, si l'on songe qu'il s'agit en l'espèce d'une affection qui en elle-même est déjà loin d'être rare dans la race aryenne.

A côté des corps fibreux de l'utérus, les kéloïdes et l'éléphantiasis des Arabes complètent la série des manifestations les plus fréquentes de la diathèse fibreuse dans la race noire : les kéloïdes, extrêmement communes, l'éléphantiasis, plus rare, mais s'observant exclusivement chez le nègre.

La fréquence des tumeurs bénignes, dans la même race, est l'indice d'une hyperactivité formatrice du tissu connectif. Il serait toutefois prématuré d'attribuer un fonctionnement exagéré à la généralité des éléments du feuillet mésodermique dont les tissus connectifs représentent le principal dérivé. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que certaines tumeurs, comme les ostéomes, les enchondromes, les myxomes, les lipomes, et quelques autres qui rentrent dans le même groupe oncologique, se distinguent, chez les noirs, par une rareté remarquable.

La tuberculose, sous toutes ses formes médicales et chirurgicales, est l'ennemi le plus redoutable du nègre. C'est elle qui constitue le facteur dominant de l'énorme mortalité de la population noire des Etats-Unis. Au point de vue de la pathologie comparée des races, cette constatation est d'autant plus intéressante à faire qu'il y a trois siècles, lors de l'introduction des nègres en Amérique, la tuberculose était entièrement inconnue parmi eux. Son apparition est donc en corrélation avec leur transplantation aux Etats-Unis. Il est légitime de penser que c'est par leur contact avec les blancs que les noirs ont contracté les premiers germes de cette redoutable infection, laquelle s'est développée sur un terrain devenu favorable soit en raison de l'état neuf dans lequel il se trouvait, soit par suite des mauvaises conditions hygiéniques où les habitudes du nègre le confinent généralement.

Il est encore certaines autres affections dont le noir paraît exempt en Afrique et à l'égard desquelles il perd toute immunité aux Etats-Unis : la dysenterie, les abcès du foie, le rhumatisme, la goutte. Quant à la malaria, il nous suffira de signaler qu'aux Etats-Unis le nègre y semble aussi sujet que le blanc, ni plus ni moins.

Sans insister ici sur l'infection tétanique, puisque, à ce sujet, les relevés de M. Matas sont purement et simplement confirmatifs des idées généralement reçues à cet égard — à savoir fréquence et gravité plus grandes du tétanos dans la race noire —, nous devons quelque peu nous arrêter sur l'évolution de la syphilis chez le nègre. On s'accorde généralement pour admettre que cette affection, beaucoup plus répandue dans la race noire que dans la race caucasienne, y évolue avec une bénignité infiniment plus grande. Or, si pour la question de morbidité M. Matas se trouve d'accord avec la généralité des autres observateurs — dont les recherches, d'ailleurs, concernent surtout le nègre d'Afrique —, il n'en est plus de même pour la question de la mortalité qu'entraînerait la syphilis. Il résulte, en effet, des données qu'il a recueillies en Louisiane que la syphilis y donnerait lieu chez le nègre à une léthalité *trois fois* plus forte que chez le blanc.

C'est là également la proportion que l'on trouve pour la pneumonie, à laquelle succombent, aux Etats-Unis, trois fois plus de noirs que de blancs.

En somme, le nègre d'Amérique présente dans nombre d'affections une morbidité et une mortalité beaucoup plus élevées que celles du blanc. Quelques-unes de ces affections sont celles qui sévissent sur la race noire en Afrique, son pays d'origine. Une série d'autres, par contre, proviennent vraisemblablement du voisinage des blancs; telles sont la tuberculose, le cancer, la syphilis, etc. Parmi les immunités dont jouit la race nègre en Afrique à l'égard de certaines maladies, fort peu ont subsisté dans le nouvel habitat de l'« Afro-Américain »; on ne peut guère citer dans cet ordre d'idées que les varices, en comprenant sous cettre rubrique les hémorrhoïdes et le varicocèle. Bien peu nombreuses sont les affections qui sévissent parmi les noirs d'Afrique et qui ont à peu près complètement disparu chez leurs congénères d'Amérique — affections présentant un caractère bien nettement tropical, telles que la maladie du sommeil —, et il semble que le climat suffit à expliquer la disparition de ces affections chez les nègres d'Amérique.

D'ailleurs, si l'on considère les choses d'une façon générale, il ne faut pas oublier que, depuis la suppression de l'esclavage aux Etats-Unis (1864), la morbidité et la mortalité ont augmenté dans des proportions considérables parmi la population affranchie. Avant l'émancipation, en effet, le nègre représentait pour son propriétaire une valeur dont le maître prenait soin avec tous les égards dus à une marchandise précieuse. Depuis l'émancipation, l'indolence naturelle et l'insouciance invincible du nègre font qu'il ne se préoccupe de sa santé que lorsqu'il se sent acculé par la nécessité, celle-ci résultant soit de la douleur qu'il éprouve, soit de l'incommodité qu'il crée à ses voisins.

Quant au mulâtre, on devrait s'attendre, en vertu des principes généraux qui régissent le croisement des races, à ce que l'introduction de l'élément blanc eût créé pour lui des conditions plus favorables. D'après les observations que l'on a recueillies dans le *Black Belt* des Etats-Unis, il paraît qu'il n'en est rien. J'ai trouvé là-bas unanimité absolue sur ce point : le rejeton issu du croisement des races blanche et noire paraît, il est vrai, d'une intelligence supérieure à celle du nègre; mais au point de vue physique, il est nettement inférieur et au blanc et au noir, participant des faiblesses des deux races, sans posséder aucun de leurs avantages. Certaines observations tendraient même à faire penser que le mulâtre est un produit dégénéré, destiné à disparaître au bout de peu de générations, si de nouvelles infusions de sang aryen ne viennent pallier les effets du croisement originel.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

L'entérokystome simple et son rôle dans l'étiologie de l'occlusion intestinale, par M. A. Krogius.

On connaît bien le rôle des diverticules de Meckel dans la pathologie abdominale, mais on est moins exactement fixé sur l'importance de l'entérokystome simple, dont Roth a, pour la première fois, établi l'origine en la rapportant à une involution imparfaite du canal omphalo-mésentérique. On ne possède jusqu'à présent que 18 cas de cette affection — 10 concernent des enfants de moins de six mois, 4 des enfants d'un à cinq ans et 2 seulement des adultes —, qui paraît frapper indifféremment les deux sexes.

Généralement il s'agit de petits kystes dont le diamètre ne dépasse guère 4 centimètres; parfois cependant la tumeur peut avoir le volume du poing ou même plus encore. Elle siège toujours à la partie inférieure de l'intestin grêle, directement au-dessus de la valvule de Bauhin, ou un peu plus haut : dans un cas elle en était éloignée de 1 mètre.

L'entérokystome se développe d'ordinaire dans la paroi intestinale elle-même, soit sous la muqueuse, soit sous la séreuse, soit à l'intérieur des tuniques musculaires. Plus rarement il est situé entre les feuillets du mésentère; exceptionnellement on le trouve dans ce dernier, à une certaine distance de l'intestin. On reconnaît généralement les différentes couches de la paroi intestinale dans la paroi de la poche, mais il est fréquent que la muqueuse y soit incomplètement développée. Le contenu du kyste a une consistance gélatineuse, semblable à celle du corps vitré; en cas d'inflammation, il peut être séreux, hémorrhagique ou purulent. Chez 2 malades seulement, l'entérokystome communiquait avec l'intestin.

Cette variété de tumeur a donné lieu 5 fois — sur 18 observations — à une occlusion intestinale, soit par sa saillie à l'intérieur de l'intestin, soit en occasionnant une coudure de l'anse intestinale. Dans le fait relaté par M. Krogius, et concernant un enfant de deux mois, l'affection avait débuté quinze jours auparavant par de la constipation à laquelle se joignirent ensuite des vomissements, qui peu à peu prirent un caractère nettement fécaloïde. A l'opération on constata, au niveau de la valvule de Bauhin, la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, siégeant dans la paroi intestinale. Un anus contre nature amena une amélioration rapide, de sorte qu'au bout de quatre jours l'auteur crut pouvoir procéder à la résection de l'intestin. Cette intervention se fit dans des conditions normales, mais le petit malade succomba

deux heures plus tard à une hémorrhagie provoquée par la rupture d'une ligature.

D'après M. Krogius, on doit songer à la possibilité d'un entérokystome dans les cas d'occlusion intestinale chez de jeunes enfants, surtout lorsque ceux ci ont présenté dès leur naissance des signes de constipation chronique, justifiant l'hypothèse d'une affection congénitale. La vraisemblance de ce diagnostic augmentera sensiblement si la palpation révèle une tumeur à la partie inférieure de l'abdomen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — A. J.

Inconvénients de la position de Trendelenburg, par M. K. Franz.

La discussion qui a eu lieu au dernier Congrès allemand de chirurgie sur divers inconvénients de la position déclive (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 185) nous engage à résumer le travail de M. Franz, d'après lequel cette attitude exercerait également une influence fâcheuse sur les organes respiratoires.

Chez 15 femmes, dont 3 étaient anesthésiées, l'auteur a pris des graphiques simultanés des mouvements du pouls et de la respiration. Du côté du pouls, la seule particularité remarquable fut une légère accentuation du dicrotisme. Pour ce qui est des mouvements respiratoires, M. Franz constata que 2 fois la respiration thoracique avait un peu diminué; 3 fois elle était demeurée stationnaire; 10 fois elle avait présenté une augmentation d'amplitude. Dans tous les cas la respiration abdominale avait perdu de son amplitude. On peut donc en conclure que, dans la position de Trendelenburg, la ventilation pulmonaire se fait moins bien.

Cette constatation expérimentale se trouve d'ailleurs confirmée par la simple observation des malades : au moment où ceux-ci sont placés en position déclive, on voit d'habitude la respiration s'embarrasser pendant quelques instants; pour éviter les accidents ou complications qui en peuvent résulter, l'auteur conseille de ne faire prendre l'attitude de Trendelenburg que d'une façon graduelle.

Dans un but de contrôle, M. Franz a encore recherché les relations de l'attitude pendant la narcose avec la fréquence des complications pulmonaires. Il a vu ainsi que 493 opérations, faites sous l'éther et en position de Trendelenburg, s'étaient compliquées 44 fois de bronchite, soit dans 8.9 % des cas, alors que 825 narcoses à l'éther en position horizontale n'avaient fourni que 19 bronchites, soit 2.3 % des cas. Avec le chloroforme, la différence est moins considérable : 233 opérations en position déclive donnèrent 3.9 % de bronchites, et 150 opérations en attitude horizontale n'en fournirent que 2.7 %. Ces bronchites sont très probablement imputables à l'accumulation des mucosités dans le nasopharynx et à leur passage dans les voies aériennes, qu'elles infectent, quand le malade vient à être redressé. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 août 1903.) — R. DE B.

Les taches de Koplik constituent-elles un signe précoce certain de la rougeole? par M. Aronheim.

Il y a quelques années, M. Koplik a signalé l'existence, à la période d'incubation de la rougeole, de taches blanc bleuâtre, siégeant sur la muqueuse des joues, et qui permettraient d'établir le diagnostic de la maladie bien avant l'apparition de l'éruption caractéristique (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 208). Or, au cours d'une épidémie grave et très étendue de rougeole, qui a récemment sévi à Gevelsberg, M. Aronheim a eu l'occasion d'examiner à ce point de vue 150 petits malades, dont la plupart se trouvaient encore à la période des prodromes, et il n'a noté le signe de Koplik que chez 9 d'entre eux, c'est-à-dire dans 6 % des cas seulement. Par contre, il a fréquemment remarqué, pendant cette période de début de la rougeole, l'existence, sur la voûte palatine et sur le voile du palais, ainsi que sur la muqueuse avoisinant les molaires, de la rougeur en taches, déjà connue et qui est considérée par un certain nombre d'auteurs comme une véritable éruption morbilleuse.

En présence de ces faits, M. Aronheim serait porté à croire que les taches décrites par M. Koplik sont loin d'avoir une valeur diagnostique absolue, et cela d'autant plus que M. Widowitz les aurait observées dans quelques cas de rubéole, ainsi que dans diverses affections. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juillet 1903.) — L. CH.

A propos de la formation de tissu décidual dans l'intoxication phosphorée, par MM. F. Hitschmann et O. T. Lindenthal.

Overlach a autrefois soutenu — et depuis lors on répète — que, dans l'intoxication phosphorée, la muqueuse utérine prend le caractère d'une caduque. L'importance que ce fait pourrait avoir en médecine légale a engagé MM. Hitschmann et Lindenthal à le soumettre à revision.

A cet effet, ils ont examiné 9 utérus de femmes ayant succombé à une intoxication aiguë ou chronique par le phosphore : aucune n'était enceinte, comme le démontra l'examen histologique. Or, sur ces 9 pièces, on ne rencontra pas une seule fois les modifications déciduales signalées par Overlach; l'opinion de ce dernier auteur est donc absolument erronée. Toutefois, chez une malade présentant en même temps une grossesse extra-utérine, MM. Hitschmann et Lindenthal ont trouvé des altérations rappelant l'état de la muqueuse utérine pendant la grossesse. Dans les culs-de sac glandulaires s'étaient amoncelées des cellules épithéliales qui, au lieu de leur forme cylindrique habituelle, avaient pris un type cubique aplati. Quand la coupe histologique les rencontrait en un point où la lumière était obstruée, on aurait cru se trouver en présence d'un foyer de cellules déciduales, n'était que le stroma du voisinage ne contenait aucun élément du même genre, mais simplement les cellules fusiformes habituelles du tissu conjonctif. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 3.) — R. DE B.

De la composition du sang pendant la grossesse et l'accouchement, par M. W. Zangemeister.

On admet volontiers que pendant la grossesse la proportion d'eau du sang est supérieure à la normale, autrement dit qu'il y a hydrémie. D'après M. Zangemeister, cette notion ne serait pas absolument exacte.

L'auteur a fait porter ses recherches à la fois sur le nombre des érythrocytes, le point de congélation du sang, la densité et la teneur du sang en ses principaux composants (albumine, chlorures et soude). Il a ainsi constaté que chez les femmes enceintes la densité du sang et la proportion d'albumine sont effectivement inférieures à ce qu'elles sont chez la femme non gravide : la concentration moléculaire est donc plus faible. Et cependant le sérum contient une quantité de chlorures un peu plus élevée que normalement. Si donc il y a hydrémie, celle-ci porte principalement sur le plasma, car le nombre des érythrocytes est également supérieur à la normale. Dès lors, il serait plus juste de parler d'*hydroplasmie* que d'*hydrémie*. D'autre part, la masse totale du sang augmentant pendant la grossesse, il est probable, vu le nombre des érythrocytes, qu'il se produit chez les femmes enceintes une néoformation considérable de globules rouges. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé pour assurer la coaptation des fragments pendant l'application d'un appareil inamovible.

Si la coaptation des fragments ne présente habituellement pas de difficultés sérieuses dans les cas où la fracture intéresse la portion moyenne des os longs, il est loin d'en être de même lorsqu'il s'agit d'une fracture juxta-épiphysaire. On ne connaît, en effet, que trop la tendance au chevauchement des fragments qui se manifeste au cours des manœuvres de réduction des fractures sus-condyliennes de l'humérus, par exemple, et l'on sait combien il est difficile d'obtenir, en pareille occurrence, la coaptation exacte, surtout lorsque la solution de continuité est oblique, ce qui est généralement le cas pour les fractures par cause indirecte.

Afin de remédier à cet état de choses, M. le docteur R. W. Johnson, professeur de chirurgie au Baltimore Medical College, a imaginé un procédé qui permettrait de maintenir les fragments dans la position voulue pendant que l'on applique un appareil inamovible.

Le patient étant anesthésié et le membre convenablement préparé, on prend trois bandes et, après les avoir enduites de vaseline, on applique une d'entre elles autour de l'humérus au-dessus du siège de la fracture, une autre au niveau même de la solution de continuité, et la troisième sur l'avant-bras, immédiatement au-dessous de l'articulation du coude. Ces bandes sont confiées à deux aides, auxquels on recommande de tirer la bande supérieure en arrière et la bande inférieure en bas, en même temps que celle du milieu doit servir à empêcher tout déplacement des fragments. Cela fait, on applique d'abord un bandage roulé avec des bandes de flanelle peu serrées, puis du coton et, enfin, on confectionne l'appareil plâtré, sans se préoccuper des bandes confiées aux aides. Au bout de quelques minutes, le plâtre étant solidifié, le membre est saisi dans une enveloppe rigide qui assure définitivement la contention des fragments dans la position que vient de leur donner le chirurgien. Quant aux bandes de traction, comme elles pourraient déterminer à la longue des troubles de la circulation ou des exulcérations, il est préférable de les retirer par-dessous, ce qui — grâce à la couche de vaseline dont elles sont enduites — n'offrirait, d'ailleurs, aucune difficulté; on peut, au besoin, combler avec du plâtre les petits vides laissés par la suppression de ces bandes.

Anesthésie obstétricale par injections épidurales de cocaïne.

On sait que l'anesthésie médullaire par injection sous-arachnoïdienne de cocaïne, employée d'abord en chirurgie seulement, a ensuite aussi été expérimentée en vue de supprimer les douleurs de l'accouchement (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 243, 246, 298 et 406). De son côté, M. le docteur Jambon a eu l'idée d'essayer dans le même but les injections *épidurales* de cocaïne, qui ont donné d'excellents résultats dans le traitement des douleurs névralgiques du bassin et des membres inférieurs, et qui, d'une façon générale, semblent, à bien des points de vue, supérieures à la cocaïnisation sous-arachnoïdienne.

Notre confrère a eu l'occasion d'expérimenter la méthode en question chez 3 parturientes hospitalisées dans le service de M. le docteur Perret, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à l'Ecole de médecine de Rennes. Dans 2 cas, l'injection épidurale (9 c.c. d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 0.5 % chez l'une des patientes, et 5 c.c. d'une solution à 1% chez l'autre) a eu pour effet de diminuer l'intensité et la fréquence des douleurs ; chez la troisième parturiente, la cocaïnisation a déterminé une crise d'excitation, qui n'a, d'ailleurs, duré que deux minutes, sans que les douleurs parussent sensiblement modifiées.

Il va sans dire que si l'accouchement est, sous l'influence des injections épidurales, moins douloureux, il est en revanche plus long, la fréquence et l'intensité des contractions utérines étant diminuées. Quoi qu'il en soit, M. Jambon estime que ces injections peuvent être essayées sans crainte, la cocaïnisation par la voie épidurale ne donnant lieu à aucune complication sérieuse.

Le bleu de méthylène contre l'insomnie rebelle des aliénés.

D'après l'expérience de deux confrères russes, MM. les docteurs Zaïtzev et Toporkov, qui ont eu l'occasion d'étudier les effets du bleu de méthylène dans 37 cas de psychoses, observés à l'asile des aliénés de Kazan, le médicament en question serait indiqué non seulement pour combattre les états d'excitation mentale (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 56 et 1902, p. 144), mais aussi à titre d'hypnotique dans les cas d'insomnie rebelle sans excitation maniaque. Il présenterait, sur les remèdes habituellement utilisés en pareille occurrence, l'avantage de ne pas exposer le malade à des accidents fâcheux.

Nos confrères administrent le bleu de méthylène soit en injections sous-cutanées, à des doses qui varient, suivant les circonstances, de 0 gr. 03 centigr. à 0 gr. 12 centigr., soit par la bouche, à la quantité quotidienne de 0 gr. 60 centigr., divisée en trois prises et associée à 1 gr. 80 centigr. de poudre de noix vomique.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Dieulafoy.

La néphrite toxique appendiculaire; albuminurie appendiculaire.

A différentes reprises, je vous ai parlé de la toxicité de l'appendicite et des terribles effets des toxines appendiculaires sur l'économie (hépatite toxique appendiculaire et gastrite toxique appendiculaire). Aujourd'hui, je vais m'occuper de la *néphrite toxique appendiculaire*. Cette étude sera incomplète, car je ne possède encore que des matériaux insuffisants, mais du moins la voie sera ouverte et une fois de plus nous aurons démasqué les méfaits de « la grande maladie abdominale ».

Réduite à sa plus simple expression, la néphrite toxique appendiculaire se traduit par un seul signe : l'albuminurie. Il est rare qu'une appendicite soit intense sans que l'adultération des reins se manifeste aussitôt par la présence de l'albumine dans les urines. Depuis que mon attention a été appelée sur ce témoin important de la toxicité appendiculaire, j'ai constaté l'albuminurie dans un grand nombre d'appendicites.

L'albuminurie peut apparaître dès le premier, dès le deuxième ou le troisième jour de l'appendicite; elle est parfois associée à la teinte subictérique des téguments, cet autre témoin de la toxicité appendiculaire. Tantôt on ne constate à l'examen des urines qu'une très faible quantité d'albumine, tantôt on en trouve 0 gr. 25, 0 gr. 50 centigr., 1 gramme et au delà. Plusieurs fois j'ai pu suivre la décroissance graduelle et la disparition de l'albumine après l'ablation du foyer appendiculaire. Cette constatation a la valeur d'une expérience. En voici des exemples :

Le 14 août 1903, je suis mandé dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu pour examiner un malade atteint d'appendicite qu'on avait laissée « refroidir » dans un service de médecine. L'affection datait de trois semaines. C'était un de ces cas trop nombreux où l'on escompte à tort le bon vouloir de la nature. Livrée à elle-même avec ou sans l'aide du sachet de glace et de l'opium, cette bonne nature conduit souvent à des catastrophes. Chez le malade en question, après une détente apparente, fièvre et vomissements avaient reparu et la situation devenait extrêmement grave. Ayant examiné le patient, je fus d'avis que de l'appendicite était partie une infection péritonéale ascendante qui avait gagné la région sous-phrénique (ce qui fut vérifié par l'opération). A ce moment l'analyse des urines décelait plus d'un gramme d'albumine, sans cylindres urinaires dans le culot de centrifugation. L'intervention fut pratiquée par M. Mauclaire et les accidents furent enrayés. En même temps, l'albuminurie diminua graduellement : le 24 août, il n'y avait plus que 0 gr. 30 centigr. d'albumine; le 26 août, 0 gr. 25 centigr.; le 28 août, de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 centigr.; en septembre, l'albumine avait disparu et le malade était dans un état satisfaisant.

J'ai publié jadis (1) l'observation d'un malade de mon service atteint d'appendicite gangreneuse avec albuminurie et teinte ictérique de la peau (appendicite toxique). Je fis opérer ce patient le matin même de son arrivée; l'amélioration fut assez lente à se dessiner, puis parallèlement, en quelques jours, l'albumine, les pigments, la teinte ictérique diminuèrent et disparurent.

L'albuminurie simple, albuminurie sans cylindres urinaires, albuminurie cédant après extinction ou après ablation du foyer appendiculaire, tel est, je le répète, le seul témoin urinaire des néphrites appendiculaires *légères*.

(1) G. Dieulafoy. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (1897-1898). T. II, 17e leçon. Paris, 1899.

En pareil cas, le rein n'a été qu'effleuré par le poison, la lésion rénale n'a été ni intense ni durable, et cependant on aurait tort de se fier à cette apparente bénignité, car cette albuminurie, simple en apparence, associée ou non à la teinte ictérique, est parfois le signal ou le premier avertissement d'accidents graves et même terribles qui pourront se dérouler jusqu'à la mort. Afin d'éviter les répétitions, je me contente de résumer ici des observations que j'ai données en détail (1) dans une précédente leçon :

Le 2 juin 1901, on nous montre, dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, un jeune garçon atteint d'appendicite toxique au quatrième jour. Les reins et le foie sont adultérés par les toxines appendiculaires, car nous constatons dans les urines une assez forte proportion d'albumine, des cylindres granuleux, des leucocytes et des pigments biliaires. L'opération est pratiquée, mais l'économie était déjà intoxiquée et le malade succomba après avoir eu des vomissements noirs abondants et répétés (*vomito negro* appendiculaire).

A l'autopsie, les reins ont une apparence normale; ils ne sont pas augmentés de volume; si l'on se fût contenté d'un examen superficiel, ces organes auraient été considérés comme exempts de lésions. A l'examen histologique, M. Letulle constata, sur l'épithélium des tubes contournés, deux types de lésions : les premières correspondaient assez bien à l'altération décrite sous le nom de nécrose de coagulation; les secondes étaient caractérisées par la fragmentation granuleuse des protoplasmas épithéliaux. En résumé, dit M. Letulle, « l'ensemble de ces lésions permet de conclure à une néphrite suraiguë dégénérative toute récente, dont la cause, échappant à l'examen microscopique, paraît relever uniquement d'une substance toxique éliminée par l'appareil sécréteur du rein ».

Un peu plus tard, M. Routier opérait d'appendicite toxique un jeune garçon venu trop tard dans son service et le malade succombait. A l'autopsie, les reins semblent normaux; sur la coupe la substance corticale paraît un peu décolorée. L'examen histologique, fait peu d'heures après la mort par un de mes chefs de laboratoire, M. Nattan-Larrier, dénote une néphrite dégénérative suraiguë dont les lésions épithéliales (nécrose et dégénérescence suraiguë) sont systématisées aux tubes contournés et à la branche large de Henle (appareil sécrétoire du rein). Les cellules hépatiques sont en dégénérescence granulo-graisseuse.

M. Lorain a publié plus récemment une observation du même genre. Un malade succombe à une appendicite opérée tardivement. A l'autopsie les reins paraissent normaux. Mais sous le microscope on constate une nécrose de coagulation portant sur l'épithélium sécréteur. On note également la dégénérescence des cellules du foie avec formation de pigment. Ces lésions, dit M. Lorain, jointes à celles des autres organes, autorisent à conclure que, dans cette appendicite, la mort est due moins à une infection « qu'à une *intoxication* profonde de l'économie ».

Les cas que je viens de résumer permettent d'ébaucher la description anatomique et clinique de la néphrite toxique appendiculaire aiguë. Au point de vue anatomique et à première vue, à l'autopsie, les reins ne paraissent pas atteints; ils ne sont ni gros ni pâles, ils ne ressemblent nullement au gros rein blanc; pour qui n'est pas prévenu, ces reins-là ont l'aspect de reins normaux. Mais, à l'examen histologique, la topographie et la nature des lésions sont saisissantes. Elles intéressent presque exclusivement les éléments nobles de l'organe; dans les cas graves, la cellule est rapidement frappée de mort par la cytotoxine appendiculaire. Les cellules du foie subissent le même sort.

(1) G. Dieulafoy. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (1901-1902). T. IV, 19e leçon. Paris, 1903.

Au point de vue clinique, les symptômes de la néphrite appendiculaire ne ressemblent pas aux symptômes de la plupart des néphrites aiguës connues. Cette néphrite n'est comparable ni à la néphrite scarlatineuse, ni à la néphrite syphilitique précoce, ni à la néphrite dite *a frigore*. La bouffissure du visage et des paupières, les œdèmes rapides et intenses, l'anasarque, l'œdème du poumon, les épanchements des séreuses, qui sont l'apanage de tant d'autres néphrites aiguës, n'existent pas dans la néphrite appendiculaire, ou du moins je ne les ai jamais observés.

L'œdème des paupières et de la face, ce grand signe révélateur, faisant ici défaut, et en somme la néphrite appendiculaire ne se traduisant d'habitude par aucun symptôme ostensible, le diagnostic ne s'impose pas, il s'en faut; c'est sans doute pour cela que cette néphrite était passée inaperçue. Aussi faut-il prendre l'habitude d'examiner les urines de tout individu atteint d'appendicite.

L'albuminurie, parfois si considérable dans d'autres néphrites aiguës, est habituellement modérée dans la néphrite appendiculaire; par contre, on peut trouver des cylindres granuleux dans l'urine, dès le deuxième ou le troisième jour de l'appendicite, ce qui n'est pas de bon augure.

Certes, l'albuminurie, à elle seule, ne suffit pas pour assombrir outre mesure le pronostic de l'appendicite, mais elle est un des témoins de la toxicité appendiculaire et elle nous avertit du danger. Ce danger ne vient pas seulement de la néphrite (qui dans quelques cas peut aboutir à l'insuffisance urinaire avec ou sans oligurie); il vient de l'intoxication générale de l'économie; il vient de l'*appendicémie*.

La teinte ictérique, cet autre témoin de l'intoxication appendiculaire, est assez souvent associée à l'albuminurie; ces deux signes sont habituellement précoces et contemporains; leur signification peut n'être pas trop mauvaise; cependant, nul ne peut savoir si l'intoxication appendiculaire s'en tiendra à une néphrite sans gravité et à une hépatite légère, ou si elle n'aboutira pas à des lésions plus profondes et plus généralisées : à la gastrite toxique, au *vomito negro*, à l'insuffisance rénale et hépatique, aux accidents nerveux, à l'empoisonnement général et à la mort.

Qu'avons-nous pour nous guider dans ce *pronostic?* Rien ou peu de chose. La fièvre n'est pas un élément de pronostic. La situation du malade peut être compromise et même perdue, alors que la température est normale. Dans le premier des cas que je vous ai signalés tantôt, la température oscillait entre 37° et 38° pendant que des accidents mortels se préparaient. Chez le patient dont parle M. Lorain, la température resta aux environs de 37° durant les quelques jours qui précédèrent la mort. Le pouls lui-même peut n'avoir aucune signification précise au point de vue du pronostic.

Tout est traître dans l'histoire de l'appendicite *et le poison fait son œuvre sans presque se démasquer*. Comme nous voilà loin des anciennes descriptions, qui nous présentaient l'appendicite comme un accident purement local, dont la complication la plus redoutable était la péritonite! Comme nous voilà loin de certaines classifications anatomo-pathologiques qui avaient la prétention de préciser le pronostic, et qui sont, du reste, tombées dans l'oubli!

Les faits que je viens de résumer portent avec eux leur enseignement; ils vous montrent ce qu'est la néphrite toxique appendiculaire, ils continuent la série des accidents toxiques (hépatite toxique, gastrite toxique), ils prouvent avec quelle rapidité les toxines appendiculaires peuvent agir, ils fournissent un nouvel argument en faveur de l'intervention chirurgicale *précoce*, ils mettent en évidence le danger de la temporisation et ils contribuent à ruiner la doctrine d'après laquelle on ne devrait opérer l'appendicite que lorsqu'elle est « refroidie ».

Car enfin, un jour viendra où nos honorables contradicteurs, les temporisateurs systématiques, devront répondre à nos arguments autrement que par des discours. Nous leur donnons, nous, des faits précis et des preuves irréfutables; qu'ils aient l'obligeance d'en faire autant pour étayer leur doctrine. Nous savons de quoi sont morts bon nombre de malades qu'on n'a pas voulu opérer avant que leur appendicite fût refroidie, et nous pouvons montrer les lésions d'origine toxique qui ont occasionné la mort. Alors, pourquoi ne pas opérer avant que le patient soit intoxiqué et infecté? Nous demandons qu'on veuille bien nous donner une réponse basée sur des faits aussi précis que les nôtres.

Je ne veux pas terminer cette étude sans ébaucher un parallèle entre le foie appendiculaire et le rein appendiculaire. Quand je me suis occupé du foie appendiculaire, j'ai décrit séparément une hépatite *toxique*, précoce, qui ne suppure pas, et une hépatite *infectieuse*, plus tardive, qui tient une très large place dans l'histoire du foie appendiculaire; cette hépatite infectieuse, purulente, s'explique très facilement, parce que les agents infectieux sont directement et facilement véhiculés de l'appendicite au foie par les veines appendiculaires et par les branches de la veine porte. Il n'en est pas de même pour le rein appendiculaire, la glande rénale ne pouvant être infectée que par une voie sanguine très détournée; aussi la néphrite infectieuse avec abcès du rein est-elle relativement fort rare, tandis que la néphrite toxique, surtout dans sa forme légère, est fréquente.

On peut enfin se demander si l'adultération des reins par les toxines appendiculaires n'entre pas pour une part dans la genèse des néphrites chroniques et de la maladie de Bright. Je pense également que l'adultération du foie par les toxines appendiculaires (appendicite aiguë ou chronique) peut jouer un rôle dans la genèse des *cirrhoses* d'origine intestinale.

MÉDECINE PRATIQUE

L'atrophie circinée du scrotum en tant que stigmate de la syphilis.

On sait combien peu d'importance il faut attacher, dans la recherche de la syphilis, à l'interrogatoire du malade, qui trop souvent ne fournit que des renseignements vagues, voire même tout à fait erronés. Aussi l'examen direct doit-il constituer, là plus que partout ailleurs, la base principale du diagnostic. Malheureusement, si ce diagnostic est relativement aisé en présence de lésions non encore éteintes, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de rechercher, par un examen en quelque sorte rétrospectif, les vestiges qui peuvent témoigner d'altérations syphilitiques plus ou moins anciennes. C'est qu'en effet les accidents primaires et secondaires ne laissent que des traces insignifiantes; d'autre part, les stigmates des lésions tertiaires, mentionnés par les traités classiques, sont peu nombreux et loin d'être constants.

Cela étant, il nous paraît utile de signaler ici un phénomène post-syphilitique qui ne paraît pas avoir encore été décrit, et sur lequel M. le docteur G. Nobl, privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Vienne, vient d'attirer l'attention.

Le stigmate en question consiste dans la présence, à la surface du scrotum, de petites marques circinées très délicates, brillantes comme du mica ou du satin, et qui souvent ne deviennent nettement appréciables qu'à la lumière réfléchie. En examinant ces formations de plus près, on voit qu'elles sont constituées par des granulations à bords serpigineux et déchiquetés, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet. Localisées de préférence aux parties antérieures et latérales du scrotum, elles sont nettement délimitées par des facettes à bords curvilignes. La couche normale de l'épiderme paraît comme interrompue au niveau de leurs bords. Ces îlots amincis et de coloration gris bleuâtre s'effacent d'ailleurs complètement lorsqu'on étale les téguments de la région scrotale. Parfois, plusieurs petites surfaces polies forment par leur juxtaposition des disques ayant la dimension d'un pois et comme divisés en plusieurs segments.

Les marques dont il s'agit sont particulièrement nettes dans les cas où elles siègent sur des enveloppes testiculaires fortement développées et pigmentées, les parties altérées tranchant alors d'autant plus sur la peau normale que, contrairement à celle-ci, elles sont très pauvres en pigment.

Afin de se rendre compte de la valeur diagnostique de ce signe, M. Nobl l'a recherché systématiquement chez tous les sujets qu'il a eu l'occasion d'examiner depuis un an et demi, et qui avaient notoirement été atteints de syphilis, leur infection datant de deux ans au moins. Les recherches de notre confrère ont de la sorte porté sur 150 individus exempts de toute manifestation actuelle de la vérole. Chez la moitié de ces sujets, les premiers symptômes généraux de la diathèse remontaient à plus de trois ans, voire que pour un tiers d'entre eux le laps de temps qui s'était écoulé depuis l'infection variait entre cinq et onze années. Les marques circinées du scrotum existaient chez 27 patients, c'est-à-dire dans 18 % des cas. A première vue, cette proportion peut paraître trop faible pour que l'on puisse accorder au signe dont il s'agit une valeur pratique, mais il importe de tenir compte que, dans nombre de cas, les lésions spécifiques ne laissent subsister aucune trace; c'est ainsi que, sur les 150 sujets en question, 75 ne présentaient plus le moindre vestige de leur infection syphilitique, bien que pour beaucoup d'entre eux celle-ci ne fût pas très ancienne.

D'autre part, il est intéressant de noter que, sur les 27 individus chez lesquels M. Nobl a décelé l'existence des marques scrotales, 6 n'avaient plus eu de manifestations de la vérole depuis deux ou trois ans, 12 depuis trois à cinq ans, 8 depuis cinq à quinze ans; enfin, dans un cas les derniers accidents remontaient à vingt ans. Il semble donc que le signe décrit par notre confrère se montre, de préférence, longtemps après la disparition des lésions irritatives et lorsque la plupart des autres stigmates sont déjà effacés. C'est assez dire que la connaissance de cette altération du scrotum paraît de nature à rendre, le cas échéant, d'excellents services au point de vue du diagnostic d'une syphilis ancienne, et cela d'autant plus que, cliniquement, cette atrophie scrotale partielle ne se laisserait confondre avec aucune autre lésion cutanée et que, d'autre part, une fois constituée, elle ne disparaîtrait plus ni spontanément, ni sous l'influence d'interventions thérapeutiques. C'est tout au plus si l'application locale de pommades effacerait momentanément les contours des îlots atrophiques, qui ne tarderaient pas à réapparaître avec toute leur netteté dès qu'on suspend la médication. Quant au traitement général, M. Nobl a eu maintes fois l'occasion de se convaincre qu'il ne modifie en rien l'aspect caractéristique du scrotum.

BULLETIN

Sur l'importance comparée des maladies de cœur comme cause de réforme dans les armées française et allemande.

En consultant les statistiques qui rendent compte de l'état sanitaire des armées européennes, on peut constater qu'elles témoignent, notamment dans les dix dernières années, d'une amélioration lente, mais sensible et continue. Vraisemblablement due aux progrès réalisés dans le domaine de l'hygiène, cette amélioration ne s'observe cependant pas à propos de toutes les catégories de maladies relevées dans les statistiques militaires. Certaines affections semblent, en effet, se trouver actuellement dans un stade bien évident d'évolution progressive. Tel est, notamment, le cas des maladies de cœur, dont l'augmentation nécessite depuis quelques années des mises en réforme sans cesse plus nombreuses.

En ce qui concerne l'armée allemande, cet état de choses a pris, dans ces derniers temps, une tournure assez inquiétante pour que le ministère prussien de la guerre ait cru devoir prescrire à cet égard une enquête dont les résultats sont consignés dans le 22e fascicule des *Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens*. D'après le mémoire qui sert d'introduction à ces rapports, le nombre des réformes (1) prononcées au corps pour affections cardiaques a été dans l'armée allemande de 1.5 ‰ de l'effectif pendant la période quinquennale de 1881 à 1886, de 2 ‰ de 1886 à 1891, de 2.8 ‰ de 1891 à 1896, enfin de 3.1 ‰ de 1896 à 1900. En vingt ans, la proportion des hommes réformés pour une affection cardiaque a donc plus que doublé.

Si, en regard des chiffres précédents, nous plaçons ceux que donne, pour l'armée française, la *Statistique médicale de l'armée*, publiée chaque année par le ministère de la guerre, nous constatons également une augmentation — mais bien moins considérable — dans le nombre des réformes nécessitées par une affection cardiaque. De 1.84 ‰ pour la période allant de 1881 à 1885, la proportion s'élève à 2.18 ‰ de 1886 à 1890, puis à 2.68 ‰ de 1891 à 1895 pour atteindre 2.92 ‰ de 1896 à 1900. On voit, par conséquent, que, dans l'armée française, les maladies de cœur, qui étaient un peu plus communes que dans l'armée allemande il y a vingt ans, se présentent à l'heure actuelle avec une fréquence sensiblement moins élevée que chez nos voisins, et cela en dépit de la progression continue que leur nombre a subie depuis lors.

On sait d'autre part que, dans la population civile, la fréquence des affections cardiaques tend plutôt à décroître depuis un certain nombre d'années; d'aucuns supposent qu'il faut voir là une conséquence de l'introduction de l'acide salicylique dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire; ce remède, en rendant l'attaque articulaire moins sévère, diminuerait également la gravité de la lésion cardiaque concomitante ou consécutive; mais la chose n'est pas prouvée d'une façon péremptoire, et il s'agit là plutôt d'une « impression » que d'un fait scientifiquement établi. On peut d'ailleurs donner, dans une certaine mesure et d'une façon assez précise, une estimation de la fréquence des affections dont il s'agit dans la population civile, en tenant compte des statistiques établies d'après les opérations des conseils de revision. Ces statistiques, en effet, fournissent un aperçu sanitaire sur la totalité de la population civile — du moins en ce qui concerne l'élément mâle — prise à une époque déterminée de la vie, celle de la conscription.

Or, si nous considérons d'abord les renseignements recueillis à cet égard en Allemagne et consignés dans le mémoire introductif des *Veröffentlichungen*, nous remarquons qu'en 1894, 9.9 ‰ des conscrits allemands ont été exemptés du service militaire pour affection cardiaque; en 1895 il y en a eu 12.1 ‰, en 1896 13.0 ‰, en 1897 14.7 ‰, en 1898 17.4 ‰. En l'espace de cinq années, on voit donc le nombre des maladies de cœur presque doubler d'importance chez les jeunes Allemands âgés de vingt ans.

Si nous opposons à ces chiffres, ceux qui ré-

(1) Afin d'éviter toute équivoque ultérieurement, il importe de signaler dès maintenant la différence qu'il y a entre la *réforme* qui est prononcée au corps, *après* l'incorporation, et l'*exemption* ordonnée par le conseil de revision et *prévenant* l'incorporation.

sultent des données officielles publiées chaque année dans le *Compte rendu sur le recrutement de l'armée* par le ministère français de la guerre, nous trouvons dans notre pays un état de choses foncièrement différent de celui qui est signalé outre-Rhin : les conseils de revision français, en effet, n'ont réformé que 3.97 ‰ de l'effectif de la classe 1894 pour affection cardiaque, 3.71 ‰ de celui de la classe 1895, 3.97 ‰ de celui de la classe 1896, 3.80 ‰ de celui de la classe 1897 et 4.07 ‰ de celui de la classe 1898. On voit que la proportion est remarquablement constante. Nous pouvons ajouter qu'après avoir fait les calculs correspondants pour toutes les classes, depuis celle de 1880 jusqu'à celle de 1901 (le compte-rendu concernant la classe 1902 n'a pas encore paru), nous avons toujours trouvé des chiffres à peu près identiques aux précédents : la proportion n'a atteint 5.18 ‰ qu'une seule fois, pour la classe 1886; en outre, depuis la classe 1898 (4.07 ‰), il faut signaler chez nous, à l'inverse de ce qui se passe en Allemagne, une diminution à peu près régulièrement progressive (3.67 ‰ en 1899, 3.82 ‰ en 1900 et *2.81* ‰ en 1901). C'est même en 1901 que la proportion est tombée pour la première fois au-dessous de 3 ‰.

Ces chiffres paraissent d'autant plus démonstratifs que le pourcentage des exemptions pour affection cardiaque, considérées *par rapport au total des exemptions*, a plutôt une certaine tendance à se relever : sur 100 exemptés de la classe 1880, 2.45 seulement le furent pour maladie de cœur; puis la proportion augmenta d'année en année pour atteindre les environs de 4 % dès 1889 et se maintenir désormais, avec des oscillations insignifiantes, autour de 4.4 %, jusqu'en 1899 où nous retombons à 3.99 %, voire même à 3.89 % en 1901.

En somme, il ressort des chiffres précédents que, si nous voulons juger de la fréquence des affections cardiaques dans la population civile en nous basant sur les éléments d'appréciation fournis par les opérations des conseils de revision, nous arrivons à ce résultat que dans notre pays il y a *statu quo*, depuis vingt ans au moins. Cette conclusion est, on le voit, diamétralement opposée à celle qui résulte des chiffres recueillis en Allemagne.

Nous nous trouvons donc en présence de la situation suivante : d'une part, dans l'armée française, un léger accroissement du nombre des réformes prononcées au corps pour affection cardiaque, avec chiffre stationnaire pour les exemptions au conseil de revision; d'autre part, dans l'armée allemande, beaucoup plus grande fréquence des maladies de cœur et parmi la population militaire et parmi l'élément civil.

Or, pour ce qui est d'abord de l'armée française, on constate que, bon an mal an, les affections cardiaques donnent lieu à peu près à 120 ‰ des réformes prononcées au corps. Cette relation, assez constante pour ne subir que des oscillations insignifiantes suivant les années, montre que si le nombre *absolu* de réformes prononcées au corps pour maladies du cœur s'est accru dans ces dernières années, il n'a du moins augmenté que dans la même proportion que les réformes pour toute autre cause.

Il est légitime de penser que les fatigues de plus en plus grandes, imposées à la troupe en vue d'un entraînement d'année en année plus sévère, ne sont pas étrangères à cet état de choses : le déchet porte sur des sujets qui auraient été aptes à résister aux exigences de naguère, mais qui ne sont pas assez vigoureux pour supporter impunément l'entraînement imposé à l'heure actuelle, et cette élimination porte d'une façon uniforme sur tous les sujets, cardiaques ou autres. En outre, la constance de la proportion des cardiaques par rapport aux réformés pris en totalité donne à penser qu'à l'heure actuelle on prononce peut-être la réforme dans l'armée française non seulement plus fréquemment que naguère, mais aussi un peu plus facilement. A cet égard, il suffit de rappeler ce qui se passa il y a environ deux ans où, par ordre supérieur, on prescrivit de débarrasser les régiments de tous les éléments *suspects*. Si de ce fait nous rapprochons cet autre — que nous avons signalé ci-dessus —, à savoir la légère diminution du nombre des exemptions prononcées par les conseils de revision pour maladie du cœur, n'est-il pas naturel de penser que le surplus des cardiaques réformés au corps concerne précisément les sujets dont l'affection avait passé inaperçue dans la hâte du conseil de revision? N'est-il pas légitime dès lors d'admettre que le *statu quo* est absolu en France? Du moins est-ce là la conclusion qui nous semble résulter d'un examen minutieux de la question et qui nous paraît s'imposer après l'exposé que nous en avons fait.

Au contraire de l'augmentation *apparente* des maladies de cœur dans l'armée française, l'accroissement signalé en Allemagne paraît répondre à un état de choses bien *réel*, du moins en ce qui concerne les réformes prononcées au corps. Pour ce qui est des exemptions ordonnées par les conseils de revision, il faut tenir compte d'un facteur qui n'est pas de nature à faciliter l'interprétation des faits. On sait qu'en Allemagne, le chiffre de la population s'accroît avec une rapidité proportionnellement bien plus grande que les exigences militaires en vue d'une augmentation des effectifs. Il en résulte que le stock humain dans lequel les conseils de revision peuvent puiser pour le recrutement de l'armée est de beaucoup supérieur aux besoins, de sorte qu'ils peuvent « trier leur monde sur le volet », ce qu'ils ne se privent pas de faire. D'où cette conclusion qu'on exempte actuellement en Allemagne pour des infirmités qui jadis étaient considérées comme compatibles avec le service actif. Ceci explique certainement en grande partie, sinon entièrement, le nombre croissant des exemptions pour affections cardiaques.

Pour ce qui est des mises en réforme prononcées au corps, l'explication paraît moins aisée à fournir. Les auteurs des différents mémoires des *Veröffentlichungen* ont accumulé les considérations les plus diverses sans cependant arriver à une conclusion de nature à entraîner la conviction, ni même à satisfaire l'esprit.

La grippe est invoquée par eux avec insistance comme l'un des facteurs étiologiques les plus importants de l'accroissement des maladies de cœur. M. le docteur Stricker, directeur du service de santé du corps d'armée de la garde, fait remarquer, par exemple, que l'augmentation annuelle la plus considérable des affections cardiaques a précisément coïncidé avec les plus graves épidémies de grippe de ces dernières années. La distribution géographique des maxima de fréquence des maladies de cœur répondrait également dans une certaine mesure aux régions où la grippe aurait sévi avec une intensité particulière : les provinces prussiennes du Hanovre, de la Saxe et du Brandebourg, les grands-duchés de Hesse et de Bade, enfin les Etats thuringiens constituent, en Allemagne, les principaux foyers de grippe, et c'est là également que les affections cardiaques paraissent présenter une fréquence particulière et progressive. Mais la manière de voir de M. Stricker est contredite par la constatation que, dans la province de la Prusse orientale, par exemple, les maladies de cœur ne sont nullement devenues plus communes que naguère, malgré plusieurs très graves épidémies de grippe — observation qui, à elle seule, suffit à rendre caduc l'argument tiré de la grippe.

Il est une autre hypothèse qui se présente d'une façon naturelle à l'esprit : c'est celle de l'émigration. On sait que celle-ci a pris en Allemagne des proportions considérables; si l'on veut s'en rendre compte, il suffit — pour ne citer qu'un des foyers de l'émigration allemande — de se rappeler que la population des Etats-Unis d'Amérique comprend actuellement quatorze millions d'Allemands. Or, il est évident que cette émigration dans des pays neufs, où la vie, par conséquent, exige une santé particulièrement robuste, a surtout drainé les éléments les plus vigoureux et les plus résistants, laissant au pays natal une plus forte proportion de malingres et de chétifs. On peut se demander, toutefois, si l'augmentation de fréquence des maladies de cœur en Allemagne n'est pas réellement hors de proportion avec celle que l'on pourrait légitimement présumer du fait de l'émigration, quelque importante que l'on suppose celle-ci.

On trouvera peut-être — et à bon droit, semble-t-il — que, pour résoudre la question, le terme général de « maladie du cœur » ou d' « affection cardiaque » manque de précision. Ne serait-ce pas faire un grand pas vers la solution que de déterminer d'une façon plus rigoureuse quelle est ou quelles sont ces maladies? S'agit-il dans l'espèce d'endocardites, de cœurs forcés, ou de toute autre lésion? Les renseignements que l'on possède à cet égard sont en effet plus qu'insuffisants. Les rapporteurs allemands ont bien ressenti les inconvénients qui résultent d'une pareille lacune. Aussi une bonne partie de leurs mémoires est-elle consacrée à la discussion d'une classification à adopter dans l'armée pour la nomenclature officielle des maladies de cœur. La conclusion qui se dégage de leurs efforts est peu encourageante : même la classification qu'ils ont élaborée est offerte sans grande conviction, comme n'ayant qu'une utilité des plus restreintes, qu'une valeur des plus douteuses par suite des difficultés que présenterait son application en pratique. Pour un peu, ils proposeraient de supprimer toute classification et de s'en tenir à la rubrique générale d'*affections cardiaques et maladies des gros vaisseaux* : c'est précisément la dénomination qui est adoptée en France pour les *Comptes rendus sur le recrutement de l'armée*, que nous citions tantôt.

Il est enfin une explication que les rapporteurs allemands n'ont fait qu'effleurer en passant, sans paraître y attacher grande importance : c'est l'effet du surmenage sur le cœur. Cependant, si l'augmentation du nombre des affections cardiaques dans l'armée allemande a débuté dès avant l'introduction du service militaire de deux ans dans ce pays, c'est surtout depuis lors qu'elle s'est accentuée et qu'elle a pris la marche accélérée qu'elle paraît suivre actuellement. Ne faut-il pas voir entre ces deux faits une relation de cause à effet, puisqu'il est évident que le nouveau régime impose un surcroît de surmenage, la recrue devant être amenée désormais en deux années à un degré d'entraînement qu'elle mettait autrefois trois ans à atteindre? En tout cas, le rapprochement chronologique que nous venons de signaler s'impose et l'on peut y voir autre chose qu'une simple coïncidence; aussi est-il intéressant d'y prêter attention, à la veille de l'introduction, en France, du service militaire de deux ans.

SEIZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1903.

Séance du 19 octobre 1903.

L'exclusion de l'intestin.

M. Hartmann (de Paris), *rapporteur*. — La définition de l'*exclusion de l'intestin* a été comprise de façons très diverses. Pour les uns, ce terme doit seulement s'appliquer aux opérations où l'on isole complètement une portion d'intestin par deux sections. D'autres, au contraire, désignent sous ce nom toutes les interventions par lesquelles une partie plus ou moins grande du contenu intestinal est dérivée de son circuit normal; on arrive ainsi à attribuer à l'expression « exclusion de l'intestin » un sens

beaucoup plus large et à y ranger même l'ancienne entéro-anastomose de Maisonneuve. Or, étant donné que généralement l'entéro-anastomose ne dérive les matières que d'une manière incomplète et que cette intervention est d'ailleurs connue depuis longtemps sous ce nom, nous pensons qu'il y a lieu de conserver l'ancienne dénomination de Maisonneuve et de réserver le terme « exclusion » aux opérations dans lesquelles on interrompt par une ou deux sections la continuité de l'intestin. Cela étant, on peut décrire les variétés d'exclusion suivantes :

Dans l'exclusion *unilatérale*, on sectionne l'intestin au-dessus de la portion qu'on désire exclure et on anastomose le bout supérieur dans un segment d'intestin situé au-dessous de la partie exclue ; le bout sous-jacent à la section est fermé dans l'exclusion unilatérale proprement dite; dans d'autres cas il est fistulisé, soit qu'il existe antérieurement une fistule pathologique, soit que l'on crée une petite fistule de sûreté.

Pour l'exclusion *bilatérale*, on fait deux sections de l'intestin, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la partie que l'on veut exclure, et l'on anastomose le bout central avec le bout périphérique; l'exclusion bilatérale sera dite fermée, si l'on oblitère la partie exclue, soit en suturant isolément les deux bouts, soit en les suturant l'un à l'autre; au contraire, dans l'exclusion bilatérale ouverte, l'anse exclue est en communication avec l'extérieur, soit par une fistule pathologique ou chirurgicale, soit par la fixation à la peau de ses deux extrémités ou de l'une d'elles seulement.

La mortalité de l'exclusion est de 13.69 %, d'après M. P.-M. Lance, qui dans sa thèse récente a réuni 146 cas avec 20 morts, dont 4 dues à des fautes opératoires, 1 à une pneumonie, 6 au shock opératoire, 9 à la péritonite septique. Des 6 cas de shock, 2 concernaient des malades opérés *in extremis*, 2 des tuberculeux, 2 des cancéreux. Sur les 9 morts par péritonite septique, 3 sont consécutives à l'exclusion bilatérale fermée, aujourd'hui abandonnée en raison des dangers qu'elle comporte.

Au point de vue des indications de l'exclusion, on peut dire que, à part quelques faits exceptionnels, cette opération a surtout été pratiquée pour les tumeurs, les rétrécissements inflammatoires ou tuberculeux, les lésions de l'intestin accompagnées de fistules. L'analyse des observations montre que, dans le cancer, la survie n'a pas été plus longue après l'exclusion qu'à la suite de la simple entéro-anastomose, et que celle-ci suffit pour amener la cessation des accidents. Nous croyons donc que, en présence d'un cancer, l'entéro-anastomose doit être préférée. Au contraire, dans les lésions inflammatoires, simples ou tuberculeuses, dans les lésions intestinales graves, accompagnées de fistules, l'exclusion semble supérieure à l'entéro-anastomose, tout en restant elle-même inférieure aux opérations qui suppriment définitivement la lésion, comme la libération et la suture d'une fistule stercorale, la résection de l'intestin malade, etc.

Même ainsi limitée dans ses indications, l'exclusion de l'intestin constitue un progrès réel, car elle permet d'apporter un remède à une série de cas jusqu'ici inaccessibles à nos moyens chirurgicaux.

M. Roux (de Lausanne). — J'ai eu 18 fois l'occasion de pratiquer l'exclusion pour des cancers inopérables; 3 de mes malades sont morts; parmi les autres, je puis vous citer deux cas de survie de deux ans. Au point de vue de la suppression des douleurs, je crois l'exclusion bien supérieure à la simple entéro-anastomose.

Dans 11 faits de résection de l'appendice à froid, j'ai exécuté l'exclusion pour parer à des complications possibles; ces 11 opérations ne m'ont donné aucun échec, de sorte que je n'hésite pas à faire cette exclusion complémentaire chaque fois que j'ai quelque inquiétude au point de vue du cours des matières. J'ai également eu recours à l'exclusion chez plusieurs malades atteints de tuberculose cæcale et les résultats ont été très satisfaisants. Une fistule vésico-vaginale, suite d'hystérectomie, nous a fourni un insuccès. J'ai enfin pratiqué l'exclusion dans un certain nombre de cas d'occlusion aiguë, avec une mortalité assez considérable, en raison des conditions particulièrement défavorables dans lesquelles l'opération a été faite.

Au total, sur 48 exclusions, je compte 6 morts seulement.

M. Tédenat (de Montpellier). — Pour ma part j'ai pratiqué 2 fois l'entéro-anastomose : dans un cas il s'agissait de cancer, et la survie a été de deux mois; dans l'autre fait, le malade, atteint de tuberculose iléo-cæcale, a survécu deux ans. Dans la tuberculose hypertrophique du cæcum, j'ai réséqué 3 fois la portion malade avec 3 guérisons; mais il est certain que les adhérences étendues rendent souvent l'opération impossible, et c'est alors que l'exclusion constitue une ressource précieuse. Dans un fait de ce genre, j'ai procédé à l'exclusion unilatérale, abouchant l'iléon à l'S iliaque, et la guérison a été obtenue.

Quant à l'exclusion bilatérale, je l'ai pratiquée dans un seul cas. Il s'agissait d'une fistule du côlon transverse, s'ouvrant à la fois à la région sus-pubienne et dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Après exclusion de la partie moyenne du côlon transverse, dont les deux extrémités oblitérées furent abandonnées dans l'abdomen — ce que les fistules préexistantes permettaient de faire sans inconvénients —, j'exécutai l'entéro-anastomose latérale du côlon transverse avec la partie moyenne de l'S iliaque. La malade a guéri, mais ses fistules ont mis huit mois à se fermer.

M. Girard (de Berne). — Je puis vous communiquer 3 observations d'exclusion pour tuberculose intestinale. Dans deux cas de tuberculose, avec fistule stercorale, l'exclusion unilatérale n'a pas empêché le reflux des matières, et j'ai pu me convaincre que cette opération était tout à fait insuffisante. Je n'ai pratiqué que dans un cas l'exclusion bilatérale, qui m'a permis de réséquer ultérieurement la portion d'intestin malade; le patient n'en a pas moins succombé à la tuberculose.

M. Doyen (de Paris). — En dehors des opérations d'exclusion vraie, qui peuvent être considérées comme exceptionnelles, on ne pratique guère que l'entéro-anastomose dérivative simple, dont il n'y a pas lieu de modifier la dénomination. D'une façon générale, on doit toujours essayer d'extirper la lésion, avant de songer à se contenter d'une exclusion; c'est ainsi que, pour ma part, j'ai dû 2 fois seulement faire une exclusion de l'intestin.

Au point de vue de la technique, je tiens à insister sur l'importance qu'a prise dans la pratique de l'exclusion, entre autres moyens, l'écrasement de l'intestin avec une pince spéciale, qui permet l'oblitération rapide des segments intestinaux.

M. Monprofit (d'Angers). — Dans 4 cas de cancer inopérable du côlon, j'ai eu recours avec succès à la double implantation de l'iléon, en sectionnant celui-ci à une certaine distance du cæcum, puis en anastomosant d'abord en aval de la tumeur le bout supérieur de l'intestin grêle et en réunissant ensuite le bout distal à l'anse sigmoïde, au lieu de le fermer, de façon à assurer l'écoulement de tous les produits sécrétés en amont ou en aval. Cette manière de faire dispense de la fistulisation cutanée et assure l'évacuation totale des matières dans l'intestin; on évite également la fermeture en cul-de-sac d'une extrémité intestinale dans l'abdomen, qui offre toujours quelques risques.

M. Berger (de Paris). — Dans un cas de tuberculose cæcale compliquée de fistule pyostercorale, j'avais pratiqué d'abord une iléocolostomie, qui n'amena pas un résultat suffisant au point de vue de la dérivation du contenu de l'intestin; ne jugeant pas la résection possible, j'ai eu recours à l'exclusion bilatérale, et très rapidement les matières ont repris leur cours normal.

M. Mauclaire (de Paris). — J'ai eu à traiter une malade atteinte de fistule stercorale consécutive à une ablation des annexes. Je fis successivement l'anastomose iléo-colique ascendante et l'anastomose iléo-sigmoïde, ce qui n'empêcha pas le reflux des matières, et je me décidai alors à compléter l'exclusion en sectionnant l'angle colique gauche; le résultat a été excellent et l'écoulement des matières par l'anus artificiel ne s'est plus produit. Dans un autre cas, où j'ai fait également une exclusion de l'intestin, l'opération a été suivie de mort.

L'exclusion peut être pratiquée en vue de remédier à des malformations congénitales. Pour l'exstrophie de la vessie, nous avons proposé la greffe des uretères dans le rectum exclus et la descente du côlon à travers le releveur de l'anus. M. Gersuny a pratiqué cette opération qu'il a toutefois modifiée.

M. Morestin (de Paris). — Je désire insister spécialement sur les indications de l'exclusion de l'intestin, en tant qu'opération préliminaire destinée à faciliter ultérieurement la résection de l'intestin malade. J'ai eu recours à cette intervention préalable pour un cas d'épithélioma mucoïde du cæcum, compliqué de fistule stercorale, dans lequel le cæcum n'aurait pu certainement être enlevé d'emblée, sans faire courir à la malade un danger très grand. Grâce à la dérivation du cours des matières, résultant de l'exclusion préliminaire, l'état local s'est avantageusement modifié, les adhérences ont diminué, l'inflammation péricæcale a rétrocédé, et j'ai pu facilement pratiquer ensuite l'ablation de la tumeur; malgré une résection intestinale très étendue, la patiente a parfaitement guéri.

M. H. Haberer (de Vienne). — Je suis chargé de vous communiquer la statistique de M. von Eiselsberg, concernant l'exclusion partielle et totale de l'intestin.

Pour l'exclusion totale, les faits constatés chez l'homme et chez les animaux ont démontré les dangers de l'occlusion complète des deux bouts de l'anse exclue, sauf dans les cas où celle-ci est le siège d'une fistule extérieure suffisamment perméable. C'est ainsi que dans 3 cas où l'on avait obturé avec un tampon la communication extérieure de l'anse exclue, pour préserver la plaie pariétale de l'infection, on observa des symptômes péritonéaux menaçants qui disparurent après l'ablation du tampon et l'évacuation du contenu de l'intestin exclu.

La statistique totale de M. von Eiselsberg comprend 48 cas d'anastomose latérale, 8 d'exclusion unilatérale et 14 d'exclusion totale.

L'iléo-colostomie tient la première place, avec 36 cas, parmi les anastomoses latérales; l'iléo-iléostomie a été faite 5 fois seulement, la colo-colostomie et la jéjuno-colostomie chez 3 malades chacune, la jéjuno-jéjunostomie dans 1 cas. De ces 48 opérations d'anastomose latérale, 13 ont été suivies de mort.

Les 8 exclusions unilatérales ont donné 7 guérisons opératoires et 1 mort seulement.

Parmi les 14 individus chez lesquels l'exclusion totale a été pratiquée, 3 sont morts de péritonite à la suite de l'intervention.

Voici maintenant ce qui concerne la durée des survies :

Sur les 35 sujets qui ont survécu aux opérations d'anastomose latérale, 13 ont eu une survie de deux mois à un an; 2 n'ont pu être retrouvés; les 20 autres sont encore vivants; parmi eux, 3, qui étaient atteints de carcinome, ont une survie de deux ans.

Des 7 cas d'exclusion unilatérale suivis de guérison opératoire, 4 se sont terminés par la mort, mais après dix-huit mois seulement pour 3 d'entre eux; pour un autre, la survie est de deux ans déjà; les deux derniers malades ont été perdus de vue.

Parmi les 11 patients qui ont survécu à l'exclusion totale, 4 sont morts de deux à vingt mois après l'opération; les 7 autres cas ont été suivis de guérison complète.

L'entéro-anastomose a été pratiquée plus fréquemment que les deux autres opérations, parce qu'il s'agissait le plus souvent de malades dont l'état général exigeait qu'on eût recours à l'intervention la plus simple et la plus rapide. L'exclusion unilatérale de l'intestin, intermédiaire entre l'anastomose latérale et l'exclusion totale, a sur l'anastomose l'avantage de réaliser une exclusion plus radicale de la partie atteinte de l'intestin, mais elle ne peut empêcher complètement le contenu intestinal de passer par le segment altéré, comme le fait l'exclusion totale. Celle-ci doit donc être préférée à l'exclusion unilatérale, lorsqu'il paraît nécessaire d'exclure la portion malade de l'intestin et que l'état général du patient n'exige pas l'opération la plus simple. Pour la guérison des fistules intestinales extérieures, l'exclusion totale reste la méthode souveraine.

M. Depage (de Bruxelles). — J'ai pratiqué une seule fois l'exclusion intestinale, pour un cancer ouvert du cæcum; j'ai fait l'exclusion unilatérale et j'ai constaté le reflux rétrograde des matières par le côlon ascendant.

Lorsque c'est un segment de l'intestin grêle qui doit être exclu, la recherche des deux bouts est parfois très difficile, surtout quand il s'agit

de tuberculose. Je puis vous citer notamment 2 observations de tuberculose péritonéo-intestinale avec fistules où je n'ai pu parvenir à me reconnaître dans l'enchevêtrement des anses intestinales, et où j'ai dû terminer l'opération par une entérectomie suivie d'entérorrhaphie.

Je pense que dans les cas de lésions intestinales accompagnées de fistules fécales, on peut décider d'avance s'il convient de faire l'entérectomie ou de se borner à la fermeture de la fistule. Mais pour les lésions tuberculeuses, surtout lorsqu'elles sont compliquées de fistules et principalement quand elles intéressent seulement l'intestin grêle, il sera au contraire téméraire de fixer d'avance l'opération qui devra être faite; on ouvrira le ventre dans le voisinage de la fistule et c'est alors seulement qu'on se décidera pour l'une ou l'autre opération; dans les faits de ce genre, je crois que l'exclusion sera exceptionnelle et que le plus souvent elle devra céder le pas à l'entérectomie ou à la simple anastomose.

M. L. Maire (de Vichy). — Dans un cas où j'ai pratiqué l'exclusion d'une anse grêle pour néoplasme, j'ai terminé l'opération par une anastomose termino-terminale, sans bouton ni support, et j'ai eu beaucoup de peine à faire une suture régulière, étanche. A la suite de cette intervention, j'ai essayé sur des chiens des supports résorbables, destinés à faciliter l'anastomose termino-terminale, et je me suis bien trouvé de l'emploi des pâtes alimentaires connues sous le nom de *caneloni*, qui supportent bien la stérilisation dans l'étuve sèche ou dans l'autoclave. Après avoir opéré par ce moyen 4 chiens avec succès, j'ai employé ce procédé chez une de mes malades pour l'exclusion d'une anse grêle; l'opération fut simple et rapide et, dès le jour de l'intervention, la malade, qui présentait auparavant une constipation opiniâtre, alla à la selle et ne cessa dès lors d'y aller quotidiennement.

Séance du 20 octobre 1903.

De la botryomycose.

M. Savariaud (de Paris). — Dans un cas de botryomycome atteignant le volume d'une noisette, des essais de cultures effectués avec du suc prélevé d'une façon aseptique sur la partie saillante, ainsi qu'au niveau du pédicule et en plein centre de la tumeur, sont restés négatifs, contrairement aux résultats obtenus par MM. Poncet et Dor. L'absence de microorganismes au centre de la tumeur tend à prouver que les microcoques qu'on trouve habituellement à la surface des bourgeons ne jouent qu'un rôle douteux dans la genèse de ces productions, qui présentent la structure banale des bourgeons charnus.

M. Thiéry (de Paris). — J'ai pu observer un assez grand nombre de botryomycomes ou, du moins, de tumeurs cliniquement identiques à celles qui ont été décrites sous cette appellation. Sans être en mesure d'affirmer la spécificité de ces productions, je tiens à préciser qu'elles présentent une physionomie tout à fait particulière, étant constituées par des masses régulièrement arrondies, sans aucun revêtement épithélial, s'étalant en quelque sorte de chaque côté de la cupule au niveau de laquelle leur pédicule émerge.

M. Dor (de Lyon). — Je crois que les auteurs qui jusqu'à présent ont formulé des objections contre l'opinion que nous avons défendue, M. Poncet et moi, sur la spécificité des microorganismes des botryomycomes, auraient dû comparer, comme nous l'avons fait, les lésions botryomycosiques des animaux à celles que nous avons décrites chez l'homme.

M. Cazin (de Paris). — J'ai fait l'examen histologique et bactériologique de deux petites tumeurs inflammatoires cliniquement identiques à celles que MM. Poncet et Dor ont observées et qui leur ont permis de généraliser l'origine botryomycosique à toutes les productions analogues. Or, dans mes deux observations, il s'agissait de vulgaires bourgeons charnus, ne renfermant aucun microbe spécifique. Je pense donc que, à côté des tumeurs dans lesquelles MM. Poncet et Dor ont pu constater l'existence des parasites de la botryomycose, il existe un grand nombre de bourgeons charnus qui, tout en étant cliniquement semblables aux botryomycomes, ne renferment pas de parasites et sont déterminés par des microorganismes vulgaires; dans ces conditions, l'entité de la botryomycose humaine ne se trouve pas suffisamment établie par des caractères cliniques et anatomo-pathologiques, puisqu'il existe des productions en apparence identiques dans lesquelles le parasite spécial ne se rencontre pas.

M. Poncet (de Lyon). — Je reconnais qu'il est difficile de faire la distinction entre les botryomycomes et d'autres tumeurs inflammatoires, mais je crois cependant que l'évolution des tumeurs botryomycosiques est différente de celle des bourgeons charnus vulgaires.

Traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne.

M. Paul Delbet (de Paris.) — Le 23 juin j'ai été appelé auprès d'un malade semi-comateux atteint de crises d'épilepsie jacksonienne ayant débuté dix-neuf ans auparavant et devenues très fréquentes (200 par jour depuis quinze jours). J'ai fait la trépanation par le procédé de Doyen et le malade a guéri.

A ce propos j'ai réuni 130 cas de trépanation pour épilepsie jacksonienne et, après une analyse soigneuse de ces observations, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

S'il existe une dépression marquée du crâne, on devra appliquer le trépan sur ce point et relever l'os déprimé. L'incision de la dure-mère n'est pas indispensable, mais il est préférable cependant d'inciser cette membrane afin de s'assurer de l'état du cerveau.

Dans le cas où il n'existe pas de dépression, on aura recours à l'ouverture du crâne par lambeau ostéoplastique suivant le procédé de Doyen, qui permet de voir et d'explorer les méninges et le cerveau sur une vaste surface.

Les succès sont la règle quand on trouve une lésion superficielle ou une lésion cérébrale inflammatoire; ils sont l'exception dans les lésions dégénératives du cerveau.

Résultats éloignés du traitement chirurgical des épilepsies essentielles.

M. Vidal (de Périgueux). — Les résultats de ma pratique, relativement aux sympathicectomies cervicales totales dans les épilepsies, remontent actuellement à plus de deux années, et je puis dire que la proportion élevée de guérisons et d'améliorations notables que j'ai obtenues contraste singulièrement avec les résultats plus que médiocres signalés par d'autres chirurgiens.

J'attribue ces différences principalement au choix rigoureux des malades, qui sont toujours soumis, suivant ma méthode, à l'épreuve préalable du nitrite d'amyle; je n'opère, en effet, que les épileptiques chez lesquels les inhalations suspendent une crise nettement annoncée, car on peut en conclure qu'une vaso-dilatation cérébrale permanente a des chances de produire les mêmes effets. Je pratique l'extirpation très complète de la chaîne cervicale, notamment au niveau du ganglion supérieur. Pour éviter les troubles qui peuvent résulter des manœuvres dirigées sur ce dernier, et qui sont dus en partie au nerf dépresseur, j'ai pris l'habitude d'injecter une goutte de cocaïne dans le ganglion.

Pseudo-kyste sus-dure-mérien.

M. Villar (de Bordeaux). — Chez un garçon de quinze ans qui, quatre ans après avoir reçu sur la tête une grosse branche de pin, avait vu se déclarer des crises d'épilepsie, je pratiquai la trépanation au niveau d'une saillie osseuse correspondant au siège du traumatisme, et je trouvai un pseudo-kyste séreux extra-duremérien, qui comprimait manifestement le cerveau. La suppression de cette collection fut suivie d'une guérison complète. Je crois qu'il s'agit là d'un fait rare, car je n'ai pu réunir qu'un très petit nombre d'observations analogues, concernant toujours des sujets jeunes.

Emploi chirurgical de feuilles d'argent laminé.

M. Reboul (de Nîmes). — Depuis la communication de M. Credé sur les propriétés bactéricides de l'argent (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 217), j'ai employé des feuilles d'argent laminé, stérilisées à 140° ou 150°, dans le traitement des plaies. Après avoir nettoyé la plaie à l'eau bouillie chaude, à l'aide d'une pince à griffes on applique directement la feuille d'argent sur toute la surface de la plaie ou sur la tumeur; avec un petit tampon de coton on exerce des pressions sur la feuille d'argent de manière à la rendre intimement adhérente, et on la recouvre ensuite d'un pansement approprié à la région et à la plaie; suivant l'abondance de la suppuration ou du suintement, ce pansement est renouvelé tous les deux jours ou toutes les semaines; il peut rester en place pendant un mois et même davantage sans produire le moindre érythème. Pour renouveler le pansement, on fait couler un filet d'eau stérilisée chaude sur la plaie ou la tumeur. Les parties de la feuille d'argent détachées sont entraînées avec la suppuration et les croûtes; je laisse en place les parties adhérentes. Je recouvre ensuite la plaie d'une nouvelle feuille.

C'est sur les ulcères variqueux et les plaies anciennes que j'ai commencé à employer les feuilles d'argent comme moyen de pansement. Je m'en suis servi ensuite pour les ulcérations et fistules tuberculeuses, pour le pansement des lupus traités par l'électrolyse. Dans 5 cas d'épithélioma cutané superficiel de la face, l'emploi exclusif des feuilles d'argent a amené la chute des croûtes et une bonne cicatrisation; les résultats ont été durables.

Le plombage à la paraffine iodoformée.

M. Delangre (de Tournai). — Les bons résultats que j'ai obtenus par l'inclusion prothétique de paraffine m'ont conduit à employer un mélange de trois parties de paraffine pour une partie d'iodoforme, dans le but de combler les cavités pathologiques en communication avec l'air extérieur. L'épreuve préalable pratiquée avec succès sur le cobaye m'a engagé à faire une tentative de ce genre pour effacer la cavité d'un kyste ovarique intraligamentaire que j'avais dû marsupialiser par suite de la friabilité de la poche fusionnée avec les viscères environnants. L'opération fut exécutée en quatre temps; au bout d'une dizaine de jours, les fils furent enlevés, la réunion ayant été obtenue *per primam*, sans réaction des téguments.

Des cancers développés sur des lupus.

M. Morestin. — C'est un fait bien connu des dermatologistes que des épithéliomes prennent naissance parfois sur des cicatrices de lupus ou sur des lupus en voie d'évolution. Il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence : le cancer se greffe sur un lieu de moindre résistance où il trouve un terrain favorable à son développement.

J'ai observé pour ma part 7 cas de ce genre, et, chaque fois que je l'ai pu, je n'ai pas hésité à faire l'ablation du lupus, en même temps que celle du cancer, sans craindre les larges pertes de substance qui seules d'ailleurs peuvent donner quelque espoir de guérison durable au point de vue de la lésion épithéliomateuse greffée sur le lupus. Quelle que soit l'étendue de la perte de substance résultant de l'exérèse, les décollements étendus des téguments du cou permettent facilement de la combler.

Cellules mastoïdiennes aberrantes.

M. Moure (de Bordeaux). — J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de cellules mastoïdiennes aberrantes. La connaissance de ces cellules est importante au point de vue pratique, et il faut toujours se demander s'il n'en existe pas au voisinage de la mastoïde largement trépanée. Lorsque l'apophyse est éburnée et que la seule cavité mastoïdienne est constituée par l'antre, il n'y a pas lieu de rechercher des cellules diverticulaires. Par contre, si l'apophyse est pneumatique, formée de nombreuses cellules plus ou moins isolées par des travées osseuses, il est utile de voir s'il n'existe pas soit en arrière, soit en bas, soit dans la profondeur, des cavités isolées pouvant contenir des germes infectieux susceptibles de déterminer de graves complications.

De l'ablation des cancers des lèvres.

M. Morestin. — Je crois que le plus souvent on n'extirpe pas assez largement les cancers des lèvres. Pour l'épithélioma unilatéral de la lèvre inférieure, au lieu de tailler un V comme on le fait habituellement, j'enlève un trapèze

correspondant en haut à la moitié de la lèvre et limité inférieurement par une incision qui va de l'éminence du menton jusqu'à la rencontre d'une ligne se dirigeant très obliquement en bas et en arrière, de la commissure jusqu'au bord inférieur du maxillaire; grâce à cette large excision, je puis enlever facilement la glande et les ganglions sous-maxillaires. Pour la réparation, j'emploie le procédé décrit par M. Larger, avec une légère modification.

Si la lésion est médiane et assez étendue, la lèvre est enlevée en totalité, à l'aide de trois incisions, dont une, transversale, contourne l'éminence du menton et vient à la rencontre de deux autres lignes obliques en arrière et en bas, allant de la commissure au bord du maxillaire.

M. Thiéry fait une communication sur le traitement abortif des furoncles par les injections d'oxygène, suivant la méthode de Thiriar (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 406 et 1903, p. 220).

M. Suarez de Mendoza (de Paris) donne lecture d'un mémoire sur *le diagnostic et le traitement des sinusites.*

M. Faure (de Paris) fait une communication sur la voie transhyoïdienne dans l'extirpation des tumeurs de la région glosso-épiglottique.

M. Barette (de Caen) lit une note sur *quelques faits de traumatisme du crâne et de l'encéphale.*

D[r] MAURICE CAZIN (de Paris).

(*A suivre*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1903.

Nanisme ancestral ou achondroplasie ethnique.

M. A. Poncet (de Lyon) communique, en son nom et au nom de M. R. Leriche, les observations de deux nains, frère et sœur, qui, âgés respectivement de trente et un et de vingt-huit ans, mesurent l'un 1 m. 20, l'autre 1 m. 17; leur grand-père et leur père n'avaient l'un et l'autre que 1 m. 35 de taille.

Ces deux sujets étant parfaitement constitués, leur intelligence étant bien développée, enfin aucune lésion n'existant au niveau de leur squelette — on remarque notamment sur les radiographies que la soudure diaphyso-épiphysaire est partout complète —, l'orateur estime qu'il s'agit là d'une variété de nanisme qui n'a rien de pathologique, d'autant que, dans le cas présent, elle se montre héréditaire. Aussi M. Poncet est-il d'avis qu'à côté de l'achondroplasie relevant de facteurs morbides divers (infections, intoxications, etc.), telle que l'avait conçue Parrot et que l'ont bien étudiée M. Porak et M. P. Marie, il conviendrait de faire place à une variété spéciale de nanisme essentiel, offrant cette particularité capitale d'être un attribut ethnique, par cela même héréditaire. Pour l'orateur, les nains de ce genre seraient les derniers représentants de races anciennes de très petite taille, dont l'existence est attestée — en dehors du souvenir que les traditions populaires en ont conservé dans de multiples légendes — par les résultats des fouilles dans certaines sépultures préhistoriques, et dont on a d'ailleurs pu retrouver les traces, en tant que races distinctes, jusque vers la fin du dixième siècle de notre ère. Ces sujets, de par l'arrêt de développement de leur squelette, sont réellement des achondroplases, mais ce sont des achondroplases spéciaux : on pourrait les opposer, sous le nom d'achondroplases *ataviques*, aux achondroplases *pathologiques*.

M. Cornil rappelle qu'il existe au musée Dupuytren une série de squelettes de nains achondroplasiques, et ajoute que dans l'antiquité les sujets achondroplasiques étaient très nombreux, témoin le dieu Phtha du panthéon égyptien.

M. Blanchard présente, au nom de M. Brumpt, qui les a ramenés ce matin du Congo, trois nègres atteints de la maladie du sommeil. Cette affection, qui depuis quelques années dévaste des territoires entiers dans l'Afrique équatoriale, serait due, d'après différents auteurs, à la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'une variété de trypanosome, que M. Brumpt a également trouvé 32 fois sur 38 cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1903.

Kyste dermoïde du mésocôlon transverse.

M. Potherat. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Launay; elle a trait à un kyste dermoïde du mésocôlon transverse, constaté chez un homme de trente-six ans. Ce kyste formait une tumeur légèrement mobile dans le sens transversal, un peu douloureuse à la pression; notre confrère porta le diagnostic de kyste hydatique du foie. La ponction faite après l'ouverture de l'abdomen n'ayant donné lieu à aucun écoulement de liquide, M. Launay incisa la tumeur au bistouri, et évacua ainsi une grande quantité de matière sébacée. L'ablation de la poche n'offrit pas grande difficulté, et notre confrère put se rendre compte que le kyste était développé dans l'épaisseur du côlon transverse. La guérison opératoire fut obtenue sans incident.

Les faits de ce genre sont très rares et les auteurs classiques citent seulement quelques cas analogues de kystes dermoïdes, siégeant notamment dans le mésentère.

Le diagnostic, chez le malade de M. Launay, ne pouvait guère être affirmé; cependant la mobilité de la tumeur dans le sens transversal permettait d'éliminer l'hypothèse de kyste hydatique du foie, et l'examen des urines plaidait dans le même sens, en révélant l'absence de pigments biliaires, contrairement à ce qui a lieu quand il s'agit de kyste hépatique.

M. Quénu. — Dans quelques cas de kystes hydatiques pédiculés du foie, on peut constater une certaine mobilité dans le sens transversal; j'ai eu pour ma part l'occasion d'en observer un exemple.

M. Hartmann. — J'ai vu aussi un cas de kyste hydatique du foie, pédiculé et mobile. Quant à la présence des pigments biliaires dans l'urine en cas de kyste hépatique, c'est un signe qui n'a rien de constant.

De l'appendicite gangreneuse.

M. Reynier. — Dans la discussion qui a eu lieu sur ce sujet l'année dernière, M. Quénu a insisté avec raison, au point de vue du diagnostic de l'appendicite gangreneuse, sur la discordance qui existe entre la gravité des phénomènes généraux et la bénignité des symptômes locaux (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 164 et 202). Cette discordance a, en effet, quelque chose de tout à fait spécial et nous pouvons, grâce à elle, faire le diagnostic précoce et opérer très rapidement. Je puis, à ce propos, vous citer une observation démonstrative. Il s'agit d'un homme entré dans mon service au deuxième jour d'une appendicite, et qui fut soumis, dès son arrivée, au traitement par la glace; je le vis deux jours plus tard, et, malgré la bénignité apparente des signes locaux, je fus frappé de la fréquence du pouls et de la persistance de la température; je fus avisé dans la soirée qu'une nouvelle élévation thermique s'était produite, avec 120 pulsations à la minute; je portai alors le diagnostic d'appendicite gangreneuse, et j'intervins immédiatement. L'opération confirma le diagnostic et permit de sauver le malade.

M. Quénu. — La discordance dont vient de parler M. Reynier existe dans un assez grand nombre de cas, mais elle n'est pas constante; les symptômes ne peuvent pas, en effet, être exactement les mêmes dans les appendicites gangreneuses d'emblée et dans celles où la gangrène est secondaire. C'est ainsi que, chez une malade que j'ai observée avec M. Troisier, j'ai vu des phénomènes généraux graves apparaître huit jours seulement après le début de l'affection, alors que, les jours précédents, il y avait concordance absolue entre l'atténuation des signes locaux et l'amélioration de l'état général; j'ai opéré cette femme et j'ai trouvé une gangrène de l'appendice, qui évidemment s'était produite secondairement, car son évolution ne pouvait pas avoir duré huit jours.

Kyste de l'épididyme à pédicule tordu.

M. Richelot. — J'ai observé, l'année dernière, chez un garçon de treize ans, un fait intéressant de torsion du pédicule d'un kyste de l'épididyme, dans les conditions suivantes : j'avais vu le jeune malade huit jours auparavant et constaté l'existence, dans les bourses, d'un kyste très mobile, qui ne paraissait pas avoir de connexions intimes avec l'épididyme; lorsque ce garçon me fut montré de nouveau, il présentait tous les signes d'une orchi-épididymite, et je ne pus plus distinguer le kyste trouvé antérieurement : sans mes premières constatations, je n'aurais pas manqué de faire le diagnostic de tuberculose testiculaire. J'attendis la fin des phénomènes inflammatoires, et, ayant retrouvé le kyste, immobilisé cette fois sur la tête de l'épididyme, j'en pratiquai l'ablation; je pus alors m'assurer que le pédicule de la petite tumeur était tordu trois fois sur lui-même.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 octobre 1903.

Trachéobronchite pseudo-membraneuse diphtérique primitive.

M. Sergent communique l'observation d'une jeune fille de vingt et un ans, qui entra à l'hôpital pour une dyspnée intense accompagnée de tirage sus et sous-sternal et chez laquelle on ne constatait ni angine, ni coryza, ni adénopathie. La trachéotomie pratiquée d'urgence provoqua le rejet de fausses membranes blanchâtres et amena un peu de soulagement. L'examen bactériologique ayant démontré la nature diphtéritique des fausses membranes, on fit à la malade, les jours suivants, des injections de sérum antidiphtérique. Le troisième jour elle expulsa par la canule un moule trachéo-bronchique canaliculé d'une longueur de 15 centimètres; néanmoins elle succomba à des accidents urémiques six jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva, sur les parties latérales du cou, deux gros ganglions péritrachéaux qui comprimaient les nerfs récurrents, et on constata, en outre, des lésions étendues à tout l'arbre bronchique, avec foyers de pneumonie lobulaire. Une ponction exploratrice, pratiquée en plein parenchyme pulmonaire immédiatement après la mort, avait permis de recueillir quelques centimètres cubes de sérosité sanguinolente qui donna des cultures pures de bacilles diphtériques; des coupes du poumon et des bronches montrèrent également l'existence de ce même microorganisme. Ces diverses constatations autorisent à admettre l'existence d'une bronchite diphtérique primitive.

M. Le Gendre dit avoir vu, il y a quelques années, un fait analogue : il s'agissait d'un malade qui était également entré à l'hôpital avec une dyspnée intense, bien que ne présentant aucun signe d'angine ni de laryngite. Cet homme rejeta spontanément par la bouche une fausse membrane diphtérique. Malgré les injections de sérum, il ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on constata l'existence d'une bronchite diphtérique totale, manifestement primitive.

Cyphoscoliose d'origine hystérique à la suite d'une sciatique.

M. Rouget (médecin militaire) présente un jeune homme, ancien paludéen, alcoolique, absinthique et fumeur d'opium, chez lequel est survenue, consécutivement à une sciatique grave du côté gauche, actuellement guérie, une cyphoscoliose lombaire considérable. L'absence de douleurs spontanées ou provoquées au niveau de cette déformation, ainsi que l'intégrité des corps vertébraux et de leurs cartilages et ligaments, démontrée par la radioscopie, a fait penser à l'orateur que cette déformation pouvait être d'origine hystérique. Ce diagnostic a été confirmé par l'examen du malade, lequel offre les stigmates habituels de la névrose. Enfin, l'amélioration très notable qui est survenue à la suite de l'emploi de l'électricité statique constitue encore un nouvel argument en faveur de la nature hystérique de la déformation.

M. Rouget incline même à croire que toutes les déformations vertébrales, quelles qu'elles

soient, qui s'observent à la suite des sciatiques, relèvent de la même origine et ne frappent que des sujets prédisposés. A l'appui de cette opinion, il invoque la très grande variabilité de ces déformations (scolioses croisées homologues, etc.), et aussi le fait qu'elles ne se montrent pas toujours à la même période de la maladie. La lecture des observations relatives à ces déformations prouve, en outre, que très souvent des troubles de la sensibilité cutanée coexistent avec elles, comme c'était le cas chez le sujet que l'orateur vient de présenter.

M. Lamy dit avoir observé une déformation du thorax chez un homme qui, à la suite d'une chute, se figurait être atteint d'une fracture de la colonne vertébrale. En réalité, il n'existait aucune lésion du squelette et la déviation était d'origine hystéro-traumatique.

Lésions des cellules cérébrales dans un cas de rhumatisme cérébral.

M. Josué relate, en son nom et au nom de M. Salomon, l'observation d'un malade qui a succombé au neuvième jour d'un rhumatisme cérébral. A l'autopsie, on trouva, outre une congestion du cerveau et des méninges, des altérations très accusées des cellules cérébrales avec production de figures de neuronophagie. Ces altérations de nécrose cellulaire, plus marquées au niveau du lobe frontal que dans la région motrice, justifient donc l'expression classique de rhumatisme cérébral. On a également constaté chez ce malade une dégénérescence graisseuse du foie, qui a peut-être joué un rôle dans la genèse des accidents cérébraux.

M. Achard dit observer en ce moment un malade qui, depuis plusieurs mois, est atteint d'un délire violent survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, ainsi que d'une eschare sacrée très étendue; il semble bien que ces accidents sont la conséquence de profondes altérations des cellules cérébrales.

Sclérose diffuse sous-muqueuse du gros intestin.

M. d'Œlsnitz communique, au nom de M. Galliard et au sien, l'observation d'un homme qui a succombé au bout de huit jours à des accidents cholériformes avec hypothermie, albuminurie et oligurie, et dont l'autopsie a révélé, outre des lésions de tuberculose pulmonaire, une sclérose diffuse du gros intestin. A partir de l'angle gauche du côlon jusqu'à l'anus, cet organe présentait l'aspect d'un tube rigide à parois considérablement épaissies. Cet épaississement était dû à la formation d'un tissu scléreux qui s'était développé entre la tunique musculeuse et la muqueuse, l'une et l'autre intactes macroscopiquement et histologiquement. Il faut ajouter qu'il n'existait aucune lésion au niveau du foie ou des branches de la veine porte et qu'on n'a pas trouvé trace de péritonite ancienne ou récente. D'autre part, le malade n'était ni syphilitique, ni alcoolique, si bien que le point de départ de cette sclérose n'a pu être déterminé.

Syphilides zoniformes tertiaires avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Sicard relate, en son nom et au nom de M. Touchard, 2 observations de syphilides tertiaires disposées sous la forme de zona thoracique. Chez ces deux malades, dont le premier était un tabétique avéré, mais dont l'autre n'offrait aucun signe d'une affection des centres nerveux, la ponction du canal rachidien a révélé une lymphocytose très accusée. Il est permis de voir dans cette lymphocytose la preuve de l'existence d'une lésion du système nerveux central, qui aurait pour ainsi dire conditionné la lésion cutanée, extériorisant l'éruption suivant une topographie zoniforme.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 17 octobre 1903.

Rapports des crises gastriques tabétiques avec des crises d'angiospasme.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Pál** a fait connaître les résultats de ses recherches sur les relations des crises gastriques tabétiques avec certains troubles de la circulation. D'après l'orateur, les crises gastriques des tabétiques sont toujours précédées d'une augmentation, quelquefois considérable, de la tension artérielle, augmentation qui est sensiblement identique pour toutes les crises chez le même sujet. En outre, dans l'intervalle des crises, la tension artérielle reste toujours un peu au-dessus de la normale. Enfin, quand on abaisse artificiellement cette tension, les douleurs gastriques disparaissent aussi longtemps que cet abaissement persiste.

Ces différents faits tendent à prouver que les crises gastriques des tabétiques sont liées à des crises vasculaires de nature vasoconstrictive, lesquelles provoquent des phénomènes douloureux dans la sphère du plexus solaire et des organes qui en dépendent. Cette conception permet de rapprocher les crises gastriques de certains autres accidents tabétiques — tels que la céphalalgie, l'aphasie, les vertiges, etc. — dont l'origine vasoconstrictive n'est plus contestée.

M. W. Winternitz fait observer que bien souvent les douleurs lancinantes des tabétiques sont accompagnées d'un abaissement de la pression sanguine.

M. Pál croit qu'on peut attribuer cette particularité à une excitation des racines postérieures.

Troubles réflexes de la parole et de l'écriture dans les affections de l'oreille.

M. V. Urbantschitsch a attiré l'attention sur divers troubles de la parole et de l'écriture, que l'on constate assez souvent chez les sujets atteints de corps étrangers ou de polypes de l'oreille, ou encore d'otites variées. Les malades ne peuvent pas prononcer certaines consonnes, surtout les S; ils lisent difficilement et quelquefois sont tout à fait incapables de lire; parfois même il existe une aphasie ou une paraphasie sensorielle. Les troubles de l'écriture sont caractérisés par un agrandissement des lettres, qui sont plus espacées qu'à l'état normal.

Ces modifications de l'écriture et de la parole sont transitoires ou permanentes, mais on aurait tort de les considérer comme caractéristiques d'une affection de l'oreille, car elles peuvent être provoquées également par des altérations de la muqueuse nasale ou par de simples névralgies faciales. Il s'agit là, en somme, d'accidents réflexes ayant pour point de départ une irritation quelconque des nerfs sensitifs; aussi la cocaïnisation du rameau nerveux irrité suffit-elle en général pour les faire disparaître.

Dr SCHNIRER.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Sur le climat des Etats-Unis d'Amérique.

Il ne saurait entrer dans le cadre d'un article comme celui-ci de traiter d'une façon complète une question aussi vaste que celle du climat des Etats-Unis. Aussi mon intention est-elle simplement de fournir quelques indications d'une portée générale et de présenter quelques remarques qui m'ont été suggérées dans le cours de mon voyage en Amérique, soit par des observations personnelles, soit à la suite d'entretiens avec des confrères américains. Au reste, on ne doit pas espérer recueillir dans un pareil voyage — même lorsqu'on lui a consacré près d'une année — des données suffisantes pour parler d'un semblable sujet d'une façon définitive et complète. Je ne saurais toutefois me dispenser entièrement de m'occuper ici du climat. J'ai déjà eu l'occasion antérieurement d'indiquer, en passant, le rôle important que joue ce facteur dans la vie de l'Américain. Sans aller aussi loin que ceux qui, en tous lieux, en tous temps et en toutes choses, ne savent invoquer que le climat comme explication, on doit convenir néanmoins que le climat américain explique bien des particularités qu'en Europe on est habitué à regarder comme en dehors de sa sphère d'influence immédiate.

En outre, il faut se rappeler que le territoire des Etats-Unis a une superficie près de dix-huit fois plus grande que celle de la France. Il importe donc de tenir également compte des plus grandes étendues, et des différences plus prononcées qui en résultent pour des distances bien supérieures à celles qu'on est dans l'habitude de considérer en Europe. Aussi les diverses subdivisions que l'on peut admettre pour le territoire des Etats-Unis, au point de vue de la climatologie médicale, présentent-elles entre elles des contrastes beaucoup plus marqués que ceux, par exemple, des régions naturelles établies en France. Nous passerons donc successivement en revue un certain nombre de zones qui sont l'Est, le Sud, la région des Montagnes Rocheuses, le Nord-Ouest, la Californie.

La région de l'Est est essentiellement jalonnée par les quatre grandes villes de Boston, New-York, Philadelphie et Baltimore. Malgré leur proximité de la côte, ces villes possèdent un climat nettement continental avec les contrastes violents entre l'été et l'hiver que comporte une pareille qualification. Ce qui rend souvent le séjour très pénible dans ces villes, notamment à New-York et à Philadelphie, c'est la grande humidité qui y règne. Le fait s'explique pour la première de ces cités par sa situation dans l'île marécageuse de Manhattan. L'été, la teneur de l'atmosphère en vapeur d'eau rend la chaleur souvent intolérable. Elle devient même quelquefois tellement incommodante que les autorités se voient obligées d'autoriser les habitants des quartiers pauvres à aller coucher avec leur famille à la belle étoile au Central Park, espérant pallier ainsi, surtout parmi les enfants en bas âge, les inconvénients qui peuvent résulter de l'excès de chaleur combiné à l'état hygrométrique élevé de l'air. L'hiver, on doit à cette même humidité de l'atmosphère l'apparition de ces brumes bien connues à New-York.

Philadelphie est située à une centaine de kilomètres de la côte. C'est à cet éloignement de la mer et à l'absence de brise, qui en est la conséquence, que l'on attribue, dans la cité des Quakers, la chaleur étouffante qu'il y fait quelquefois, et qui peut même devenir plus pénible encore qu'à New-York.

Le climat de Boston est conditionné par sa situation septentrionale, tout comme celui de Baltimore est influencé par sa position méridionale. Dans la première de ces villes, l'hiver est précoce et rigoureux; dans la seconde, l'été est long et chaud. Mais en raison de la sécheresse de l'atmosphère, plus grande qu'à New-York et à Philadelphie, le climat dans l'une comme dans l'autre est beaucoup moins fatigant à supporter.

L'évolution des maladies dans l'Est américain présente, à quelques détails près, les mêmes caractères qu'en Europe, notamment qu'en France. J'ai déjà signalé occasionnellement la gravité plus grande de la pneumonie, la fréquence plus considérable de la fièvre typhoïde, etc. Il n'y a pas lieu de revenir ici sur ces faits de détail.

Pour ce qui est du Sud des Etats-Unis, il importe de considérer isolément, au point de vue du climat, la presqu'île de Floride et le Sud-Ouest. Je m'abstiendrai de parler de la Floride, que je n'ai pas visitée. Quant au Sud-Ouest, qui s'étend le long du golfe du Mexique jusqu'à Galveston en passant par la Nouvelle-Orléans, il présente, au point de vue de la climatologie médicale, des caractères bien particuliers qui le différencient nettement de l'Est américain, et aussi de l'Europe. Le trait dominant de ce climat est qu'il prend un aspect tropical d'autant plus prononcé qu'on s'avance davantage vers le Sud et vers l'Ouest. L'humidité y est cependant beaucoup moins grande qu'à New-York, par exemple; de sorte que la chaleur, encore que torride, est cependant beaucoup plus supportable à la Nouvelle-Orléans qu'à New-York, d'autant plus que la brise soufflant du golfe du Mexique concourt à tempérer ce que la chaleur de l'atmosphère a d'excessif.

Le mode d'évolution des maladies infectieuses dans le Sud-Ouest américain est digne d'être noté. Là, en effet, la plupart des infections graves dans nos régions, si elles ne sont pas complètement ignorées, affectent du moins une bénignité tout à fait remarquable. En première ligne, il convient de citer à cet égard les maladies des enfants, scarlatine, rougeole, etc. Je m'étais enquis de l'état de la question de la sérothérapie antidiphtérique à la Nouvelle-Orléans, comptant compléter ainsi les renseignements que j'avais recueillis à cet égard

dans d'autres villes américaines. Or, il résulte des entretiens que j'ai eus avec les officiers sanitaires que la diphtérie n'a jamais été bien grave à la Nouvelle-Orléans et que, par conséquent, les documents que l'on pourrait réunir sur la question de la sérothérapie seraient de peu de valeur.

Au contraire des maladies infectieuses précitées, les affections tropicales sont dans le Sud des Etats-Unis aussi redoutables que redoutées. Je renvoie sur ce sujet à ce que j'ai dit de la défense de la côte du golfe du Mexique contre la fièvre jaune, et, dans l'espèce, il en est de même pour la généralité des autres maladies tropicales (ou plutôt subtropicales).

La région des Montagnes Rocheuses, qui comprend principalement les Etats du Colorado, du Nouveau-Mexique et de l'Arizona, présente, au point de vue médical, un intérêt considérable, notamment dans la partie non montagneuse qui s'étend au pied de la chaîne des Rockies, à l'Est et au Sud. Le continent, qui s'élève insensiblement et très doucement, mais constamment et progressivement, au fur et à mesure qu'on s'avance vers l'Ouest, atteint *au pied de la chaîne* — où sont situées des villes comme Denver, Colorado-Springs et Pueblo — une moyenne de 1,600 mètres et plus de hauteur au-dessus du niveau de la mer. Les vents chargés d'humidité qui soufflent du Pacifique sont arrêtés par les Montagnes Rocheuses; ceux qui viennent de l'Est, ayant balayé l'immense plaine qui s'étend des Rockies à l'Atlantique, se sont débarrassés chemin faisant de toute l'humidité dont ils s'étaient imprégnés dans l'Est. Il en résulte que le climat du Colorado et des Etats voisins se trouve réunir deux qualités essentielles, l'altitude et la siccité. C'est pourquoi les stations pour le traitement des phtisiques abondent dans cette région. Grâce à l'altitude, l'atmosphère est relativement raréfiée, même dans la plaine. Quant à la sécheresse de l'air, elle est tout à fait remarquable; dans le Colorado, la chute annuelle de pluie est considérée comme très forte quand elle atteint 50 centimètres; on n'y compte guère qu'une soixantaine de jours sans soleil. Aussi le climat est-il plutôt chaud, mais avec de très vives différences de température entre les places exposées au soleil et celles qui en sont abritées. Ce contraste, joint à la grande siccité, rend les chaleurs de l'été très supportables au pied des Montagnes Rocheuses, d'autant plus que les nuits y sont toujours fraîches.

Au point de vue physiologique, le principal effet d'un pareil climat est d'augmenter considérablement l'évaporation de toutes les surfaces, extérieures et intérieures, de l'organisme. Sensible au niveau de la surface cutanée, qui se présente toujours sèche et fraîche, cette action est encore plus marquée pour les muqueuses. Elle se manifeste, surtout chez le nouvel arrivant, par une soif intense et une sensation souvent fort désagréable de sécheresse dans le gosier. En même temps, les cheveux et les poils se brisent et tombent. C'est également à cette action desséchante que l'on attribue une bonne part des bienfaits du climat du Colorado dans la tuberculose pulmonaire. Au point de vue chirurgical, certaines particularités méritent également d'être signalées. Tout d'abord, il semble que les infections post-opératoires soient ici moins fréquentes et moins graves que dans un climat humide, tel que celui des Etats de l'Est; chez les phtisiques, notamment, les guérisons seraient généralement plus rapides et souvent définitives. En outre, les complications survenant du fait d'une tuberculose chirurgicale chez un phtisique y sont relativement rares. Par contre, il est une catégorie de malades qui font exception à la règle et supportent assez mal les opérations dans le Far-West : ce sont les nouveaux venus, encore insuffisamment acclimatés. La raréfaction de l'atmosphère déterminant une activité fonctionnelle plus grande du côté de l'appareil cardio-vasculaire ainsi que des organes de la respiration, l'anesthésie est habituellement mal tolérée, et les troubles dont elle s'accompagne souvent peuvent prendre un caractère alarmant, quand on a affaire à un cœur adultéré par une atteinte antérieure. En outre, chez ces sujets imparfaitement acclimatés, on constate généralement que la suppuration, par son intensité et sa profusion, contraste vivement avec la guérison rapide et aseptique des plaies que l'on observe d'ordinaire chez les sujets vivant dans le pays depuis un certain temps. Enfin, il convient de signaler comme une des particularités attribuées au climat du Colorado, la difficulté avec laquelle l'éther est d'habitude supporté. La bronchorrhée consécutive à l'éthérisation est, en effet, beaucoup plus fréquente que dans l'Est, vraisemblablement parce que les vapeurs d'éther sont plus irritantes en raison de la sécheresse de l'air. Aussi, bien que les chirurgiens exerçant dans la région des Rockies soient presque tous venus de l'Est pour raison de santé (bacillose pulmonaire) — leur origine explique donc bien leur préférence pour l'éther —, le chloroforme, sans avoir encore détrôné l'éther, n'en gagne pas moins au Colorado des partisans tous les jours plus nombreux.

Le Nord-Ouest, que l'on atteint en se dirigeant du Colorado vers le Nord et dont le Minnesota avec Saint-Paul et Minneapolis, les villes jumelles, donne un bon type, partage bien des caractères avec la région des Rockies. Seulement, là, les contrastes s'exagèrent encore : été très chaud et hiver très rigoureux, sans pour ainsi dire de printemps ni d'automne. Néanmoins, il s'agit d'un climat remarquablement salubre. A ce point de vue, il convient surtout de souligner le peu de fréquence des infections chirurgicales.

Les différentes régions que nous avons considérées jusqu'ici sont situées à l'Est des Montagnes Rocheuses. Il nous reste à parler de celle qui s'étend entre cette chaîne de montagnes et l'océan Pacifique, la Californie. Deux influences contraires agissent sur le climat de la Californie : d'une part, à l'Ouest, la mer tendant constamment à charger l'atmosphère d'humidité; d'autre part, la masse des Rocheuses qui, formant comme un parapet à l'Est, empêche cette humidité d'être transportée au loin. La bande de terre qui s'allonge le long de la côte et qui renferme la majeure partie de la population est remarquable par une constance extrême de la température. Dans des localités d'une situation aussi méridionale que Santa-Barbara — le « Cannes » des Etats-Unis —, le mois le plus chaud et le plus ensoleillé de l'année est le mois de janvier. Au point de vue nosologique, la Californie diffère également du reste des Etats-Unis. Un compatriote, M. le docteur de Chantreau, qui exerce à San-Francisco, me disait n'y avoir pas vu deux cas de pneumonie en dix ans. La fièvre typhoïde y est également bien moins répandue, et on peut en dire autant des principales autres maladies infectieuses, telles que la scarlatine, la diphtérie, etc.

En somme, d'après ce que nous venons de voir, les Etats-Unis ne méritent leur mauvaise réputation, au point de vue climatérique, que pour les zones situées à l'Est et au Nord-Est du territoire. Là, on peut dire qu'existe un climat fatigant, mettant les individus dans une condition de moindre résistance à l'égard des maladies, sans compter qu'à l'action du climat vient s'ajouter celle, également débilitante, qui résulte du surmenage général dans cette partie des Etats-Unis. Le Sud nous rapproche progressivement des régions tropicales ; le climat, pénible à supporter en raison de la chaleur qui y règne, présente cependant des caractères tout différents de ceux que l'on rencontre dans l'Est. Dans la région des Montagnes Rocheuses (Colorado, etc.) et dans le Nord-Ouest, on trouve le climat sec et fortifiant auquel on attribue l'aspect de bonne santé que respire le *Westerner*. Enfin, la Californie, du moins dans sa partie la plus habitée, jouit d'un climat merveilleux que l'on ne saurait mieux comparer qu'à celui de la Côte d'Azur — une Côte d'Azur grande comme la France tout entière.

Dr FRANCIS MUNCH (de Paris).

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'emploi simultané des gants de caoutchouc et des gants de fil dans la pratique chirurgicale.

Les gants employés en chirurgie sont de deux sortes : gants de fil ou gants de caoutchouc. Les uns et les autres sont, cependant, loin de répondre à tous les *desiderata*, les premiers se laissant traverser par les microbes des mains du chirurgien, lesquels se répandent ensuite dans la plaie, tandis que les seconds présentent l'inconvénient de se déchirer facilement. Or, d'après l'expérience de M. le docteur E. R. Göpel (de Leipzig), rien ne serait plus facile que de remédier à cet état de choses : il suffirait de mettre des gants de fil par-dessus des gants de caoutchouc, de façon à préserver ceux-ci du contact direct des instruments, particulièrement préjudiciable pour eux, tout en empêchant les microorganismes de la peau d'arriver jusqu'aux gants de fil. L'emploi des gants doubles semble, il est vrai, devoir gêner sensiblement les mouvements du chirurgien, mais notre confrère a pu se rendre compte que cette crainte est loin d'être justifiée. La diminution de la sensibilité tactile ne deviendrait appréciable que quand il s'agit de s'orienter par le toucher dans la cavité abdominale ou à l'intérieur d'un organe creux : on peut alors enlever momentanément les gants de fil et ne conserver que les gants de caoutchouc, qui ne gênent guère le toucher, pour peu que l'on ait acquis l'habitude du gant.

Rappelons que c'est précisément la combinaison de ces deux sortes de gants qui a permis à M. le professeur Küstner (de Breslau) d'établir que les bactéries contenues dans les gants de fil employés au cours d'une opération proviennent en majeure partie des mains du chirurgien, et non de l'atmosphère (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 208).

L'adrénaline contre les morsures de serpents.

Partant de ce fait que l'adrénaline exerce une action vasoconstrictive énergique et ralentit, par conséquent, la circulation sanguine et lymphatique, M. le docteur R. Menger (de San Antonio) a récemment proposé d'essayer ce produit contre les morsures de serpents, dans le but d'empêcher autant que possible l'absorption du venin et de soutenir en même temps l'activité du cœur. Et, de fait, cette médication vient de donner, entre les mains d'un autre confrère américain, M. le docteur J. D. Hooker (d'Alice), un excellent résultat dans un cas de morsure de serpent à sonnettes. Il s'agissait d'un garçon de dix ans, mordu à la jambe, à 7 centimètres au-dessus de la cheville, où le serpent avait enfoncé ses deux crochets. Appelé environ deux heures après, M. Hooker scarifia les deux blessures et appliqua une ventouse, à l'aide de laquelle il retira une quantité assez considérable de sang. En même temps, il injecta sous la peau huit gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰ et 0 gr. 002 milligr. de sulfate de strychnine. La même injection fut répétée quatre heures plus tard. L'état du malade n'inspirant, dès lors, aucune inquiétude, on se borna à injecter encore une fois de la strychnine, mais sans y associer d'adrénaline.

N'étant pas fixé sur la quantité d'adrénaline à employer en pareille occurrence, notre confrère crut devoir commencer par de faibles doses, prêt à les augmenter si la chose avait paru nécessaire. Le cas échéant, il n'hésiterait pas à injecter des doses beaucoup plus considérables.

Les effets analgésiques et toniques des rayons de Röntgen.

En présence du soulagement que les applications radiothérapiques semblent procurer à nombre de malades, un médecin américain, M. le docteur F. H. Williams (de Boston), croit que les rayons de Röntgen mériteraient d'être essayés à titre d'analgésique. Pour sa part, notre confrère a eu l'occasion de constater que la radiothérapie exerce une action calmante sur la colique hépatique, ainsi que sur certaines formes de névralgie et sur les douleurs qui accompagnent le cancer. Il en a aussi obtenu d'excellents effets dans une affection douloureuse de cause inconnue, qui portait principalement sur les extrémités digitales, celles-ci étant tellement sensibles que le patient ne pouvait pas même mettre de gants.

D'autre part, M. Williams a été à même de remarquer que les malades soumis à l'action des rayons de Röntgen éprouvent une amélioration de leur état général, indépendamment des effets du traitement sur l'affection pour laquelle ils sont soignés. Aussi notre confrère serait-il porté à attribuer à la radiothérapie des propriétés stimulantes, susceptibles de rendre de bons services, notamment dans certaines cardiopathies.

TRAVAUX ORIGINAUX

A quel âge meurent les tabétiques?

La question de la survie des tabétiques est souvent posée avec insistance, et très légitimement, par l'entourage des malades. Il nous a paru que dans l'état actuel de nos connaissances nous manquions d'une base précise pour y répondre. En effet, si l'on consulte sur ce sujet les différents auteurs, on constate qu'à la vérité ils sont unanimes pour déclarer que le tabes est une affection dont la durée peut embrasser de longues années, mais ils se tiennent dans des affirmations générales et ne donnent aucun chiffre précis.

C'est ainsi que M. Erb (1) écrivait : « Il s'agit, et c'est là au moins une consolation pour le malade, toujours d'une affection de longue durée. Bien que cette durée diffère selon les cas, on voit constamment s'écouler plusieurs et même de nombreuses années jusqu'à la terminaison fatale. »

M. Raymond (2) note que « dans les hôpitaux réservés aux incurables, et aussi dans la pratique civile, il n'est pas très rare de rencontrer des tabétiques dont la maladie remonte à vingt ou trente années ».

Sir W. Gowers (3) signale également que « des sujets arrivés au troisième stade de l'affection ont vécu, confinés au lit, pendant vingt ans ».

MM. von Leyden et Goldscheider (4) s'expriment à ce propos de la manière suivante : « Le pronostic du tabes était autrefois regardé comme très mauvais parce que l'on ne connaissait alors que les cas les plus graves. Grâce à la célèbre phrase de Romberg : pour aucun de ces malades ne luit un espoir de guérison, le tabes était l'effroi des patients et des médecins. Mais actuellement nous savons que beaucoup de cas n'atteignent jamais un stade de gravité malgré une durée de nombreuses années. La vie n'est pas menacée en elle-même par le tabes. Si cependant de nombreux tabétiques meurent plus tôt que le terme naturel de leur existence, abstraction faite du tabes, cela tient en partie à des complications, en partie à ce fait que, par le tabes, la résistance organique se trouve diminuée. »

Enfin, dans un article tout récent, MM. Belugou et Maurice Faure (5) disent avoir constaté que « dans 59 % des cas (c'est-à-dire plus de la moitié) le tabes s'arrête dans son évolution ou évolue si lentement, avec des arrêts si nombreux et si prolongés, que non seulement le tabétique n'est pas tué par sa maladie, mais qu'il vit en s'occupant, en travaillant (et même en se reproduisant dans des enfants normaux) pendant une durée qui n'est pas beaucoup inférieure, dans la moyenne, à une vie normale ».

Nous avons à dessein reproduit ces passages de MM. von Leyden et Goldscheider et de MM. Belugou et Maurice Faure, parce qu'ils montrent bien l'évolution qui, depuis un certain nombre d'années déjà, tend à se faire de tous côtés parmi les neurologistes : on s'efforce de réagir contre cette opinion autrefois généralement adoptée, qui considérait le tabes comme une affection essentiellement progressive. Or, nous savons actuellement que cette opinion n'est pas exacte, que le tabes présente, au contraire, une disposition naturelle à s'arrêter : parfois c'est dès l'apparition des premiers symptômes (*tabes bénins* de Benedikt), parfois c'est après une évolution plus circonstanciée, alors que le tableau clinique a acquis un développement plus ou moins complet. Il semble que sur ce point les neurologistes soient tout à fait d'accord, ainsi qu'il ressort des discussions qui ont eu lieu à la Société de neurologie de Paris, et notamment de l'opinion exprimée par M. Brissaud. Mais il n'est pas à notre connaissance que, jusqu'à présent, on ait essayé de fixer par des chiffres précis l'âge auquel meurent d'ordinaire les tabétiques. C'est cette lacune que nous nous sommes proposé de combler dans le présent travail.

(1) W. Erb. Krankheiten des Rückenmarks und seiner Hüllen, *in* Von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, t. XI, fasc. 2, p. 614. 2e éd. Leipzig, 1878.

(2) F. Raymond. Article « Tabes dorsalis » *in* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre. Paris, 1885.

(3) Sir W.-R. Gowers. A manual of diseases of the nervous system. 2e éd. T. I, p. 434. Londres, 1892.

(4) E. von Leyden et Goldscheider. Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. Vienne, 1897.

(5) A. Belugou et Maurice Faure. Pathogénie, pronostic et thérapeutique du tabes, d'après 1,960 observations. (*Rev. de méd.*, août 1903, p. 667.)

I

Nous avons recherché dans les observations et les registres de notre service de Bicêtre à quel âge meurent les tabétiques qui y sont hospitalisés. C'est ainsi que nous avons pu retrouver l'âge de 66 tabétiques ayant succombé dans les six ou sept dernières années. Pour la plupart de ces malades, le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique de la moelle et si, pour quelques-uns, il n'y a pas eu de vérification anatomique, l'observation clinique ne saurait laisser le moindre doute sur la nature de leur affection, soit tabes vulgaire, soit tabes avec cécité.

Nous avons trouvé que, de ces 66 tabétiques :
4 sont morts entre 35 et 40 ans;
3 entre 40 et 45;
4 entre 45 et 50;
11 entre 50 et 55;
10 entre 55 et 60;
11 entre 60 et 65;
15 entre 65 et 70;
4 entre 70 et 75;
Enfin 4 entre 75 et 80 ans.

En somme, sur le total de 66 tabétiques, 34, c'est-à-dire plus de la moitié (51.5 %), ont succombé après soixante ans et la grande majorité (55, soit 83.3 %) a dépassé cinquante ans.

De plus, les 7 qui sont morts jeunes, avant quarante-cinq ans, ont succombé d'une façon tout à fait étrangère au tabes. C'est ainsi que l'un d'eux est mort de tuberculose pulmonaire, un autre de pleurésie purulente, un troisième de septicémie à la suite d'un phlegmon de la main; 2 se sont suicidés, un autre présentait des troubles psychiques qui peuvent faire penser à l'association possible chez lui de la paralysie générale au tabes; pour le dernier cas, nous n'avons pu préciser la cause de la mort.

20 tabétiques avec cécité figurent dans cette statistique. Parmi eux :
1 s'est suicidé à 35 ans;
2 sont morts entre 40 et 50 ans;
7 entre 50 et 60;
8 entre 60 et 70;
Enfin 2 entre 70 et 80.

De sorte que sur ces 20 malades, 10, soit exactement la moitié, ont dépassé 60 ans, et que 17 sont morts à plus de 50 ans.

Dans le but de contrôler ces résultats, et comme pour en faire la preuve, nous avons dans une seconde enquête recherché l'âge des tabétiques actuellement hospitalisés dans notre service de Bicêtre. Sur 58 de ces malades, pour lesquels le diagnostic peut être considéré comme certain :
1 a 37 ans;
9 ont entre 40 et 45 ans;
8 entre 45 et 50;
15 entre 50 et 55;
11 entre 55 et 60;
7 entre 60 et 65;
1 entre 65 et 70;
4 entre 70 et 75;
2 entre 75 et 80.

Les résultats de cette statistique sont donc tout à fait comparables à ceux de la première, puisque, sur 58 tabétiques encore vivants, 25, soit 43.1 %, ont dépassé 55 ans et que 40 (68.9 %) ont plus de 50 ans.

Dans ce nombre sont comptés 13 sujets atteints de tabes avec cécité. Parmi eux :
4 ont de 40 à 50 ans;
5 de 50 à 60;
3 de 60 à 70;
1 a plus de 70 ans.

Sur les 13, on en trouve 6, soit 46.1 %, qui ont plus de 55 ans et 9, ou 69.2 %, qui ont dépassé 50 ans.

II

De cette statistique ressortent nettement deux faits intéressants pour le pronostic du tabes, au moins chez l'homme, puisque notre enquête ne porte que sur des individus du sexe masculin.

C'est d'abord que tabes vulgaire et tabes avec cécité semblent avoir une durée très comparable et une influence à peu près égale sur la longévité; comme on vient de le voir, c'est en effet sensiblement au même âge que meurent les malades atteints de ces deux affections : les uns et les autres, dans la moitié des cas, dépassent soixante ans.

C'est ensuite que, contrairement à ce qu'on pourrait croire, un tabétique ne vit en somme guère moins vieux qu'un homme sain, puisqu'il a environ une chance sur deux d'atteindre et de dépasser soixante ans. Quant aux ataxiques qui meurent jeunes, ils succombent à des affections accidentelles et tout à fait étrangères au tabes. Il faut tenir compte, de plus, que nos recherches ont été faites dans un hospice où les malades, vivant dans des conditions hygiéniques souvent assez défavorables, ne sembleraient pas devoir atteindre un âge très avancé; aussi y a-t-il lieu de supposer que, dans la clientèle privée, les patients jouissant d'un bien-être beaucoup plus grand, les chiffres donnés plus haut seraient encore dépassés.

On pourrait penser que la durée totale de l'affection doit dépendre dans une certaine mesure de l'âge auquel elle débute; il eût été intéressant de chercher, pour tous nos malades, à quel moment le tabes avait commencé; malheureusement, pour un certain nombre d'entre eux, la date du début n'a pu être exactement précisée, mais on sait d'une façon générale que, dans la majorité des cas, le tabes débute entre trente-cinq et quarante ans.

Il convient en outre de signaler que, chez tous nos tabétiques hospitalisés, l'affection spinale datait d'un certain nombre d'années déjà, et c'est là une condition dont il faut tenir compte, car lorsque le tabes doit évoluer suivant un mode rapide, c'est dès le début, dès les premières années de l'invasion, que la terminaison fatale se produit; quand, au contraire, un tabétique est atteint depuis cinq ou six ans, il y a bien des chances pour que l'affection évolue suivant le mode chronique. Ce sont les cas de ce genre qui peuplent les services d'hospices : car on sait combien il faut de temps pour qu'un sujet atteint d'affection chronique obtienne son admission dans un hospice.

Quant à ce qui est de ces cas de tabes à marche aiguë, dont il vient d'être question, nous pensons que, pour un bon nombre d'entre eux, il ne s'agit pas à proprement parler de tabes vrai, mais de paralysie générale à forme tabétique prédominante, en un mot de tabo-paralysie générale à forme aiguë ou subaiguë.

Lorsqu'on examine nos malades, il semble évident que chez eux le tabes, après avoir été pendant un certain temps une affection à évolution progressive, s'est arrêté et est devenu stationnaire. Arrivés à cette période de leur affection, les tabétiques sont en général faibles, amaigris, d'aspect débile, dans un état de déchéance physique plus ou moins accentué, encore accru souvent par l'abus de la morphine (1),

(1) Cependant un de nos tabétiques, âgé de soixante ans, est morphinomane depuis quinze ans et s'est injecté jusqu'à 0 gr. 08 centigr. de morphine par jour; un autre tabétique, morphinomane depuis vingt-trois ans, et qui a été jusqu'à la dose quotidienne de 0 gr. 30 centigr., est âgé de cinquante-sept ans.

et l'on pourrait supposer à première vue que leur résistance vitale doit être fort précaire. Les chiffres fournis par nos recherches montrent qu'elle est en réalité plus grande qu'on aurait pu s'y attendre, car ces sujets sont capables de survivre aussi longtemps que des individus sains, si aucune autre affection ne vient aggraver leur état. Peut-être même le tabes, en diminuant l'activité des malades, en les obligeant au repos, à une hygiène plus sévère, à une vie éminemment calme et exempte de tout excès, se comporte-t-il comme un facteur occasionnel de longévité relative.

Il est assez singulier en tout cas de voir qu'ici la syphilis semble avoir épuisé toute son action en amenant la production de l'affection spinale et qu'elle ne détermine aucune manifestation viscérale ou vasculaire de nature à abréger l'existence. On pourrait attribuer ce fait à ce que la syphilis tabigène se montre ordinairement, à tous autres égards, d'une bénignité très remarquable. Peut-être même cette explication n'est-elle pas nécessaire, si l'on s'en rapporte à ce que dit du pronostic de la syphilis en général M. Matthes (1), dans un travail statistique fort bien conduit sur les *suites de la syphilis*. La conclusion à laquelle il arrive est en effet la suivante : « De nos chiffres il résulte avec évidence que dans une grande série de cas les syphilitiques atteignent un âge avancé et que *c'est à peine si l'on peut considérer comme probable, pour chaque cas en particulier, une abréviation de la vie par la syphilis.* »

En résumé, la conclusion qui nous paraît ressortir nettement de notre statistique, c'est que *le tabes, tout en constituant une infirmité des plus pénibles, reste sans grande influence sur la durée de la vie.*

PIERRE MARIE, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
P. MOCQUOT, Interne provisoire des hôpitaux de Paris.

SEIZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1903.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Séance du 21 octobre 1903.

De la voie endo-stomacale pour le traitement de certains rétrécissements de l'œsophage.

M. Delagénière (du Mans). — J'ai traité 3 cas de rétrécissements de l'œsophage, infranchissables de haut en bas, par le cathétérisme rétrograde après ouverture de l'estomac. Une de ces observations, relative à un rétrécissement cicatriciel, a été publiée. Les deux autres ont trait respectivement à un rétrécissement néoplasique et à un rétrécissement cicatriciel. Chez ces 2 malades, une sonde œsophagienne introduite par une narine a pu être attirée dans l'estomac au moyen d'une bougie passée de bas en haut par l'estomac, et une bouche gastrique a été établie pour permettre l'alimentation durant le traitement du rétrécissement par la dilatation progressive au moyen de bougies.

Le cathétérisme œsophagien de bas en haut a été facile, alors qu'il était impossible de le pratiquer de haut en bas, ce qu'on peut expliquer par la dilatation ampullaire qui précède ordinairement tous les rétrécissements de l'œsophage.

La mise d'une sonde œsophagienne à demeure est utile pour permettre de nourrir le malade pendant les premiers jours sans défaire son pansement, et pour préparer la dilatation en ramollissant le rétrécissement.

M. Frœlich (de Nancy). — J'ai eu l'occasion de traiter 3 cas de rétrécissement de l'œsophage chez des enfants. Dans un de ces faits nous avons essayé sans succès le cathétérisme, et nous avons dû pratiquer la gastrostomie. Pour les 2 autres, nous avons eu recours à l'électrolyse et le résultat a été très satisfaisant.

M. Delagénière. — Dans les observations que je viens de relater, il s'agissait de rétrécissements absolument infranchissables, pour lesquels on ne pouvait recourir à l'électrolyse.

M. Roux. — Dans les quelques cas où je l'ai employé, j'ai été frappé de la facilité avec laquelle le cathétérisme rétrograde pouvait etre pratiqué, et je considère cette méthode comme devant être utilisée avec avantage chez un certain nombre de malades.

Diverticule de l'œsophage.

M. Phocas (d'Athènes). — J'ai observé chez un homme de cinquante-deux ans un exemple typique de cette variété de diverticule de l'œsophage décrite par Zenker et von Ziemssen sous le nom, peut-être impropre, de *diverticule de propulsion*. J'ai pratiqué une résection large d'une grande partie des parois du diverticule, en employant seulement l'anesthésie locale pour avoir sous les yeux le diverticule dilaté par ingestion de liquide. Le résultat de mon intervention a été excellent; le malade, qui avait auparavant beaucoup de peine à s'alimenter, mange maintenant d'une façon normale. J'insiste sur ce résultat fourni par une opération locale très simple, dans un cas où j'ai refusé de pratiquer une gastrostomie.

M. Depage. — Je crois aussi qu'il n'y a plus lieu, pour les diverticules de l'œsophage, de recourir à la gastrostomie, et qu'on doit se borner à enlever le diverticule. Je ne partage pas cependant l'opinion de M. Phocas sur l'utilité de l'anesthésie locale. J'ai pour ma part employé le chloroforme sans aucun inconvénient.

M. Girard. — Je ne considère pas l'excision des diverticules œsophagiens comme une opération bénigne, à cause de la facilité de l'infection des plaies œsophagiennes : on a observé souvent des complications graves, qui dans plusieurs cas ont déterminé la mort. C'est pour cela que mon procédé d'invagination (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 423) a sur l'excision une supériorité très grande, en ce qu'il ne comporte pas l'ouverture de l'œsophage.

M. Reynier (de Paris). — Il est des diverticules œsophagiens très bas situés, pour lesquels l'excision paraît difficile à réaliser; on est alors bien obligé de se contenter de la gastrostomie.

Nouveau procédé de gastrostomie.

M. Depage. — J'ai exécuté 6 fois, avec un succès complet, un nouveau procédé de gastrostomie, qui consiste essentiellement à faire communiquer l'estomac avec l'extérieur par une sorte d'œsophage artificiel, constitué par un canal tapissé de muqueuse et suffisamment étroit pour assurer la continence parfaite de la cavité gastrique. Dans ce but, je taille un lambeau à la face antérieure de l'estomac et je le renverse en haut; je ferme la plaie gastrique par un surjet que je continue sur le lambeau dont j'accole les bords de façon à le transformer en un petit canal; l'extrémité distale de celui-ci est enfin fixée à la peau.

Pylorectomie pour léiomyome malin de la grande courbure de l'estomac.

M. Goullioud (de Lyon). — J'ai opéré dernièrement un homme d'une cinquantaine d'années pour un léiomyome malin de l'estomac, développé au niveau de la grande courbure. Je dus faire une pylorectomie étendue, en réséquant très largement le grand épiploon qui renfermait des ganglions suspects; je terminai par une gastro-entérostomie selon le procédé de von Hacker. L'examen histologique de la tumeur primitive et des ganglions a montré qu'il s'agissait bien d'un néoplasme malin.

Les faits de ce genre sont rares, mais il a été publié quelques observations où l'on signale l'existence, au milieu du tissu sarcomateux, de fibres musculaires lisses, aussi bien dans les noyaux secondaires que dans le néoplasme primitif.

Résultats de la résection iléo-cæcale.

M. Hartmann. — J'ai fait 6 fois la résection iléo-cæcale. La première de ces interventions, pratiquée pour une lésion inflammatoire, remonte à dix ans et la malade est morte de tuberculose cette année seulement. Dans le second cas, où il s'agissait de lésions inflammatoires consécutives à une appendicite, l'opération a été également suivie d'une guérison qui date actuellement de cinq années. Dans deux autres faits, ayant trait à la tuberculose iléo-cæcale, les opérés ont guéri. Une cinquième résection a été pratiquée, avec même succès, pour un cancer. Quant à la sixième intervention, elle est encore trop récente pour qu'on puisse en apprécier les résultats; il s'agissait aussi de cancer.

Mes 6 opérations m'ont donc donné 6 succès et je crois qu'on a tort, dans ces conditions, de ne pas intervenir plus souvent chez les malades atteints de lésions de la région iléo-cæcale, qu'on considère trop fréquemment comme inopérables.

M. Delaunay (de Paris). — Je vous ai déjà communiqué 2 observations de résection iléo-cæcale pratiquée avec succès (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 357); depuis lors j'ai fait cette opération chez 2 autres malades, qui ont également guéri.

Traitement du cancer du sein.

M. Chavannaz (de Bordeaux). — J'ai employé le procédé de Welly Meyer, très légèrement modifié, chez 30 malades atteintes de cancer du sein; pour 9 l'intervention remonte à plus de trois ans, pour 5 à plus de deux ans, pour 6 à plus d'un an; les autres ont été opérées dans le courant de la dernière année.

Des 9 premières, 3 sont encore vivantes et bien portantes; les délais écoulés depuis l'intervention sont respectivement de quatre ans et quatre mois, de quatre ans et un mois et de trois ans et quatre mois. Des 5 femmes de la seconde série, 2 sont mortes : l'une de cancer du foie, seize mois après l'intervention, et l'autre de cancer pleuro-pulmonaire; les 3 autres sont en parfait état de santé.

Sur mes 30 cas je n'ai observé jusqu'ici que deux récidives locales.

Castration utéro-ovarienne pour cancer inopérable du sein.

M. Reynès (de Marseille). — J'ai dernièrement enlevé l'utérus et les ovaires à une femme de trente-deux ans, atteinte d'un double cancer mammaire (épithélioma d'après M. Cornil) inopérable, avec adénopathies axillaires et ulcération d'un côté. Un mois après l'intervention, la régression des tumeurs était manifeste, et en deux mois l'ulcération était cicatrisée. Aujourd'hui — au bout de cinq mois —, la guérison semble obtenue; localement il n'y a presque plus rien d'anormal et l'état général est excellent.

Je rappelle que c'est M. Beatson qui le premier pratiqua la castration ovarienne pour cancer inopérable du sein. M. R. Abbe en aurait également obtenu de brillants résultats dans des cas semblables (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 156).

Je dois ajouter que mon opérée a reçu des piqûres de quinine, mais celles-ci n'ont eu aucun effet jusqu'au moment où j'ai pratiqué la laparotomie, tandis que la régression atrophique du cancer a marché avec une étonnante rapidité après la castration.

Sur un cas de galactocèle.

M. Tailhefer (de Béziers). — J'ai observé un cas de galactocèle qui diffère des faits ordinaires par l'absence totale de lactose dans le liquide sécrété. Celui-ci contenait un microbe analogue au pneumobacille de Friedländer, ayant comme ce dernier la propriété de faire disparaître le sucre. Cependant l'analyse chimique n'a pas permis de trouver dans le liquide le produit de fermentation du sucre; du reste, le lait du sein opéré se distinguait de celui de l'autre sein par une diminution très notable de la lactose.

La malade, âgée de vingt-deux ans, allaitait des deux seins; le galactocèle s'était produit un mois après l'accouchement; il avait le volume d'une tête d'adulte.

L'opération a consisté dans l'aspiration du liquide avec l'appareil Potain et le curettage de la poche. La guérison définitive a été obtenue.

(1) MATTHES. Statistische Untersuchung über die Folgen der Lues. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 et 18 fév. 1902.)

De l'anesthésie discontinue en chirurgie gastrique et intestinale.

M. Goullioud conseille, au cours des opérations sur l'estomac et sur l'intestin, chez certains malades particulièrement menacés, d'interrompre l'anesthésie générale pendant le temps abdominal de l'intervention. On diminue ainsi considérablement la quantité d'anesthésique absorbée, et cela sans inconvénient, en raison de la sensibilité obtuse de l'intestin et de l'estomac.

Ce mode d'anesthésie discontinue conviendrait spécialement aux sujets affaiblis et cachectiques, de même que dans les opérations de longue durée (résections du cæcum, pylorectomies compliquées, entéro-anastomoses multiples).

Traitement chirurgical des ascites.

M. Vidal fait une communication tendant à démontrer que, dans la pathogénie de l'ascite cirrhotique, c'est moins l'hypertension portale que la pyléphlébite qu'il faut incriminer. Aussi l'orateur ne croit-il pas à l'avenir des dérivations dirigées contre les ascites; par contre, il pratique volontiers ces opérations contre l'hématémèse cirrhotique, qui, elle, relève bien de l'hypertension.

Dans un cas, M. Vidal a fait l'abouchement direct, termino-latéral, de la veine cave à la veine porte, avec succès opératoire et guérison de l'hématémèse; mais le malade a succombé quatre mois plus tard à des phénomènes d'infection endo-veineuse généralisée d'origine intestinale.

M. Doyen déclare avoir fait des injections de sérum antinéoplasique dans 80 cas, dont 48, concernant des tumeurs graves, avec généralisation, ont été traités tardivement et sans succès; des 32 autres, 14 sont à éliminer, parce que trop récents; restent 18 malades, chez lesquels les résultats ont été satisfaisants.

M. Auvray (de Paris) communique une observation de *plaie de l'estomac par balle de revolver*, traitée avec succès par la suture.

M. Mauclaire relate un fait de *cancer pylorique à forme lente.*

Séance du 23 octobre 1903.

Tumeurs de l'encéphale.

M. Duret (de Lille), *rapporteur.* — Il serait trop long d'exposer devant vous tous les éléments constitutifs du complexus clinique qu'on désigne communément sous la dénomination de « symptômes généraux des tumeurs cérébrales » et qui a toute la valeur et l'importance d'un syndrome. Je limiterai donc ce rapport à l'étude des opérations que nécessitent les tumeurs encéphaliques, en insistant principalement sur les résultats obtenus, d'après les documents les plus récents et nos tableaux statistiques.

Quoiqu'elle paraisse plus lente dans son évolution que les autres branches de la chirurgie viscérale, la chirurgie des tumeurs de l'encéphale a fait cependant des progrès notables et continus, qui sont sous la dépendance d'un diagnostic et d'une intervention précoces. L'emploi de la radioscopie peut à cet égard rendre des services, comme le montrent quelques faits récents.

Il serait désirable, en effet, qu'on parvînt à reconnaître l'existence des tumeurs encéphaliques avant qu'elles aient eu un retentissement défavorable sur tout l'encéphale, c'est-à-dire avant que les phénomènes de leur syndrome se soient complètement installés.

La localisation topographique, quoique nécessaire, peut évoluer dans des limites moins étroites que jadis, en raison de la facilité d'ouvrir le crâne plus largement. Cependant, tous les faits démontrent que les résultats sont meilleurs quand on se trouve rapidement en présence de la tumeur, c'est-à-dire lorsque le diagnostic est exact et précis.

D'après la statistique que nous avons pu établir en réunissant 344 cas de tumeurs encéphaliques, la mortalité consécutive aux accidents primitifs de l'opération est de 18.20 %, alors que la proportion indiquée par M. von Bergmann en 1899 s'élevait à 25 %.

Le nombre des malades ayant obtenu un bénéfice réel de l'intervention est de 64.06 %. Beaucoup ont vu disparaître les douleurs si violentes de la céphalée, les vertiges, la torpeur intellectuelle, et s'améliorer leurs crises convulsives ainsi que leurs paralysies; la vision fut recouvrée complètement dans 60 % des cas, partiellement dans 18 %.

Un examen sévère et consciencieux démontre que 176 opérés sur 344, c'est-à-dire plus de la moitié, ont eu des améliorations durables ou des guérisons. Nous possédons, sur 102 d'entre eux, des documents qui permettent d'affirmer que l'opération leur a procuré une prolongation de l'existence, assez souvent pendant plusieurs années; pour un certain nombre, la guérison paraît devoir être définitive.

Ces proportions peuvent ne pas sembler très élevées, mais il ne faut pas oublier que, dans la moitié des cas environ, il s'agit de sarcomes ou de gliomes, et que nous n'obtenons pas de meilleurs résultats, pour ce genre de néoplasmes, dans les autres régions de l'organisme. Au reste, les progrès réalisés dans la technique opératoire, ainsi que dans la sécurité et la rapidité de l'ouverture du crâne, permettent de bien augurer de l'avenir de la chirurgie cérébrale, et en particulier de celui de l'ablation des néoplasmes.

En ce qui concerne la technique, certains chirurgiens pratiquent, pour la recherche des tumeurs, la *craniectomie,* de manière à laisser la brèche ouverte et à pouvoir combattre les récidives. D'autres font la *craniotomie à lambeau*, afin de conserver au cerveau son organe de protection. Cette dernière opération est plus rapide et donne un jour plus grand, mais il ne paraît pas indispensable de l'étendre, dans tous les cas, à une moitié du crâne. L'emplacement de la craniotomie peut d'ailleurs varier selon le siège occupé par le néoplasme, et l'intervention, suivant les cas, sera frontale, occipito-cérébelleuse ou latérale.

La nouvelle instrumentation avec les fraises permet d'ouvrir le crâne rapidement et sans danger pour la substance nerveuse; la scie à curseur et le ciseau complètent son action.

La craniotomie n'est du reste qu'une opération préliminaire; le chirurgien doit réserver une bonne part de sa sollicitude pour le temps délicat de la recherche et de l'ablation du néoplasme.

Le plus grand nombre des extirpations de tumeurs encéphaliques a eu pour champ d'action la région motrice, sur laquelle ont porté 214 opérations. Dans ces dernières années, les progrès du diagnostic le permettant, on s'est attaqué à d'autres parties de l'encéphale : on compte 44 cas d'ablation de tumeurs du lobe frontal, 34 pour les lobes pariétal, occipital et temporo-sphénoïdal, et 52 pour le cervelet.

Méningo-encéphalocèle de la fontanelle postérieure.

M. Reboul. — J'ai opéré, il y a deux ans, un enfant de huit mois pour une méningo-encéphalocèle siégeant à la fontanelle postérieure. Après dissection de deux lambeaux cutanés, je libérai les méninges jusque dans l'intérieur du crâne. Un clamp saisit le pédicule, je l'étreignis par une série de sutures en V au catgut, placées sous le clamp, de façon à produire l'occlusion de la cavité méningée avant la section du pédicule et à éviter le plus possible une déperdition du liquide céphalo-rachidien; malgré cette précaution, il s'en écoula 150 c.c. environ. Après avoir fait une deuxième série de sutures au catgut en surjet et à points entrecoupés pour oblitérer complètement la cavité méningée, je suturai la peau au crin de Florence et fis un drainage au crin. Les suites opératoires furent simples.

La tumeur était formée d'un sac méningé contenant à sa partie inférieure un prolongement de substance cérébrale dégénérée, légèrement adhérent par son sommet.

Actuellement l'enfant est en parfaite santé, bien développé, intelligent, sans aucun trouble du langage ni de la motilité. La fontanelle postérieure n'est toujours pas ossifiée; la perte de substance crânienne, à ce niveau, a la forme d'un losange dont les diagonales mesurent 5 centimètres. La peau qui la recouvre est souple, mais légèrement soulevée par les battements encéphaliques. J'ai conseillé à la mère de maintenir à ce niveau une plaque de carton ouatée fixée par un bonnet.

Abcès du foie avec fusée dans le bassin.

M. Bœckel (de Strasbourg). — J'ai observé, il y a deux années, chez une femme de trente-deux ans, un cas de rupture d'un abcès du foie dans le bassin. Appelé auprès de la malade, je portai le diagnostic de péritonite appendiculaire et fis la laparotomie, qui donna issue à une grande quantité de pus jaunâtre remplissant toute la cavité pelvienne; je pus me rendre compte que le pus provenait du côté droit et je trouvai, en effet, un foyer hépatique ouvert dans le péritoine. Je n'arrivai pas à déterminer le siège de l'orifice de communication entre ce foyer suppuré et le bassin; je ne m'attardai pas à le chercher, d'ailleurs. J'établis un large drainage, et la guérison se fit sans incidents. L'origine de l'abcès du foie n'a pu être exactement établie; j'ai dû, par exclusion, me rallier à l'idée d'une lésion tuberculeuse.

De l'intervention dans les appendicites.

M. Péraire (de Paris). — J'ai opéré depuis un an 10 cas d'appendicite, avec 10 guérisons. Parmi les observations les plus intéressantes, je citerai celle d'un garçon de quatorze ans, atteint d'accidents appendiculaires avec phénomènes péritonéaux graves; j'intervins au quatrième jour et, trouvant une péritonite suppurée généralisée, je me bornai à drainer; l'appendice gangrené fut éliminé spontanément au sixième jour. Dans un autre fait d'appendicite perforante gangreneuse opérée à chaud, j'ai obtenu la guérison par l'incision simple et le drainage, sans recherche de l'appendice. Les suites opératoires ont été des plus simples et le drainage fut suffisant pour donner issue, les jours suivants, aux débris sphacélés de l'appendice éliminé. Je dois signaler l'hypothermie de la convalescence chez cette malade; pendant quelques jours, en effet, le thermomètre ne monta pas au-dessus de 35°7.

Les 8 autres cas ont été opérés à froid. Dans l'un d'eux, j'ai trouvé un poil de blaireau implanté dans la muqueuse appendiculaire; le patient avait eu des troubles digestifs sans fièvre, mais accompagnés d'une contracture localisée et très vive, qui siégeait très haut, au niveau du bord inférieur du foie, en un point répondant exactement à la vésicule biliaire, de sorte qu'on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une colique hépatique.

Au point de vue de la technique opératoire, après avoir isolé l'appendice, je taille à sa surface un lambeau séreux en forme de raquette. Ce lambeau est ensuite renversé sur le cæcum.

M. Paul Delbet. — La doctrine de la temporisation et de l'opportunisme est une doctrine néfaste : elle a causé la mort de 3 malades qui m'ont quitté parce que je voulais les opérer ou que l'on m'a amenés trop tard. En outre, chez 2 patients que j'ai pu tirer d'affaire, les lésions étaient tellement étendues qu'il fallut chez l'un quatre interventions (gangrène, fistule, obstruction), chez l'autre deux (obstruction), pour obtenir la guérison. En revanche, j'ai pu sauver une malade gravement atteinte en l'opérant tôt.

Ce qui fait redouter l'intervention hâtive, c'est qu'on la fait trop complexe : il faut se borner à aller droit à l'appendice en laissant les abcès; je persiste à maintenir que le pus est un moyen de défense, et que son évacuation a une importance secondaire.

Recherches expérimentales sur la leucocytose dans les contusions et les plaies de l'abdomen.

M. Cazin. — En raison des difficultés ou même de l'impossibilité du diagnostic précoce des lésions viscérales dans les contusions et les plaies pénétrantes de l'abdomen, il nous a paru intéressant de rechercher expérimentalement si l'examen du sang pouvait fournir des renseignements utiles au point de vue de ce diagnostic et par suite au point de vue des indications opératoires.

Dans une première série d'expériences, 10 chiens ont subi des contusions de l'abdomen au moyen d'agents vulnérants variés. Dans les cas où la contusion abdominale n'a pas déterminé de lésions viscérales, le taux leucocytaire n'a subi qu'une faible augmentation. Chez les animaux atteints de lésions viscérales légères, l'hyperleucocytose a été beaucoup plus marquée et s'est produite rapidement, sans que toutefois

le nombre des leucocytes ait jamais été supérieur à 23,900 par millimètre cube, ce maximum, constaté trois heures après le traumatisme, ayant été d'ailleurs suivi, dès le lendemain, d'un retour au chiffre normal. Enfin, dans les faits où des lésions graves ont été déterminées, nous avons pu constater une hyperleucocytose très accentuée et extrêmement rapide; c'est ainsi que, chez un chien dont la vessie avait été rompue, le nombre des leucocytes, qui était de 9,950 avant le traumatisme, est monté à 23,150 trois heures après et à 36,450 une heure plus tard.

Pour les plaies de l'abdomen par balle de revolver, que nous avons produites chez 8 chiens et qui, dans 6 cas, ont été compliquées de perforations intestinales, l'augmentation du nombre des leucocytes ne s'est pas produite assez rapidement d'une façon suffisamment marquée pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte au point de vue du diagnostic des lésions intestinales.

L'examen du sang nous paraît, en revanche, appelé à rendre des services dans les contusions de l'abdomen, surtout pour les cas de moyenne intensité.

Procédé opératoire pour la cure des fistules biliaires consécutives à la cholécystostomie.

M. Chibret (d'Aurillac). — Dans un cas de fistule biliaire consécutive à une cholécystostomie pour cholécystite calculeuse suppurée, après avoir cautérisé l'orifice, je fis une incision elliptique, qui me permit de disséquer l'orifice fistuleux en séparant la paroi musculo-muqueuse vésiculaire d'avec l'enveloppe péritonéale sur une étendue de 6 ou 7 centimètres, réalisant ainsi la cholécystectomie sous-séreuse de Doyen. Ayant vérifié soigneusement l'absence de calculs dans les voies biliaires, et m'étant assuré antérieurement de leur perméabilité, j'appliquai l'écraseur de Doyen sur la vésicule à un centimètre au-dessous de la collerette cutanée de l'orifice fistuleux, préalablement disséquée et fermée par une pince à anneaux. Après ligature à la soie fine au niveau du sillon d'écrasement, je sectionnai la vésicule au thermocautère et j'enfouis le moignon au moyen de deux sutures en bourse placées sur la tunique musculaire.

Ce procédé simple et facile n'expose à aucun danger : si la ligature vésiculaire cédait, la bile serait conduite au dehors par l'entonnoir péritonéal conservé.

Du choix de l'intervention dans les cancers haut situés du rectum.

M. Forgue (de Montpellier). — L'intervention par la voie abdominale s'impose lorsqu'on opère en pleine crise d'obstruction. En pareil cas, il est à considérer, en effet, que le siège de l'obstacle reste souvent incertain et que l'établissement d'un anus contre nature est ordinairement la solution de nécessité, soit temporaire, soit définitive. C'est ce qui nous est arrivé 2 fois cette année, pour un carcinome étendu, occupant l'extrémité inférieure de l'anse sigmoïde, propagé largement à la paroi postérieure de la vessie, et pour un squirre annulaire du segment recto-sigmoïde, occupant la région du promontoire.

Dans le cas d'un cancer de même siège sigmoïdo-pelvien opéré par la voie haute, en dehors des accidents pressants de l'obstruction, il est rationnel de chercher à éviter l'infirmité de l'anus contre nature et d'utiliser le bout rectal inférieur pour rétablir le cours normal des matières. Or, ce bout est court, immobile, peu accessible à une suture circulaire méthodique. Si la résection du segment cancéreux n'a pas été trop étendue, si l'on a affaire à un type d'anse sigmoïde à long méso mobile, on peut se proposer, après clôture du bout inférieur, d'anastomoser le bout supérieur dans le segment ampullaire.

Mais l'éventualité clinique la plus fréquente est celle d'un cancer sus-ampullo-sigmoïdien, c'est-à-dire occupant la partie supérieure de l'ampoule et propagé plus ou moins haut vers la fin de l'anse oméga, l'index explorateur restant très au-dessous de sa limite supérieure. J'ai opéré 9 cancers de ce type. J'ai adopté 2 fois, chez l'homme, la méthode abdomino-périnéale : les cas étaient défavorables, et les opérés ont succombé, l'un au deuxième, l'autre au huitième jour. Je suis intervenu 7 fois par le périnée en suivant une technique imitée de celle de M. Quénu; je ne compte qu'un décès sur ces 7 interventions. La voie périnéale, avec résection du coccyx, permet d'abaisser le côlon pelvien et la partie inférieure de l'anse oméga et d'en extirper un segment qui, dans nos interventions, a varié entre 21 et 28 centimètres à partir du bout anal, ce qui suppose une mobilisation portant sur quelques centimètres plus haut.

Le grand avantage de cette extirpation périnéale, quand elle est possible, c'est de permettre, en enlevant l'intestin clos à ses deux bouts, de réaliser l'asepsie absolue que ne saurait assurer la méthode abdomino-périnéale. Enfin, bien qu'elle sacrifie l'appareil sphinctérien, elle place l'anus en un point voisin de sa position normale et, grâce à la conservation du releveur, il s'établit peu à peu un état de continence qui est très apprécié des opérés : 4 de nos malades, chez lesquels l'intervention date de cinq mois à trois ans, n'ont que deux selles par jour.

M. Tavel (de Berne). — L'impossibilité de faire une suture circulaire de l'intestin et de conserver ainsi à l'opéré une fonction normale avec continence doit faire rejeter le procédé périnéal ou abdomino-périnéal.

Avec la méthode de Kraske et la résection haute du sacrum, remontant jusqu'au quatrième trou sacré, on arrive facilement à ramener au dehors des cancers très haut situés, complètement intrapéritonéaux, et à faire une suture circulaire de l'intestin.

Dans 4 cas de cancers du rectum opérés de cette manière, j'ai obtenu une réunion d'emblée de l'intestin avec continence parfaite; chez 2 de ces malades il y eut même réunion de la peau par première intention; dans d'autres cas il est resté une ouverture sacrée qui s'est refermée peu à peu, mais la continence des selles a, là aussi, été obtenue ultérieurement.

Péricolite cicatricielle post-appendiculaire.

M. Tavel. — Cette complication, qui n'est pas décrite dans les traités spéciaux, doit être considérée comme une entité morbide avec syndrome assez caractéristique.

Anatomiquement, l'affection consiste dans la formation de brides uniques ou multiples avec tendance à la rétraction, déformant, coudant ou enserrant le côlon, et empêchant ainsi son libre fonctionnement.

Cliniquement, la péricolite se reconnaîtra aux douleurs locales, aux douleurs irradiées particulièrement dans le dos, à la constipation ou à la diarrhée, à la difficulté de certains mouvements, à la fièvre périodique.

Elle simule volontiers l'hystérie, la spondylite, les tumeurs ou la tuberculose du côlon.

Dans l'espace de dix-huit mois, j'ai observé 7 cas de ce genre où l'appendice avait été enlevé antérieurement ou était normal.

On peut conclure de ces faits que, dans chaque appendicectomie, il faut examiner avec soin le côlon et exciser les adhérences qui pourraient donner lieu à la péricolite.

C'est pour avoir négligé cette précaution que beaucoup de chirurgiens ont vu les douleurs antérieures à l'appendicectomie subsister et les malades ne retirer aucun avantage d'une opération qui devait les guérir.

M. Berthomier (de Moulins) relate un cas d'occlusion intestinale, dans lequel la laparotomie, pratiquée avec succès, lui a permis de constater, au-dessous de l'angle gauche du côlon transverse, une plaque cicatricielle déterminant une coudure qui avait produit les accidents.

M. Tavel rend compte de ses recherches sur la *bactériologie de l'appendicite à froid*.

Séances du 24 octobre 1903.

Tumeur congénitale sacro-coccygienne.

M. Tédenat. — J'ai enlevé chez une fillette de quatre mois et demi une tumeur congénitale sacro-coccygienne, de 34 centimètres de circonférence. L'ablation se fit sans difficultés et la guérison fut obtenue simplement.

L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un néoplasme à tissus multiples; on y trouvait des kystes, dont quelques-uns avaient un revêtement épithélial à cils vibratiles; d'autres parties étaient constituées par du tissu osseux. En raison de la complexité de cette structure, je crois qu'il faut redouter la malignité dans les cas de ce genre; c'est pourquoi l'ablation complète me paraît nécessaire.

M. Phocas. — J'ai opéré 2 cas de tumeur congénitale sacro-coccygienne, et dans l'un je n'ai pu pratiquer l'ablation complète, qui aurait entraîné des délabrements trop considérables; il n'y a aucun inconvénient à laisser ainsi une partie de la tumeur, car il n'y a pas à redouter, à mon avis, la malignité dont M. Tédenat vient de parler.

M. Cazin. — J'ai eu l'occasion d'étudier histologiquement plusieurs cas de tumeurs congénitales sacro-coccygiennes et je suis convaincu de la nature bénigne de ces formations, qui, quelle que soit leur complexité, sont des tératomes.

Sur un nouveau procédé de cure radicale du varicocèle.

M. Phocas. — Dans une série de 12 cas de varicocèle opérés l'année dernière, j'ai employé un procédé de cure radicale qui consiste à élever le testicule sans exciser le scrotum ni les veines.

Je crois, d'après mes observations, que le ligament scrotal est trop court dans les cas de varicocèle et que, tant qu'il n'a pas été sectionné, le testicule ne peut être fixé dans une situation élevée. C'est par la section de ce ligament que j'explique les bons résultats obtenus par la résection du scrotum.

Mon procédé consiste à sectionner le ligament scrotal après avoir luxé le testicule et à fixer ensuite l'organe en position élevée sans éverser la vaginale, comme le font M. Parona et M. Longuet.

Kystes hydatiques du ligament large et du bassin avec accouchement normal.

M. Reboul. — J'ai opéré au mois de mai dernier une jeune femme de dix-huit ans, qui avait accouché normalement trois mois auparavant, et qui présentait une volumineuse tumeur kystique multiloculaire occupant toute la partie droite de l'abdomen, dépassant à gauche l'ombilic et emplissant à droite le bassin. J'avais fait le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire droit. La laparotomie m'a montré qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du ligament large; il existait en outre plusieurs tumeurs arrondies ou ovalaires, dans la fosse iliaque droite et le bassin.

Je parvins à extraire non sans difficultés 5 kystes hydatiques de volume divers. Le péritoine pelvien était parsemé de granulations miliaires dont l'examen microscopique me démontra ultérieurement la nature hydatique. J'excisai plusieurs de ces îlots et suturai les brèches de la séreuse. Ne pouvant les enlever tous sans « dépéritoniser » le bassin, je touchai ceux que je fus obligé de laisser avec du naphtol camphré. A cause des adhérences intimes du grand kyste du ligament large à la vessie, à l'intestin, à l'utérus, je ne pus l'énucléer et fus obligé de le marsupialiser. Il renfermait de nombreuses vésicules filles; je pus extraire complètement la membrane fertile. Je drainai le bassin et le grand kyste. Les suites furent régulières.

Ce cas montre, contrairement aux faits connus de dystocie par kystes hydatiques du bassin, que malgré l'existence de kystes hydatiques du bassin et du ligament large, la grossesse peut évoluer normalement et l'accouchement se produire à terme, sans dystocie et sans complications.

Appendicite et grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale.

M. Témoin (de Bourges). — J'ai eu 2 fois, dans l'espace d'un an, l'occasion d'opérer une appendicite aiguë compliquée d'une grossesse extra-utérine méconnue. Ces deux opérations sont intéressantes par la gravité des symptômes observés, ainsi que par la difficulté opératoire, et elles viennent confirmer mes conclusions antérieures, à savoir qu'il faut opérer l'appendicite quand nous la voyons, quelle que soit la date du début.

Dans les 2 cas il avait été impossible de soupçonner la grossesse extra-utérine et les accidents avaient pris une gravité spéciale due à la rupture de la poche. Chez l'une de mes opérées, j'ai trouvé un hématosalpinx contenant un fœtus de trois mois; la poche était confondue avec l'appendice qui présentait un volume énorme. Chez l'autre, le fœtus était libre derrière l'utérus, sorti d'une poche dépendant de la trompe droite; l'appendice sphacélé lui adhérait intimement.

Ces malades ont été opérées, l'une au quatrième, l'autre au cinquième jour de leur crise, et je suis convaincu qu'elles auraient succombé si j'avais attendu.

Dans les cas de ce genre, c'est par la voie médiane qu'il faut intervenir, car c'est la seule qui permette la décortication de l'hématosalpinx et l'ablation de l'utérus dans le cas de suppuration.

M. Gourdet (de Nantes). — Je crois que, dans tous les cas où le malade se trouve éloigné des centres et où, par conséquent, il ne peut être suivi par le chirurgien, on doit opérer l'appendicite sans retard. J'ai vu cette année mourir une femme que j'avais examinée vingt jours auparavant et pour laquelle j'avais proposé à ce moment une intervention qu'on avait refusée; je suis convaincu qu'elle aurait guéri si je l'avais opérée lors de ma première visite.

M. Krafft (de Lausanne). — Il me semble que l'on pourrait arriver plus facilement à une entente, au point de vue du traitement chirurgical de l'appendicite, si l'on désignait sous le nom de péri-appendicite les cas où la séreuse est intéressée, au lieu de confondre sous une même dénomination ces faits et de simples coliques appendiculaires.

Kystes clitoridiens.

M. Cazin. — L'étude des tumeurs bénignes du clitoris est entièrement négligée par les classiques, bien que plusieurs travaux aient été publiés dans ces dernières années sur ce sujet, notamment par M. Peckham et par M. Resinelli. Parmi les 22 faits relatés par ces auteurs, 4 seulement ont trait à des tumeurs kystiques. Or, j'ai eu l'occasion d'enlever cette année, chez une femme de quarante ans, une tumeur volumineuse, implantée par un pédicule étroit sur la face interne du capuchon clitoridien et constituée par une formation polykystique, dont les cavités, tapissées par une seule couche d'épithélium prismatique, renfermaient un liquide lactescent, légèrement visqueux. J'ai voulu attirer votre attention sur ces tumeurs kystiques dont la pathogénie n'est pas élucidée et qui peuvent être facilement confondues, au point de vue clinique, avec de simples *molluscum*.

M. Témoin. — Je crois qu'il s'agit là, en effet, d'une variété de tumeurs kystiques assez rares dans la région clitoridienne; j'en ai observé pour ma part un cas dont l'aspect clinique, la structure et le contenu lactescent rappelaient tout à fait la description qui vient de nous être faite.

M. Tédenat. — Je n'ai pas rencontré de tumeurs kystiques au niveau du clitoris, mais j'ai vu plusieurs fois, sur les petites lèvres, des kystes assez analogues à ceux dont il vient d'être question.

Cancers multiples successifs sur une même malade.

M. Mondot (d'Oran). — Chez une femme à laquelle j'avais fait l'amputation du col en 1887, pour un épithélioma, j'ai dû pratiquer l'hystérectomie en 1896 pour une récidive locale. Deux ans plus tard j'amputai le sein droit pour une tumeur maligne, et au bout de deux ans et demi j'en fis autant du côté gauche, qui avait été pris à son tour. Dix-huit mois après cette quatrième opération, je vis apparaître un cancer cutané de la région dorsale, et, enfin, en janvier 1902, tous les signes d'un cancer de l'estomac se manifestèrent chez la malade, qui a succombé il y a deux mois seulement.

Sur un cas d'absence du vagin.

M. Picqué (de Paris). — Chez une jeune malade, âgée de seize à dix-sept ans, qui me fut amenée à l'asile Sainte-Anne, je sentis une tumeur abdominale qui me parut être un kyste; je n'avais pas cherché à pratiquer le toucher vaginal et m'étais borné à faire une exploration par le rectum. A la laparotomie je trouvai un énorme hématosalpinx sur le point de se rompre, avec hématométrie; le vagin manquait dans ses deux tiers inférieurs. J'ai fait l'extirpation complète et la malade a guéri très simplement.

Sur un traitement spécial des plaies accidentelles et en particulier des fractures compliquées.

M. Van Stockum (de Rotterdam). — J'ai eu recours, dans le traitement des plaies et notamment des fractures compliquées, à une méthode ancienne employée par un de mes prédécesseurs, M. Van der Hoeven, et qui consiste dans l'imprégnation des plaies par le baume du Pérou.

Après avoir enlevé les corps étrangers qui peuvent se trouver à la surface de la plaie, et sans avoir pratiqué aucun lavage de la plaie ni des téguments voisins, on remplit tout le foyer de la fracture avec une grande quantité de baume du Pérou stérilisé, et l'on favorise sa pénétration par de légers mouvements qu'un aide imprime au membre pour obtenir un déplacement des extrémités fracturées; on réduit ensuite la fracture comme dans un cas de fracture fermée, et l'on applique un pansement aseptique.

Les résultats que j'ai obtenus par cette méthode ont été excellents. Le nombre des fractures ainsi traitées a été de 90; dans un seul cas j'ai dû faire l'amputation secondaire pour une gangrène gazeuse; 3 fractures seulement ont suppuré.

Sur la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Lucas-Championnière (de Paris). — Je crois que les mauvais résultats que l'on obtient dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus proviennent surtout de la façon dont on soigne ces fractures, et, à ce point de vue, je suis convaincu qu'il vaut mieux ne rien faire que d'appliquer des appareils plus ou moins perfectionnés. Si l'on se contente de faire du massage, sans appliquer le moindre appareil, on obtient d'excellents résultats. Ce massage doit être commencé immédiatement, pour ne pas laisser s'établir les contractures qui, au bout de quelques jours, s'opposent considérablement à la mobilisation.

Grâce au massage, la douleur, qui est si intense dans ce genre de fracture, disparaît très rapidement. Mais bien entendu il faut que les manœuvres soient faites avec une grande douceur.

Avec cette méthode, je n'ai jamais vu persister une déformation créant une impotence fonctionnelle.

Polyarthrites tuberculeuses aiguës et chroniques.

M. Coudray (de Paris). — Je puis vous signaler 2 observations d'arthrites tuberculeuses chroniques, dont l'une, curieuse par sa très lente évolution, s'est terminée par tumeur blanche, après que l'affection eût présenté au niveau des doigts le caractère déformant.

J'ai observé aussi 3 cas relatifs à la forme aiguë ou subaiguë de l'arthrite tuberculeuse rhumatoïde. Dans un de ces faits, l'intensité des phénomènes locaux et généraux (température à 39°5 et 39°9) était telle que j'ai pu croire à un premier examen qu'il s'agissait d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur avec arthrite secondaire. Or, cette arthrite redoutable de la hanche s'est terminée par une tumeur blanche.

De mes 5 cas, 3 ont évolué nettement de la forme fibreuse en fongosités, et les 2 autres semblent devoir suivre la même voie.

De la tuberculose du genou chez l'adulte.

M. Gangolphe (de Lyon). — Avant de se décider à pratiquer la résection du genou, il faut prendre soigneusement et d'une façon suivie la température du malade, ce qui permet souvent de déceler une tuberculose viscérale. Je refuse la résection aux albuminuriques ainsi qu'aux malades atteints d'ostéo-arthrite suppurée avec associations microbiennes, celles-ci rendant impossible l'asepsie du champ opératoire; les cas de ce genre sont seulement justiciables de l'amputation.

Au point de vue du manuel opératoire, je considère la résection du genou comme nécessitant une asepsie rigoureuse, sans laquelle les échecs sont fréquents. J'emploie une technique à peu près semblable à celle d'Ollier; aussi je n'y insisterai pas. Je termine l'opération par une suture osseuse aux fils de laiton serrés avec des tubes de Galli, de façon à pouvoir les enlever.

Sur 80 résections que j'ai faites depuis seize ans, j'ai eu seulement 2 cas de mort opératoire et 3 décès dans le courant de l'année, par tuberculose. Je n'ai jamais observé de pseudarthrose.

M. Lucas-Championnière. — Le raccourcissement que donne la résection me paraît infiniment préférable, au point de vue de la marche, à l'ankylose avec conservation de la longueur du membre. Aussi j'étends considérablement les indications de la résection, que je pratique chaque fois que l'ankylose est à craindre.

Quant aux fils de la suture osseuse, je crois qu'il est inutile de les enlever.

M. Bœckel. — Pour ma part, je n'hésite pas à pratiquer la résection du genou, même chez des gens âgés, et les résultats que j'ai obtenus chez les vieillards sont aussi bons que chez les sujets jeunes.

En ce qui concerne la suture osseuse, j'y ai renoncé complètement, car je la considère comme inutile, tout au moins chez l'adulte. Pour l'enfant, au contraire, les os se déplacent très facilement, et la suture est alors indiquée.

M. Reboul. — J'ai fait plusieurs résections au-dessus de soixante ans et j'ai obtenu de très beaux succès. Comme M. Lucas-Championnière, j'estime les résultats de la résection supérieurs à la terminaison par ankylose.

M. Frœlich. — La résection convient parfaitement à l'adolescent — je ne parle pas de l'enfant, chez lequel la tumeur blanche du genou guérit toute seule —; mais chez l'adulte, surtout quand il s'agit de malades des hôpitaux, je crois qu'il faut le plus souvent faire l'amputation.

Traitement du mal perforant plantaire par le hersage des nerfs plantaires.

M. H. Delagénière. — J'ai obtenu un excellent résultat avec le hersage des nerfs plantaires, chez un malade âgé de vingt-sept ans et atteint d'un mal perforant grave aux deux pieds.

Le hersage, pour être efficace, doit remplir certaines conditions : il doit être pratiqué sur le tronc nerveux malade et toujours sur un point situé entre la moelle épinière et le dernier point douloureux ou atteint. Il convient de dénuder le nerf dans une certaine étendue, afin que l'on puisse juger de son aspect, de ses rapports avec les veines et de sa circulation intrinsèque. Puis on l'isolera et on le soulèvera avec un écarteur plat sur lequel on effectuera le hersage. Ce hersage n'est autre qu'une dissociation du nerf avec une aiguille un peu mousse, et le point essentiel est de détruire tous les vaisseaux situés dans l'épaisseur du nerf. Enfin le hersage doit porter sur une longueur suffisante du nerf pour que les conditions de vitalité du tronc nerveux se trouvent bien certainement modifiées.

Traitement du pied creux.

M. Redard (de Paris). — J'emploie depuis plusieurs années, pour le traitement du pied creux, un procédé qui m'a donné les meilleurs résultats dans les formes graves et invétérées. Le principe de cette méthode, qui est très analogue à celui que j'ai appliqué au traitement du pied bot varus équin, consiste à opérer le redressement au moyen d'une force suffisante, mais graduée, que l'on obtient avec un tarsoclaste spécialement construit dans ce but. Dans un deuxième temps on fait les sections tendineuses nécessaires, et ensuite on remet le pied dans l'appareil, pour achever le redressement; enfin, dans un dernier temps, on applique un appareil plâtré.

Nouveau procédé d'arthrodèse tibio-tarsienne.

M. Chibret. — Ayant été, dans 2 cas, peu satisfait des résultats de l'arthrodèse pratiquée

suivant la technique courante, j'ai eu l'idée d'employer un procédé nouveau, qui consiste à enlever d'abord l'astragale et à fixer ensuite la mortaise tibio-péronière au calcanéum; grâce au jour considérable donné par l'ablation de l'astragale, il est très facile d'aviver la mortaise; il ne reste plus qu'à y enfoncer le calcanéum qui est généralement trop gros et dont il faut par conséquent diminuer le volume. Le résultat éloigné d'une arthrodèse que j'ai faite par ce procédé, il y a quatre ans, est tout à fait satisfaisant et la solidité du pied est parfaite; dans un autre cas, qui date de quatorze mois, le résultat définitif est également excellent.

M. Poncet fait une communication tendant à démontrer que, dans certains cas, la spondylose rhyzomélique n'est qu'une modalité du rhumatisme tuberculeux.

Dr MAURICE CAZIN (de Paris).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 19 et 26 octobre 1903.

Sur le sucre virtuel du sang.

MM. R. Lépine et **Boulud**. — Dans une note précédente, nous avons démontré que le ventricule droit renferme du sucre virtuel (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 330). Nous ajouterons aujourd'hui que, dans quelques cas au moins, on peut trouver plus de sucre dans le sang d'une veine (jugulaire, fémorale, etc.) que dans le sang artériel, et que dans ces cas — d'ailleurs exceptionnels, sans doute à cause de la glycolyse qui se fait dans les capillaires —, le sang veineux renferme toujours moins de sucre virtuel que le sang artériel. En d'autres termes, on a, dans certains cas au moins, la preuve qu'il se produit du sucre dans les capillaires de la grande circulation aux dépens du sucre virtuel du sang.

L'élévation de la température à 58° n'est nullement nécessaire à la transformation du sucre virtuel en sucre; elle n'agit qu'en empêchant la glycolyse : nous avons maintes fois constaté une augmentation très notable du sucre du sang artériel après séjour prolongé de celui-ci à une température inférieure à + 8°. A cette température, en effet, la glycolyse est, sinon abolie, au moins très diminuée.

Ainsi que l'un de nous l'avait autrefois constaté avec M. Barral (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 223 et 259), l'eau n'est pas non plus nécessaire. Mais le temps est un facteur essentiel : il faut au moins quelques minutes pour que le sucre virtuel se transforme en sucre, après que le sang est sorti du vaisseau. Sa transformation est en grande partie achevée en un quart d'heure; plusieurs heures paraissent toutefois nécessaires pour qu'elle soit complète, au moins avec certains sangs.

La production de sucre à 58°, ou au-dessous de + 8°, se fait aussi bien avec le sérum qu'avec le sang.

Sur la non-identité du surra et du nagana.

MM. Vallée et **Carré** relatent une expérience entreprise par Nocard peu avant sa mort, et qui confirme les recherches de MM. Laveran et Mesnil sur la non-identité du surra et du nagana (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 219). Il s'agit d'une vache bretonne qui, après avoir été immunisée à l'égard du nagana par l'injection de quantités croissantes de sang riche en trypanosomes de cette maladie, reçut une injection de sang d'une souris inoculée avec le surra de l'île Maurice, et réagit à cette infection comme un animal neuf.

Sur l'olfaction des vieillards.

M. Vaschide adresse une note relatant des expériences faites sur 66 vieillards hommes et femmes, hospitalisés à Bicêtre et à la Salpêtrière, et d'où il résulte que, en dehors de toute affection des fosses nasales, la sensibilité olfactive est considérablement diminuée chez les vieillards, au point qu'il y avait 24 anosmiques sur les 66 sujets précités, à savoir 15 hommes sur 36 et 9 femmes sur 30. La femme, qui à l'âge adulte possède une certaine supériorité sur l'homme au point de vue olfactif, conserve donc l'avantage en dépit des progrès de l'âge.

M. R. Anthony envoie une note d'où il résulte que la compression est un facteur essentiel dans la production des tendons : partout où un muscle est comprimé, la substance musculaire est bientôt remplacée par de la substance tendineuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre 1903.

Méningite hémorrhagique fibrineuse avec paraplégie spasmodique, traitée par les ponctions lombaires et le traitement spécifique.

M. Babinski. — Voici une jeune femme qui a été atteinte, il y a environ un an, de paraplégie crurale complète, accompagnée de contracture intense et de spasmes musculaires intermittents avec exagération des réflexes, clonus du pied, phénomène des orteils, etc. Il existait, en outre, chez cette malade, une cystite purulente avec fièvre, des troubles sphinctériens et une abolition du réflexe de la pupille droite à la lumière.

Ces différents accidents furent combattus par un traitement mercuriel intensif, par des lavages répétés de la vessie et par la rachicentèse.

Une première ponction pratiquée quatre mois après le début de l'affection donna issue à un liquide jaune verdâtre qui sortit en jet et se prit en masse pour former un caillot fibrineux contenant des lymphocytes; une deuxième ponction faite le lendemain fournit un liquide qui ne se coagula pas, mais qui contenait encore des lymphocytes et des hématies à divers degrés d'altération pigmentaire.

Dans l'espace de cinq semaines, on pratiqua successivement cinq ponctions et après chacune d'elles l'état de la patiente s'améliora d'une manière notable.

Aujourd'hui, un an après le début de la maladie, cette femme est presque complètement guérie; elle marche d'une manière à peu près correcte, les troubles vésicaux ont disparu, mais elle présente encore le phénomène des orteils, caractéristique d'une perturbation du système pyramidal, et le signe d'Argyll-Robertson. De plus, le liquide céphalo-rachidien contient toujours des lymphocytes.

Il s'agit d'une méningite hémorrhagique fibrineuse, dont la nature n'a pu être précisée. La présence du signe d'Argyll-Robertson donnerait à penser que la syphilis était en jeu, mais peut-être la méningite fibrineuse était-elle due à une infection associée à la syphilis, dont la cause, du reste, est indéterminée. Quant à la paraplégie, elle ne pouvait dépendre que d'une compression de la moelle, causée par la méningite hémorrhagique, ou bien d'une myélite associée à cette méningite.

Le traitement mercuriel a-t-il réellement agi d'une manière favorable? Cela est vraisemblable, mais non démontré. Il paraît, au contraire, incontestable que les ponctions lombaires ont exercé une influence remarquable et qu'elles ont, pour le moins, contribué dans une large mesure à la guérison d'une affection des plus graves.

Ce cas tend aussi à établir que cette variété de paraplégie crurale, caractérisée par l'intensité de la contracture et la présence de spasmes musculaires, est généralement liée, ainsi que je l'ai soutenu autrefois, et contrairement à ce qu'on pourrait croire *a priori*, à des lésions non dégénératives des faisceaux pyramidaux.

M. Widal. — J'observe en ce moment une femme qui est atteinte d'une tumeur du cervelet, caractérisée par de l'amblyopie, des vomissements et des douleurs de tête extrêmement violentes. Or, chaque fois qu'on soustrait à cette malade une petite quantité de liquide céphalo-rachidien, on détermine une sédation assez accusée de tous ces accidents pour que la patiente réclame elle-même, de temps à autre, une ponction du rachis. Depuis quatre mois, elle a subi dix-sept fois cette petite opération et toujours elle en a été soulagée. Nous avons vu également céder l'état comateux, dans lequel il lui arrive parfois d'être plongée, grâce à la décompression des centres nerveux résultant de la soustraction de 10 à 30 c.c. de liquide céphalo-rachidien.

Pathogénie des moules bronchiques.

M. Hallion. — Chez un malade dont les crachats ont renfermé à plusieurs reprises des moules bronchiques, l'examen microscopique des moules expectorées nous a permis d'établir, à M. Dalché et à moi, que ces productions étaient essentiellement constituées par de la fibrine du sang, mélangée à un exsudat inflammatoire visqueux analogue à l'exsudat pneumonique; il y avait en un mot, chez cet homme, coexistence d'hémorrhagies pulmonaires dues à un état asystolique prolongé et de lésions broncho-pulmonaires d'origine inflammatoire.

Nous basant sur ce fait, nous croyons pouvoir admettre que les moules bronchiques reconnaissent deux mécanismes différents : tantôt ce sont des productions pseudo-membraneuses analogues à celles que crée la diphtérie; tel est le cas de la bronchite fibrineuse proprement dite; tantôt, comme en témoigne la grande proportion des globules rouges qu'on y rencontre, c'est la fibrine du sang qui constitue un véritable thrombus bronchique, à la façon dont s'engendre un thrombus intravasculaire. La constitution du moule bronchique ainsi formé est d'ailleurs celle du thrombus blanc ou du thrombus mixte, avec cette différence que du mucus s'y incorpore. On conçoit au surplus que ces moules aient tantôt une structure stratifiée et canaliculée, quand la fibrine du sang en circulation dans l'intérieur de la bronche s'est déposée couche par couche, de dehors en dedans, tantôt une structure irrégulière, imbriquée, lorsque le sang a été brassé avec de l'air dans la bronche.

De toutes façons, le sang épanché dans les conduits aériens ne peut donner lieu à l'expectoration de moules bronchiques qu'à la condition que la fibrine se concrète en réseau serré dans l'intérieur des bronches, ce qui ne peut guère se produire qu'à la faveur d'une lésion inflammatoire de l'appareil broncho-pulmonaire.

M. Claisse est également d'avis qu'il y a lieu de distinguer deux variétés de bronchites pseudo-membraneuses : les unes aiguës et hémorrhagiques, qui sont presque toujours d'origine pneumococcique; les autres chroniques, non hémorrhagiques, dont la pathogénie reste encore obscure.

M. Chauffard dit avoir constaté, sur 2 cas de bronchite chronique pseudo-membraneuse, une fois des pneumocoques et une fois des streptocoques; mais dans l'un et l'autre cas la virulence de ces microbes était très atténuée.

Leucocytose et appendicite.

M. Barth. — J'ai observé une jeune fille de vingt-trois ans, qui fut atteinte d'appendicite accompagnée d'une leucocytose extrêmement intense (60,000 globules blancs par millimètre cube) et d'une notable hypertrophie du foie, sans phénomènes généraux graves. Cette leucocytose disparut progressivement à la suite de l'évacuation spontanée de l'abcès appendiculaire par l'intestin.

Je tiens, à ce propos, à insister sur l'importance de l'examen systématique du sang au cours de l'appendicite, au point de vue surtout de l'évolution de la maladie, et aussi sur l'hépatite congestive dont la patiente a été atteinte, hépatite qui a été assez longue à disparaître et qui, par la suite, pourra peut-être devenir le point de départ d'une cirrhose d'origine appendiculaire.

M. Vaquez. — La dissociation des phénomènes morbides de l'appendicite et des modifications du sang est un fait de la plus haute importance. Malgré la bénignité apparente des symptômes, l'existence d'une leucocytose dépassant 25,000 globules blancs doit, à elle seule, révéler une suppuration ayant touché la séreuse péritonéale. Elle est alors un signe de premier ordre, capable de dicter la conduite à tenir. Si, pour d'autres considérations, on s'est décidé en faveur de l'abstention temporaire et si l'on a remis l'opportunité de l'intervention au moment où tous les symptômes inflammatoires auront disparu, le retour des leucocytes à leur chiffre normal sera le moyen le plus certain d'affirmer que ces symptômes se sont, en effet, dissipés, et que l'appendicite est définitivement « refroidie ».

M. Achard. — L'une des particularités intéressantes de la communication de M. Barth concerne la réaction du foie, d'origine très pro-

bablement toxique. Il y a une dizaine d'années, à propos d'un cas d'abcès du foie consécutif à une appendicite (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 535), j'ai émis l'hypothèse que les lésions appendiculaires jouent peut-être un rôle dans la pathogénie de certaines cirrhoses; dans une clinique toute récente (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 341), M. Dieulafoy admet la possibilité de ce rôle étiologique.

Hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne.

M. Froin communique, au nom de M. Chauffard et au sien, l'observation d'une femme de vingt-deux ans qui fut prise brusquement d'une céphalée intense, accompagnée de rachialgie et quelque temps après d'hémiparésie du côté gauche avec exagération du réflexe rotulien, phénomène des orteils, signe de Kernig, etc. En présence de ces différents accidents, on aurait pu penser à une méningite cérébro-spinale aiguë, mais la ponction lombaire démontra qu'il s'agissait en réalité d'une hémorrhagie sous-arachnoïdienne, sans inflammation méningée concomitante : le liquide céphalo-rachidien était sanglant, il ne donna pas de coagulum et présenta une coloration jaune successivement croissante et décroissante démontrée par une série d'explorations méningées; ce liquide contenait en outre des hématomacrophages et de nombreux lymphocytes.

La ponction lombaire a donc permis de faire rentrer ce cas dans le cadre des méningites cérébro-spinales curables; elle a eu en outre une réelle efficacité thérapeutique, car quelques jours après la ponction tous les accidents s'atténuèrent pour disparaître peu à peu presque complètement. On ne constate plus actuellement chez la patiente qu'une exagération des réflexes rotuliens et de la trépidation épileptoïde.

Anémie profonde et anasarque dans un cas de cancer latent de l'estomac.

M. Sergent relate, en son nom et au nom de M. Lemaire, l'observation d'une femme de soixante-huit ans, atteinte d'anasarque et d'albuminurie avec œdème des poumons et pâleur extrême des téguments, chez laquelle l'examen du sang fit penser à l'existence d'un cancer latent.

L'autopsie confirma ce diagnostic en montrant un cancer non ulcéré situé sur la petite courbure de l'estomac et ayant donné naissance à plusieurs noyaux secondaires dans le foie. Contrairement à ce qu'on aurait pu supposer d'après le tableau clinique, les reins furent trouvés sains; seuls les épithéliums de quelques territoires lobulaires présentaient une légère tuméfaction.

Il s'agit donc d'un cas de cancer latent de l'estomac qui ne s'est manifesté pendant la vie que par une anémie profonde à type pernicieux avec anasarque.

M. Galliard communique l'observation d'un cas de tétanos qui s'est terminé par la guérison au bout de trente-six jours. Le traitement, institué le troisième jour de la maladie, a consisté en injections sous-cutanées de sérum antitétanique à hautes doses (jusqu'à 100 c.c. par jour) et dans l'administration de doses élevées de chloral. Le patient reçut en tout 2 litres et demi de sérum antitétanique et 500 grammes de chloral.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 17 et 24 octobre 1903.

Rétention locale des chlorures à la suite des injections de diverses substances.

MM. Achard et **L. Gaillard**. — Lorsqu'on injecte dans les tissus ou dans les séreuses une substance indifférente ou peu toxique (glycose, saccharose, sulfate de soude, urée, créatine), on observe, en même temps qu'une absorption graduelle de cette substance, une transsudation de chlorure de sodium. Il arrive un moment où le corps injecté a complètement disparu et où le chlorure reste le seul témoin du trouble local apporté à l'équilibre des humeurs.

Il y a donc, sous l'influence de l'injection, une rétention locale de chlorures, quoique le corps qui l'a provoquée ne soit pas lui-même retenu. C'est là un exemple d'une rétention de chlorures survenant par le simple jeu des forces osmotiques, sans qu'aucun trouble ait été apporté aux fonctions des émonctoires ni à la circulation générale, et sans qu'un supplément de chlorures ait été introduit dans l'organisme.

Si l'on recueille au point de l'injection la totalité du liquide, il est facile d'évaluer l'importance de la rétention. En comparant des animaux du même poids, on reconnaît que, pour un même corps et dans le même temps, la rétention des chlorures est plus forte quand le nombre de molécules injectées est plus grand. Pour des corps différents, à nombre égal de molécules, ce sont les plus grosses qui déterminent la rétention la plus considérable.

La chloruration de l'organisme augmente l'importance de cette rétention. L'hydratation de l'organisme ne paraît guère la diminuer.

Dans certaines conditions, cette rétention locale peut avoir pour conséquence l'hypochlorurie.

Sur un nouveau protozoaire, parasite ectoglobulaire du sang de l'homme.

MM. Edm. et **Et. Sergent**. — Au cours de travaux ayant pour but de protéger certaines gares algériennes contre le paludisme, l'un de nous a eu l'occasion d'observer, à la gare des Ouled-Rahmoun, un homme de vingt-neuf ans, Algérien d'origine, n'ayant eu qu'un seul accès paludéen à l'âge de six ans, et qui se plaignait d'être réveillé toutes les nuits depuis une semaine, vers onze heures du soir, par une crise de « sueurs froides »; après une insomnie d'une heure environ il pouvait se rendormir; au matin il avait un peu de somnolence. Ce phénomène n'était accompagné d'aucun autre symptôme morbide; il n'y avait notamment pas de fièvre.

L'examen du sang permit de découvrir, à certaines heures, l'existence d'un parasite ectoglobulaire, affectant la forme d'un fuseau étroit et allongé (35 à 45 μ de longueur sur 1 μ à 1 μ 5 de largeur), assez rigide, difficilement colorable, muni d'un noyau volumineux occupant le tiers moyen du corps, et que l'on ne peut considérer que comme un protozoaire. Par des examens hématologiques pratiqués toutes les trois heures, jour et nuit, on put constater que les parasites apparaissaient dans le sang vers huit heures du matin pour en disparaître vers six heures du soir; c'est à dix heures du matin qu'ils étaient le plus nombreux (25 par préparation).

Action de la toxine typhoïdique injectée dans le cerveau.

M. Vincent. — L'injection intracérébrale de culture ou de toxine typhoïdique se traduit chez les animaux par les mêmes symptômes nerveux ataxo-adynamiques (stupeur, agitation extrême, soubresauts musculaires, etc.), que l'on est accoutumé d'observer chez l'homme dans le cours de la fièvre typhoïde.

Chez les animaux préalablement immunisés, les effets de cette injection intracérébrale ne sont pas atténués : l'antitoxine circulant dans le sang est donc impuissante à préserver les cellules cérébrales contre l'action de la toxine.

Que si, au contraire, on injecte dans le cerveau un mélange d'antitoxine et de toxine, on neutralise à peu près complètement les effets de celle-ci. Cela étant, on pourrait peut-être tenter, dans les dothiénentéries humaines à symptômes nerveux très graves, l'injection d'antitoxine sinon dans la dure-mère crânienne, du moins dans le canal rachidien.

Ampliation des ventricules latéraux du cerveau dans les maladies mentales.

M. Marchand. — J'ai mesuré la capacité des ventricules latéraux sur 123 cerveaux appartenant à des aliénés : il résulte de ces mensurations que ces cavités atteignent leurs plus grandes dimensions dans la paralysie générale, la démence sénile, la démence vésanique et l'alcoolisme chronique; leur capacité atteint en moyenne 15 c.c. On peut les considérer comme normales dans l'excitation maniaque, le délire mélancolique, le délire de persécution, la débilité mentale et l'épilepsie dite idiopathique, affections dans lesquelles elles mesurent en moyenne 7 c.c. Quand il y a ampliation des ventricules, c'est généralement le gauche qui présente les plus grandes dimensions. L'augmentation de capacité des ventricules est en rapport avec l'atrophie cérébrale que l'on rencontre dans les démences. Dans la débilité mentale, les ventricules ont une capacité normale, quoique le poids du cerveau soit relativement faible; ce résultat est dû à ce qu'il s'agit en pareil cas d'un développement cérébral incomplet et non d'une atrophie acquise.

Mensuration radioscopique de l'estomac et diagnostic de la ptose gastrique.

MM. Leven et **Barret**. — Pour apprécier par la radiographie les dimensions de l'estomac, nous déterminons le point le plus déclive de cet organe dans la station verticale, en faisant avaler au malade une pilule dure de sous-nitrate de bismuth, puis le point le plus déclive occupé par cette pilule dans le décubitus latéral gauche, enfin dans le décubitus latéral droit. Nous notons ces trois points sur la peau, en éclairage normal. L'image de la courbe diaphragmatique nous indique la limite supérieure. En réunissant ces trois points aux extrémités de la courbe diaphragmatique, on dessine les contours de l'estomac avec une grande exactitude.

C'est dans le décubitus latéral droit que l'examen du sujet doit se faire pour différencier la ptose d'avec l'ectasie. S'il y a ptose, le liquide contenu dans l'estomac reste nettement éloigné de la courbe diaphragmatique. S'il y a ectasie sans ptose, ce liquide vient en contact immédiat avec le diaphragme.

La circulation du liquide céphalo-rachidien.

M. Cathelin dit qu'il résulte de ses recherches, et de celles de plusieurs autres auteurs, qu'il existe une véritable circulation du liquide céphalo-rachidien comparable à celle du sang. Sécrété par les plexus choroïdes, ce liquide s'accumulerait dans la séreuse sous-arachnoïdienne qui constituerait ainsi une sorte de réservoir, et non un canal excréteur; de là, le liquide céphalo-rachidien passerait dans la circulation lymphatique par l'intermédiaire des gaines périvasculaires, et irait se jeter par le canal thoracique dans la veine sous-clavière gauche, puis dans la grande circulation, pour retourner ensuite aux plexus choroïdes par l'intermédiaire des vaisseaux afférents.

On peut invoquer à l'appui de cette théorie les écoulements considérables de liquide céphalo-rachidien que l'on observe à la suite des plaies pénétrantes du rachis.

Gangrène pulmonaire puerpérale par microbes strictement anaérobies.

M. X. Gouraud communique l'observation d'une femme qui fut atteinte de gangrène pulmonaire ayant débuté peu de jours après un accouchement gémellaire et ayant entraîné la mort au bout de six semaines environ. Malgré la variabilité des signes stéthoscopiques, la fétidité de l'haleine et des crachats ne permettait pas d'hésiter sur le diagnostic. L'examen bactériologique, pratiqué sur le liquide retiré pendant la vie par ponction d'un des foyers pulmonaires, montra de nombreux microbes anaérobies, mais pas un seul microbe aérobie. Une autre particularité digne d'être notée, c'est qu'il n'existait aucun symptôme utérin : les microbes n'avaient fait que traverser l'utérus, sans provoquer de réaction locale.

M. Bosc (de Montpellier) adresse une note tendant à démontrer que le parasite de la vaccine est un protozoaire, de même ordre que celui de la clavelée, se reproduisant par division directe et suivant un stade à mérozoïtes bien caractérisé (*schizogonie*).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

La cardioptose et son association avec le foie flottant, par M. Max Einhorn.

Sous le nom de *cardioptose* on désigne un état morbide caractérisé par l'abaissement du cœur, cet organe possédant en même temps une mobilité plus grande que dans les conditions normales. C'est un clinicien russe, M. Cher-

chevsky, qui a, le premier, attiré l'attention sur ce phénomène. En recherchant, dans 40 cas, l'influence exercée par les changements de la position du corps sur le choc de la pointe du cœur, il constata que, chez 19 sujets, le siège de ce choc se déplaçait d'une manière considérable (de 4 à 7 centim. 1/2); or, normalement, la mobilité du cœur est de 1 centim. 1/2 à 3 centimètres seulement.

M. Einhorn a examiné, à cet égard, 926 malades, dont 512 hommes et 414 femmes. Sur ce nombre, 22 sujets (18 hommes et 4 femmes) présentaient de la cardioptose; la fréquence de cet état morbide serait, par conséquent, de 2.37 % (3.51 % pour le sexe masculin et 0.96 % pour le sexe féminin).

Comme facteurs étiologiques, l'auteur signale l'émaciation, l'entéroptose et la neurasthénie, en reconnaissant, d'ailleurs, qu'à elles seules, ces causes ne suffisent pas pour déterminer la cardioptose. Il est intéressant de noter que le déplacement et la mobilité anormale du cœur sont beaucoup moins fréquents chez la femme que chez l'homme, alors que pour l'entéroptose c'est précisément l'inverse qui a lieu. Cette immunité relative de la femme à l'égard de la cardioptose est probablement due au port du corset, qui, en exerçant une pression de bas en haut et d'avant en arrière, refoule le contenu de la cage thoracique vers le haut et maintient le cœur dans sa position normale. D'autre part, les hommes sont, plus souvent que les femmes, appelés à travailler dans la position inclinée, laquelle est également considérée par un certain nombre d'auteurs comme une des causes de la cardioptose.

Au point de vue de la symptomatologie, on peut, avec M. Einhorn, distinguer des phénomènes subjectifs et des signes objectifs.

Dans le premier groupe, on note surtout des troubles nerveux du cœur, tels que palpitations, des accès de vertige et parfois l'impossibilité de rester couché sur le côté gauche. Tous ces phénomènes s'observent aussi, il est vrai, chez des sujets exempts de cardioptose, mais dans cet état morbide ils sont particulièrement fréquents, de sorte qu'on ne saurait contester qu'il y ait une relation étroite entre leur existence et le déplacement du cœur.

Comme signes objectifs, il y a lieu de remarquer que la matité cardiaque — relative ou absolue — commence plus bas qu'à l'état normal: en moyenne, la matité relative débute au niveau de la quatrième côte, la matité absolue au niveau de la cinquième. Le cœur lui-même n'est pas augmenté de volume et ne présente aucun signe attribuable à une affection organique, ses bruits restant parfaitement nets et normaux. Par contre, sa mobilité est très exagérée; c'est ainsi que la distance entre le choc de la pointe dans la position dorsale, et le même choc recherché quand le patient est couché sur le côté gauche, atteint de 3 à 5 centimètres. Dans la position latérale droite, il devient souvent tout à fait impossible de percevoir le choc de la pointe, et la matité absolue du cœur se déplace à droite du sternum.

A peu près dans la moitié des cas, le cœur mobile est associé à une entéroptose généralisée, et toujours il coexiste avec un degré plus ou moins marqué d'hépatoptose, fait qui semble avoir échappé à la plupart des auteurs. D'après M. Einhorn, cette coexistence s'expliquerait par l'abaissement que subit le diaphragme, sous l'influence de la cardioptose, déplacement qui entraîne, à son tour, l'abaissement du foie. Il serait, toutefois, erroné de vouloir renverser les termes de cette association et de supposer que l'hépatoptose s'accompagne nécessairement d'une déviation du cœur: l'auteur a maintes fois eu l'occasion de se convaincre qu'il n'en est rien.

Le pronostic de la cardioptose est relativement bénin, car cet état morbide ne met aucunement en danger la vie du malade et, d'autre part, sous l'influence d'un traitement approprié, les troubles subjectifs peuvent s'atténuer, voire même disparaître complètement. Ce traitement doit, avant tout, viser à l'amélioration de la nutrition et à la tonification du système nerveux (lotions froides, exercices de gymnastique et séjour au grand air). On doit, en outre, soigneusement éviter tout ce qui peut retentir sur la position du cœur; on veillera particulièrement à ce que le patient ne garde pas trop longtemps l'attitude inclinée et on lui recommandera de dormir avec la tête et le thorax en position horizontale ou à peine élevée. (*Med. Record*, 25 avril 1903.) — L. CH.

Appendicite avec hémorrhagies intestinales profuses, ayant simulé la fièvre typhoïde, par MM. Ch. R. Box et C. S. Wallace.

L'observation dont il s'agit se rapporte à un homme de cinquante et un ans, qui, en pleine santé, fut pris de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissements et d'hyperthermie. A l'examen, on constata une sensibilité exagérée à la pression dans la région du foie et de la vésicule biliaire. La conjonctive paraissait jaunâtre et il existait de l'albuminurie.

Sous l'influence du régime lacté et du repos au lit, les phénomènes morbides ne tardèrent pas à se dissiper, et au bout d'une dizaine de jours on autorisa le patient à se lever. Mais il fut pris d'un évanouissement et son état subit une aggravation très marquée : la température remonta à 39°, en même temps qu'on comptait 120 pulsations à la minute, le pouls présentant, d'ailleurs, quelques intermittences. Plusieurs jours auparavant, le malade avait eu une entérorrhagie et rendu plus d'un quart de litre de sang rouge vif. Les selles étaient devenues ensuite diarrhéiques et fétides.

L'examen, pratiqué sur ces entrefaites, montra l'existence d'un œdème généralisé au tronc et aux membres inférieurs, et particulièrement accentué au niveau de la région lombaire et de la fosse iliaque droites. Le patient délirait pendant la nuit. La rate restait inaccessible à la palpation et il n'y avait pas de taches rosées, mais en présence de l'hyperthermie, du délire, de l'état général du malade, et de l'hémorrhagie intestinale qui ne tarda pas à se reproduire à plusieurs reprises, on pouvait songer à la fièvre typhoïde. Toutefois, comme le diagnostic restait en suspens, on se décida à faire une incision exploratrice : la région lombaire droite fut incisée jusqu'au rein, sans que l'on décelât la moindre suppuration. Le patient succomba au vingt et unième jour de la maladie, et à l'autopsie on découvrit, au fond de la fosse iliaque droite, une poche purulente à parois déchiquetées, recouverte d'épiploon tuméfié. Il fut impossible de retrouver l'appendice, probablement enfoui dans la paroi de l'abcès ou ayant, peut être, subi la gangrène. Dans l'intestin, il n'existait pas la moindre trace d'ulcération typhoïdique. (*Lancet*, 6 juin 1903.) — L. CH.

La réaction paradoxale de la pupille dans l'accommodation, par M. W. G. Spiller.

La réaction paradoxale de la pupille dans l'accommodation, signalée pour la première fois par W. Vysin, constitue un phénomène excessivement rare et tout à fait distinct de la réaction paradoxale de l'iris à la lumière. Ces deux formes anormales du réflexe pupillaire sont indépendantes l'une de l'autre et ne coexistent pas toujours chez le même individu.

M. Spiller a observé 3 cas dans lesquels ce trouble existait : la pupille se rétrécissait toutes les fois que le sujet fixait un objet éloigné et se dilatait, par contre, dans les conditions inverses. L'un des yeux étant fermé, la pupille de l'autre se dilatait lorsque le regard était dirigé en bas et en dedans.

La cause du phénomène en question est encore loin d'être élucidée. D'après M. Piltz, qui a récemment publié un travail sur le réflexe pupillaire, la réaction paradoxale des pupilles à la lumière serait, dans la plupart des cas, liée à une déviation du globe oculaire par parésie de l'adducteur. En pareille occurrence, quand le patient fixe un objet rapproché, la pupille reste d'abord rétrécie, mais dès que, le muscle droit interne cédant à la fatigue, le globe de l'œil subit une déviation externe, la pupille se dilate par une sorte de mouvement associé. Cette interprétation ne saurait évidemment s'appliquer au phénomène observé par M. Spiller, car l'affaiblissement du muscle droit interne, peu marqué dans un des cas en question, était nul dans un autre, et, chez ces deux patients, la dilatation de la pupille se produisait aussitôt que l'œil fixait un objet rapproché. D'autre part, il est intéressant de noter qu'une des observations relatées par l'auteur a trait à une affection organique du système nerveux, alors que, d'après M. Piltz, la réaction paradoxale dans l'accommodation n'aurait jusqu'à présent été signalée que chez des sujets atteints de troubles fonctionnels. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mai 1903.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La ponction lombaire contre l'urémie aiguë.

Les convulsions et le coma que l'on observe chez les néphritiques sont généralement considérés comme une des manifestations de l'intoxication urémique. Peu satisfait de cette théorie et porté plutôt à attribuer les troubles en question à l'augmentation de la pression intracrânienne, M. le docteur D. C. McVail, professeur de clinique médicale au St. Mungo's College de Glasgow, s'est demandé si la ponction lombaire, en diminuant la compression des centres nerveux, ne serait pas susceptible de faire cesser les attaques convulsives et l'état comateux, tout au moins dans l'urémie aiguë.

Les essais que notre confrère a eu l'occasion d'instituer à cet égard, chez 2 malades, ont pleinement justifié cette manière de voir.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un homme pris brusquement d'albuminurie avec œdème et céphalalgie violente, et qui, après avoir eu pendant trente-six heures une série de crises convulsives, présenta de l'amaurose et finit par tomber dans le coma, malgré l'emploi des bains d'air surchauffé et des injections hypodermiques de pilocarpine. On pratiqua alors la ponction lombaire; le liquide céphalo-rachidien s'écoulant par gouttes, on laissa la canule en place pendant trois quarts d'heure, ce qui permit de retirer environ 24 grammes de liquide. Durant l'intervention, qui ne nécessita ni narcose générale, ni anesthésie locale, le patient était resté sans connaissance. Or, quatre heures après, il sortit de son anéantissement, en même temps qu'il commençait à récupérer la vue. Il dormit d'un sommeil naturel toute la nuit et se réveilla, le matin, complètement exempt de céphalalgie et de toute obnubilation cérébrale; la vision était parfaite. La diurèse ne tarda pas à augmenter, le taux de l'albumine diminua rapidement, l'œdème disparut et, au bout de quelques semaines, le malade quitta l'hôpital, sans que l'on eût eu à enregistrer, depuis la ponction, le moindre accès convulsif.

Le même résultat fut obtenu chez un autre patient atteint d'urémie aiguë et traité auparavant, sans aucun succès, par des bains d'air chaud et des injections sous-cutanées de pilocarpine. Là encore l'état comateux se dissipa dans l'espace de quatre heures sous l'influence d'une ponction lombaire, qui permit de soustraire plus de 30 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Traitement des tumeurs kystiques du sein par le massage forcé.

Les traités classiques recommandent habituellement l'extirpation de la poche, comme traitement de choix des galactocèles et des formations kystiques consécutives aux inflammations chroniques de la mamelle, la ponction suivie d'injections modificatrices et l'incision simple étant, le plus souvent, insuffisantes. Or, d'après l'expérience d'un confrère anglais, M. le docteur H. Snow, chirurgien en chef du Brompton Cancer Hospital de Londres, cette pratique serait tout à fait inutile, la cure de ces kystes pouvant être obtenue sans la moindre mutilation : à cet effet, il suffirait simplement d'exprimer par le mamelon le contenu de la poche. La malade étant anesthésiée, on commence par procéder à la rupture sous-cutanée du kyste, ce qui ne nécessite guère un grand effort. Puis, par des pressions énergiques exercées dans tous les sens, on en évacue le contenu, en ayant soin de continuer la manœuvre jusqu'à ce qu'il ne s'écoule plus rien par le mamelon.

A la suite de ce « massage forcé », le sein resterait quelque peu douloureux pendant un jour ou deux; mais, cette douleur une fois disparue, la patiente n'éprouverait plus aucun trouble, et la guérison serait définitive.

Il va sans dire que le procédé en question ne saurait être appliqué dans les cas où il y a lieu de soupçonner l'existence d'un néoplasme malin greffé sur la formation kystique.

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DANS LES DEUX MONDES

Les études médicales aux Etats-Unis.

I

La question de l'enseignement de la médecine est actuellement une de celles qui passionnent le plus le monde médical aux Etats-Unis. Pas un conférencier médical qui ne choisisse pour thème de son discours un sujet touchant de près ou de loin — généralement plutôt de près — à l'instruction médicale.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il y a cinquante ans encore l'enseignement de la médecine n'existait même pas à l'état embryonnaire aux Etats-Unis. A cette époque, l'immense majorité de la population américaine s'échelonnait le long de la côte de l'Atlantique, et c'est là aussi que se trouvaient les plus brillants représentants de la médecine américaine, qui presque tous avaient puisé le meilleur de leurs connaissances sur les bords de la Seine, dans la phalange enthousiaste des élèves de Louis. La grande masse des praticiens américains n'était alors constituée que par des empiriques ayant acquis leur bagage médical en aidant quelque confrère plus âgé dans l'exercice de notre art. Dans le Sud, l'influence de la population créole était prédominante, et elle imposait à tout médecin digne de ce nom d'avoir fait ou complété ses études professionnelles à Paris. Le reste de la grande plaine du Missisipi n'était encore que le Far-West où régnait en maître la race aujourd'hui bien déchue et bien oubliée du cow-boy, gent rustique qui demandait plus aux remèdes de bonnes femmes qu'à la médecine scientifique. Au delà des Montagnes Rocheuses, la Californie ne comptait pas beaucoup, étant à peine habitée par quelques rares aventuriers. On conçoit que dans un pays aussi neuf, la médecine, produit d'une civilisation avancée, n'ait guère été représentée — à part quelques exceptions remarquables mais rares et clairsemées — que par un ensemble de praticiens que nos conceptions européennes auraient de la peine à déclarer à la hauteur de la tâche qui leur était dévolue.

Depuis lors, en médecine comme en toutes choses, le progrès a marché aux Etats-Unis à pas de géants. En ce qui concerne la médecine, la bonne voie n'a guère été trouvée que depuis une dizaine d'années. Les lecteurs de la *Semaine Médicale* ont été renseignés à ce moment sur l'état dans lequel se trouvait l'enseignement médical aux Etats-Unis, par la série d'articles que M. Marcel Baudouin (1) publia dans les colonnes de ce journal sur les principaux centres médicaux qu'il visita à cette époque.

A l'heure actuelle, il est vrai, les choses ont fort changé, et bien des étapes ont été franchies, puisque c'est précisément à la date du voyage de M. Marcel Baudouin que remonte le début des grandes améliorations qui devaient permettre le relèvement des Ecoles de médecine en Amérique. Pour ma part, j'ai eu l'occasion de recueillir dans le cours de mon voyage de nombreux documents relatifs aux conditions dans lesquelles se dispense à l'heure actuelle l'enseignement dans les établissements médicaux des Etats-Unis. Sans entrer ici dans le détail ni dans l'examen comparatif des méthodes didactiques ou des ressources matérielles que j'ai vu mettre en œuvre dans les différents centres que j'ai visités, je me bornerai à exposer d'une façon synthétique où l'on en est actuellement aux Etats-Unis en matière d'enseignement médical.

II

Les conditions d'admission aux Ecoles de médecine ont de tout temps exercé une influence considérable sur le recrutement du Corps médical. Il n'y a qu'à se rappeler à cet égard ce qui s'est passé en France à plusieurs reprises, au cours du siècle dernier, lors des différentes modifications des conditions d'admission. Cependant, d'une façon générale, dans l'Europe continentale — il ne saurait être question ici de l'Angleterre, où existent des conditions très spéciales —, le principe est depuis longtemps acquis d'exiger à l'entrée de la carrière médicale l'obtention préalable du baccalauréat, et les changements successifs, baptisés du nom de réformes, ont plutôt porté sur la nature de ce baccalauréat, sur les matières qu'il doit embrasser, que sur le principe même. Il en résulte que l'enseignement des Ecoles ou Facultés de médecine s'adresse toujours à un ensemble d'élèves possédant, de par l'uniformité des programmes du baccalauréat, une instruction préliminaire à peu près semblable. Aux Etats-Unis, il en est tout autrement : dans ce pays neuf, où bien des choses se trouvent encore en quelque sorte à l'état embryonnaire, l'enseignement secondaire, dont le baccalauréat est la consécration, n'est organisé que d'une façon absolument insuffisante et incomplète. D'ailleurs, cet enseignement existerait-il, il serait douteux qu'il fût possible de le « standartiser », en raison de l'hétérogénéité qui résulte des vastes étendues avec lesquelles il faut compter aux Etats-Unis. Les éléments des matières que comporte l'enseignement secondaire font partie du programme des *High-Schools* (écoles primaires supérieures); la plus grande partie en est réservée aux Départements des Arts des Universités, qui ne sont autres que la réunion des Facultés des lettres et des Facultés des sciences. Or, comme ces départements universitaires ne confèrent le grade de bachelier qu'après quatre années d'études, et que ces quatre années commencent généralement à l'âge où l'Européen entre en possession de son diplôme de bachelier, on conçoit que, dans un pays où tout doit aller — et va effectivement — à la vapeur, on ait peine à faire admettre la nécessité d'une instruction préliminaire aussi longue à acquérir. Cela étant, il est facile de saisir dès maintenant un certain nombre des facteurs qui doivent influer sur les conditions d'admission dans les Ecoles de médecine américaines.

III

A côté des raisons qui découlent de l'état précaire de l'enseignement secondaire, il faut également tenir compte, dans l'appréciation de la question qui nous occupe, des conditions qui ont présidé à la création et au développement des Ecoles de médecine. A ce point de vue, il est essentiel d'insister sur ce fait que ces établissements sont des entreprises entièrement privées. Généralement la fondation en est due au groupement d'un certain nombre de praticiens qui, se réunissant pour créer une Ecole, choisissent entre eux, purement et simplement suivant leurs préférences personnelles, la branche qu'ils veulent se charger d'enseigner, très souvent sans être aucunement qualifiés pour une pareille tâche. Les fonds nécessaires à l'entreprise sont fournis par les fondateurs de l'Ecole; ces avances, de même que les frais annuels, doivent être remboursées par les rétributions scolaires que versent les étudiants. On voit donc qu'aux Etats-Unis, loin d'être réservé à l'Etat — ainsi qu'il l'est presque entièrement en France —, l'enseignement médical n'est pas même sous son contrôle — comme c'est le cas en Allemagne. En réalité, il ne faut pas se dissimuler que, à part quelques grandes Ecoles disposant d'importantes dotations particulières, l'immense majorité des 154 Ecoles de médecine américaines ne subsiste que grâce aux rétributions scolaires des étudiants. On devine à quelles concessions — pour ne pas dire à quelles compromissions — une Ecole doit dès lors trop souvent se voir condamnée afin d'attirer un nombre d'élèves suffisant pour lui permettre d'éviter la faillite, surtout quand on considère qu'elle doit en plus lutter contre la concurrence acharnée que lui font les autres Ecoles dont le siège est dans la même ville : dans la seule ville de Baltimore, par exemple, on ne compte pas moins de huit Ecoles de médecine indépendantes, et rien que New-York possède trois Ecoles très importantes (Columbia, Cornell, Bellevue). Aussi n'est-il guère possible à la plupart de ces établissements de demander un niveau d'instruction préliminaire très élevé, et par conséquent assez long à acquérir, et seules les Ecoles riches sont assez puissantes pour imposer de pareilles conditions d'admission.

Voilà donc toute une série de facteurs qui concourent à abaisser le niveau de l'instruction préliminaire du futur médecin. D'ailleurs on se rend bien compte aux Etats-Unis des inconvénients d'un pareil état de choses, puisqu'on juge pour ainsi dire de la valeur d'une Ecole aux difficultés de l'admission.

Je n'ai vu qu'une Ecole où les conditions d'admission m'aient paru à peu près équivalentes à celles qui sont faites à l'entrée d'une Faculté française de médecine; c'est le *Medical Department of the Johns Hopkins University :* on y exige le degré de A.B. (bachelier ès arts) (1), une certaine connaissance des langues étrangères (français et allemand) et quelques notions pratiques correspondant aux éléments du P.C.N. français. L'A.B. — sans l'article additionnel concernant les langues étrangères — est encore exigé aux Ecoles de Harvard à Boston et de la *Western Reserve University* de Cleveland. Ce sont là les seules Ecoles à l'entrée desquelles l'A.B. soit obligatoire; même dans des établissements de l'importance de Harvard ou des trois grandes Ecoles de New-York, il n'est nullement question de baccalauréat. Quant à la principale Ecole de Chicago, le *Rush Medical College*, j'aurai à revenir sur le régime spécial qui va y être établi après sa fusion avec l'Université de Chicago. Telles sont les Ecoles les plus exigeantes pour les conditions d'entrée.

A leur suite en viennent d'autres avec un programme d'admission variable, mais de moins en moins chargé, jusqu'à un minimum qui équivaut à peu près à néant. Je crois qu'il serait peu intéressant pour le lecteur d'entrer dans le détail de ces programmes : connaissant le maximum et le minimum, il est facile d'imaginer quels sont les degrés intermédiaires de l'échelle.

IV

L'école de médecine américaine est une école spéciale ou professionnelle soumise au régime de l'externat et dont les élèves suivent tous les travaux, oraux, écrits et pratiques. Il fut un temps — et ce temps n'est pas bien éloigné de nous, puisque, encore en 1892, l'école de médecine faisant partie de l'Université Tulane de Louisiane créait des docteurs en médecine dans ces conditions — où deux années d'études seulement étaient exigées pour l'obtention du titre de docteur. Actuellement on ne cite plus d'école où règne un pareil système. La durée minima des études a été portée à trois ans partout, et une durée de quatre années est considérée comme normale. Il n'existe d'ailleurs rien qui ressemble à nos examens de doctorat, et la collation de grade a lieu à la fin même de la dernière année d'études. La thèse de doctorat a été supprimée dans toutes les écoles, il y a déjà un certain nombre d'années.

L'année scolaire ne commençant guère que dans le courant du mois d'octobre et se terminant généralement en avril ou en mai, on trouvera peut-être que ce sont là des études bien écourtées, surtout si l'on considère qu'il s'agit le plus souvent d'élèves insuffisamment

(1) Marcel Baudouin. Les institutions médicales des Etats-Unis. (*Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. CLVIII, CLXVI, CLXXXII, CXCI, CCVI, CCXV, CCXXII, CCXXX.)

(1) D'après ce qu'il m'a semblé, l'A.B. américain ne comprend pas toutes les matières du baccalauréat français et n'en est par conséquent pas l'exact équivalent.

préparés par leurs études antérieures. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, il semble que ce soit là un maximum que l'on ne songe nullement à augmenter. Et si au *Rush Medical College* de Chicago l'on parle de créer une cinquième année d'études, cette augmentation sera plus apparente que réelle, ainsi que nous le verrons ultérieurement.

Quant au genre de travail qui est imposé à ce candidat si pressé et si mal préparé, je dois dire que, d'une façon générale, la partie pratique est toujours sacrifiée à la partie théorique. Le rôle capital est attribué aux interrogations et aux travaux écrits dans l'enseignement médical des Etats-Unis. Au contraire, la partie clinique y est absolument négligée, souvent au bénéfice du laboratoire dont on cherche, depuis quelques années, à inculquer les éléments à l'étudiant, surtout dans les grandes Ecoles.

Une seule des 154 Ecoles des Etats-Unis attribue à la clinique assez d'importance pour imposer à ses élèves un stage hospitalier : c'est la *Johns Hopkins Medical School* de Baltimore. Cette Ecole occupe d'ailleurs dans l'enseignement médical des Etats-Unis une place assez prépondérante pour que nous y insistions quelque peu ici.

Fondé il y a dix ans grâce au legs d'un négociant de Baltimore dont il porte le nom, cet établissement peut être considéré comme une adaptation du système allemand aux besoins et aux traditions américaines. De pareilles tendances s'expliquent par le choix que l'on fit, pour diriger la création de cette Ecole, de M. William H. Welch, élève de Virchow et de Cohnheim et que ses longs séjours en Allemagne avaient particulièrement familiarisé avec le régime allemand. En fondant l'Ecole de Johns Hopkins, on procéda avec l'intention bien arrêtée d'en faire le principal centre d'instruction médicale aux Etats-Unis. C'est pourquoi l'on choisit pour le corps enseignant des savants tels que MM. Welch, Osler, Kelly, qui, chacun dans la spécialité qui le concerne — anatomie pathologique, clinique médicale, gynécologie —, sont à la tête du mouvement médical aux Etats-Unis. Une des particularités de l'Ecole de Johns Hopkins, c'est que tout enseignement didactique en est banni : on n'y fait pas de cours; en outre, il convient de signaler la part très grande que l'on y réserve au laboratoire. C'est M. William Osler — à qui revient après M. Welch la plus grande part dans la fondation et l'organisation de l'Ecole de Johns Hopkins — qui a rapporté de son pays d'origine, l'Angleterre, l'obligation du stage hospitalier que je signalais tantôt et qui fait de l'Ecole de Johns Hopkins le seul établissement médical des Etats-Unis où existe ce stage.

Au reste, le défaut d'expérience clinique qui se manifeste chez le jeune docteur fraîchement émoulu des bancs de l'école est généralement reconnu aux Etats-Unis. Aussi, à moins d'une nécessité absolue, il est rare qu'il s'établisse immédiatement après l'obtention du diplôme : on estime, en effet, qu'environ *les deux tiers* des élèves sont attachés à des hôpitaux en qualité de *médecins résidents* (internes). En outre, bon nombre viennent chercher en Europe des perfectionnements qu'ils ne sauraient encore trouver dans leur propre pays et y constituent même pour certaines Facultés une clientèle d'élèves aussi nombreuse que lucrative.

Une autre particularité qui caractérise l'Ecole de Johns Hopkins, c'est que, contrairement à ce qui se passe partout ailleurs, on s'applique à restreindre le nombre des étudiants, de sorte qu'à part des années exceptionnelles, les promotions ne comptent guère plus d'une quarantaine d'élèves. Ceci a pour but de permettre au maître d'exercer une action plus directe et plus individuelle sur chaque étudiant en particulier; la chose n'est d'ailleurs possible que grâce aux libéralités du fondateur, lesquelles ont rendu le budget de l'Ecole indépendant des rétributions scolaires des élèves.

En somme, la place qu'il convient d'assigner à l'Ecole de Johns Hopkins est essentiellement celle d'une pépinière de professeurs et de savants.

Les deux vieilles Ecoles de Harvard et de l'Université de Pensylvanie, qui se disputent le premier rang après l'Ecole de Johns Hopkins, sont moins exclusives que celle-ci dans leurs visées. Ce sont elles qui ont formé de tous temps les praticiens éclairés qui ont essaimé à travers l'Amérique. J'ai montré antérieurement que l'influence de Harvard s'était surtout fait sentir dans la Nouvelle-Angleterre. Celle de l'Université de Pensylvanie, bien que nécessairement plus immédiate en Pensylvanie, ne s'est cependant pas aussi circonscrite que celle de Harvard.

Malgré sa qualité de métropole et les ressources cliniques dont doit pouvoir disposer une ville de trois millions et demi d'habitants, New-York est loin de partager dans l'enseignement médical des Etats-Unis la gloire qui entoure les noms de Johns Hopkins, de Harvard et de l'Université de Pensylvanie. En dépit de l'importance numérique de leurs élèves et de certains efforts individuels, les Ecoles de New-York ne m'ont pas paru constituer des centres bien importants de production médicale (1).

Quant au *Rush Medical College*, la principale Ecole de l'Ouest, il est vraisemblable qu'un avenir prochain lui réserve une part considérable dans l'enseignement médical aux Etats-Unis. Pénétrés de l'idée qu'il est indispensable d'augmenter la durée des études médicales aux Etats-Unis, mais convaincus aussi de la nécessité de ne pas prolonger outre mesure le temps qui doit leur être consacré, les réorganisateurs de *Rush* projettent d'ajouter une cinquième année d'études; seulement, on admettrait les élèves dès la troisième année de leur préparation à l'A.B., quitte à faire passer l'examen du baccalauréat à la fin de la deuxième année de médecine en incorporant même au programme des matières ayant trait à la médecine. De cette façon, les deux dernières années de préparation au baccalauréat et les deux premières années de médecine seraient fusionnées.

D'après ce qui précède, on voit que l'enseignement de la médecine est loin de présenter aux Etats-Unis une moyenne équivalente à celle que l'on trouve en Europe. A côté de quelques Ecoles qui sont l'honneur du pays et qui peuvent soutenir la comparaison avec les établissements similaires de l'ancien continent, il en existe beaucoup — même beaucoup trop, serait-on tenté de dire — dont la disparition ne pourrait qu'être profitable au succès et au bon renom de l'enseignement médical aux Etats-Unis. Nous avons vu que, dans toute l'étendue du territoire, on cherchait actuellement à rendre l'accès des études médicales plus difficile : c'est là également un procédé excellent et des plus efficaces pour relever le niveau, déjà ascendant, des études médicales. Qu'alors on augmente encore la durée de la scolarité de façon à pouvoir munir le futur médecin de solides connaissances cliniques, et l'on aura créé aux Etats-Unis un enseignement médical véritablement à la hauteur des exigences modernes.

Dr Francis Munch (de Paris).

CHIRURGIE PRATIQUE

Les appareils de fracture du professeur Saxtorph.

Au cours d'un voyage en Allemagne et dans les pays scandinaves, j'ai eu l'occasion de voir à Copenhague appliquer les appareils de fracture de M. le professeur Sylvester Saxtorph; dans l'intérêt des lecteurs de la *Semaine Médicale*, je crois bon de les décrire, au moins pour celui qui s'applique à la jambe.

Ce sont des appareils amidonnés, renforcés par des « lattes » minces et faibles de bois de tilleul, et, jusqu'ici, il n'y a rien de très spécial, l'appareil amidonné ne datant pas d'hier, pas plus que l'emploi des lamelles de bois minces, comme contreforts; ce qui est particulier, c'est la façon de faire l'appareil, en laissant libre l'articulation tibio-tarsienne, et, de plus, la possibilité de s'en servir comme d'un appareil de marche.

Je suppose une fracture sus-malléolaire ou une fracture de Dupuytren : la réduction est faite (s'il y a lieu, sous l'anesthésie), puis la jambe et le pied sont enveloppés d'une bande de gaze très souple qui protège la peau. On prend alors une latte de tilleul (ces lattes ont une largeur de 4 centimètres environ, une épaisseur de 2 ou 3 millimètres; elles sont mouillées, ce qui les rend plus flexibles encore) et l'on en fait un étrier, en la coudant deux fois au niveau de la plante; les deux tiges de cet étrier remontent jusqu'à la tête du péroné, d'une part, jusqu'au condyle tibial interne de l'autre; sa partie médiane reste distante de la plante d'environ 4 centimètres; de plus, on a soin que les deux tiges soient appliquées exactement suivant la longueur du péroné et du tibia, dans leur axe. Quatre petits pelotons d'ouate servent de coussinets au niveau de la tête péronière et du condyle, en haut, au niveau des malléoles, en bas. Au besoin, un second étrier est appliqué sur le premier et le double.

Tout étant bien maintenu, on fixe l'étrier par une première bande de gaze amidonnée, qui enveloppe, avec lui, la moitié supérieure de la jambe; s'il y a lieu, on roule une seconde bande, très régulièrement, sans striction saccadée, en l'étalant bien.

Il reste à compléter l'appareil en bas, au niveau du pied, et voici comment :

Prenez une autre bande amidonnée et continuez d'abord l'enveloppement circulaire, de haut en bas : arrivé à la hauteur de l'article tibio-tarsien, arrêtez-vous, ne descendez pas davantage sur le pied, en avant, mais, superposant à ce niveau, juste au-dessus de l'articulation, vos tours de bande, conduisez-les, de chaque côté, obliquement, de haut en bas et d'avant en arrière, pour encadrer l'étrier et la malléole, passer sous le tendon d'Achille et le talon et remonter symétriquement; poursuivez, jusqu'à ce que la coque sous-talonnière et périmalléolaire soit complète, et prenez soin de recouvrir aussi et d'envelopper la portion médiane, sous-plantaire, de l'étrier.

L'appareil, une fois sec (ce qui demande vingt-quatre heures environ), devient très solide et très résistant; toute la jambe est bien engainée; le pied est maintenu latéralement : il est libre sur toute sa face dorsale jusqu'un peu au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, et la plante est libre aussi dans une étendue correspondante; les mouvements de flexion et d'extension sont donc entièrement conservés, et tout enraidissement est prévenu. Au bout de dix à douze jours, l'appareil est refait, pour permettre de vérifier et de rectifier, s'il y a lieu, la coaptation des fragments, et, quelques jours après, le malade peut commencer à marcher, avec des béquilles et une chaussure à semelle épaisse du côté sain, en prenant appui sur la portion sous-plantaire de l'étrier, qui, placé dans l'axe du tibia et du péroné, transmet la pression aux condyles.

M. Saxtorph emploie des appareils du même genre pour les fractures de cuisse, pour celles du membre supérieur; mais je veux m'en tenir à l'appareil de jambe. Sans doute, il pèche contre le principe traditionnel de l'immobilisation des deux articles sus et sous-jacents au

(1) J'omets à dessein de parler ici de l'Ecole de médecine faisant partie de l'Université de Michigan et dont le siège est à Ann-Arbor. Ce « Cambridge » américain doit en effet sa réputation bien plus aux travaux sortis de ses laboratoires qu'à la valeur d'un enseignement professionnel impossible à donner dans une école ne disposant que des ressources cliniques d'une ville de 10.000 habitants.

foyer de fracture, mais, en fait de fractures, les traditions ont trop perdu de leur autorité, et nous avons trop gagné à ne pas toujours les suivre, pour qu'une considération de ce genre puisse, de prime abord, nous arrêter.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

BULLETIN

L'accroissement de la population de la France comparé à celui des principaux pays d'Europe.

La semaine dernière, le *Journal Officiel* a publié le rapport annuel sur le mouvement de la population de la France. Ce document est toujours attendu avec quelque impatience, dans le patriotique espoir d'y trouver une indication favorable au relèvement de la natalité qui, dans notre pays, depuis les guerres du premier Empire, s'est graduellement affaiblie, et cela à tel point que l'excédent annuel moyen des naissances sur les décès était devenu de beaucoup inférieur à celui des autres pays d'Europe : de 67 pour 10,000 habitants qu'il était en 1821-1825, il est tombé à 13 en 1896-1900 et même à 1 pour la période quinquennale précédente (1891-1895).

Il y a plus. Tandis que l'excédent annuel moyen des naissances sur les décès diminuait progressivement en France, le phénomène inverse se produisait dans les nations voisines. Pour ne pas compliquer la démonstration par une longue série de chiffres, nous ne parlerons que du dernier quart du siècle écoulé : alors que l'excédent en question a été en moyenne, en France, de 16 pour 10,000 habitants dans la période de vingt-cinq années comprise de 1875 à 1900, il s'est élevé à 92 en Autriche, à 98 en Belgique, à 100 en Italie, à 104 en Hongrie, à 116 en Suède, à 128 en Allemagne, à 129 dans la Grande-Bretagne, à 136 en Hollande, à 142 en Norvège.

En d'autres termes, à la fin du dix-neuvième siècle, quand la population de la France s'accroissait chaque année en moyenne de 60,000 habitants, immigration non comprise, l'augmentation annuelle de la population était environ 6 fois plus forte en Autriche, en Belgique, en Italie, en Hongrie, 7 fois plus en Suède, 8 fois plus en Allemagne et en Grande-Bretagne, 9 fois plus en Hollande et en Norvège.

On voit par là quel rang notre pays occupe dans la liste des principaux pays d'Europe, classés d'après leur coefficient respectif d'augmentation de la population. Si l'Espagne et la Suisse ne figurent pas dans ce tableau, ce n'est point que ces deux pays nous soient inférieurs sous ce rapport, mais seulement parce que le « directeur du travail » au ministère du commerce a omis de les y faire figurer.

Le commencement du vingtième siècle se présente, il est vrai, d'une manière un peu plus favorable : en 1901, la balance des naissances et des décès se soldait en France par un excédent de 72,398 naissances; en 1902, cet excédent est encore supérieur : il atteint 83,944. Mais ce résultat n'est pas dû à une augmentation de la natalité, il provient exclusivement d'une diminution notable de la mortalité. On n'a compté en 1902 que 845,378 naissances contre 857,274 en 1901, soit 11,896 naissances de moins; heureusement que le nombre des décès a sensiblement diminué : 761,434 en 1902 contre 784,876 en 1901; ce sont les 23,442 décès de moins que l'année précédente qui ont porté l'excédent de 1902 à 83,944. Sans cette mortalité excessivement basse, l'accroissement de la population aurait été inférieur à celui de 1901. Mais rien ne permet de prévoir que la faible mortalité de 1901 et surtout de 1902 persistera dans la suite : si l'on se reporte au mouvement de la population pendant la période décennale 1891-1900, on voit que l'exercice 1897, qui avait une mortalité inférieure à celles de 1901 et de 1902, a été suivi de trois années consécutives avec une mortalité supérieure à 800,000 et dont une dépassait même 853,000. Il ne faut donc pas se faire des illusions sur l'accroissement d'une population escompté uniquement sur une faible mortalité. Certains sociologues, peu au courant des choses qui touchent directement à la médecine, fondent de grandes espérances sur les progrès de l'hygiène publique pour abaisser la mortalité; mais pour qui étudie les courbes de la morbidité et de la mortalité, un pareil optimisme semble hors de propos, car s'il est très possible que l'amélioration des conditions hygiéniques d'un pays exerce quelque influence sur la morbidité, principalement en ce qui concerne les maladies évitables, il est, par contre, fort contestable qu'un effet semblable se montre pour la mortalité, parce que celle-ci tient à des causes diverses sur chacune desquelles l'hygiène n'a pas une action égale.

Pour pouvoir compter avec quelque raison sur un accroissement de la population, il aurait fallu que le nombre des naissances de 1901 et de 1902 fût supérieur à la moyenne des naissances des années 1891-1900; or, si l'année 1901 a tant soit peu dépassé le chiffre de 853,000, qui représente cette moyenne annuelle, l'exercice de 1902 lui est inférieur de 7,000 unités. Et si l'on compare entre eux les deux derniers exercices on trouve, comme nous l'avons déjà dit, 11,896 naissances de moins en 1902 qu'en 1901, quoique le nombre des mariages contractés durant l'année 1901 soit le plus élevé qu'on ait enregistré depuis 1873. Il faut donc admettre que l'affaiblissement progressif de la natalité en France est volontaire; et ce qui le prouve encore, c'est que tandis que la natalité légitime diminue, le nombre des naissances naturelles reste toujours le même (1).

Non seulement il n'y a pas pour le moment de relèvement de la natalité en France, bien que nous soyons dans une période où les hommes et les femmes en âge de mariage dans les cinq dernières années correspondent à des exercices d'une natalité plus élevée que celle de la période 1887-1900; mais il est encore à craindre que la diminution ne s'accentue quand les générations des années de faible natalité viendront à l'âge de la nuptialité.

Le problème de la dépopulation de la France reste donc entier; on pourrait même dire que l'affaiblissement de la natalité commence à se révéler par des signes inquiétants : les chiffres officiels du contingent qui va être appelé sous les drapeaux le 20 de ce mois accusent — par suite surtout, il est vrai, d'une sévérité plus grande des conseils de revision — une diminution de 34,000 hommes. Arrivée à ce point, la question intéresse plus le législateur que le médecin dont le rôle est ici tout à fait secondaire. Malheureusement, les pouvoirs publics ne semblent guère disposés à intervenir d'une manière efficace : à la suite d'un projet de résolution déposé au Sénat le 5 juillet 1900 et voté par cette assemblée le 22 novembre 1901, c'est-à-dire dix-sept mois plus tard, le ministre de l'intérieur institua, le 18 janvier 1902, une « commission extra-parlementaire à l'effet de procéder à une étude d'ensemble sur la question de la dépopulation et de rechercher les moyens les plus pratiques de la combattre »; d'après une déclaration récente de M. Piot, l'auteur de la proposition, les membres de cette commission ont poursuivi les travaux dont ils étaient spécialement chargés; les rapports sont prêts aujourd'hui à être déposés, lus et discutés, bien que, *depuis le commencement de cette année, les réunions de la commission aient été empêchées, le crédit alloué annuellement ayant été supprimé au budget de 1903.* Ainsi, par le manque d'un faible crédit — qui montre combien peu gouvernement et Parlement s'intéressent à la question, malgré les déclarations faites à la tribune —, le problème de la dépopulation reste en suspens; on ne peut que souhaiter de voir bientôt mis au jour les travaux des hommes éminents qui ont bien voulu apporter leur concours pour sa solution.

(1) Pendant la période décennale 1860-1870, la natalité illégitime oscillait annuellement entre 70,000 et 77,000 sur un total de 940,000 à 1,005,000 naissances, ce qui représente les sept à huit centièmes de la natalité totale; en 1902, le nombre des naissances naturelles est de 74,071 sur un total de 845,378, soit environ 9 % du total des naissances.

TREIZIEME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Padoue du 29 octobre au 1er novembre 1903.

L'interruption de la grossesse dans les maladies internes.

M. V. Ascoli (de Rome), *rapporteur*. — Tout ovule fécondé qui se développe dans l'utérus a le droit d'arriver à la vie. Mais ce droit, qui ne peut pas être soumis à discussion, subit une restriction quand le développement du fœtus peut devenir nuisible pour la femme qui le porte : dans ce cas la grossesse doit être interrompue. L'application de cette mesure est devenue plus facile, par suite des progrès de l'asepsie et de la technique opératoire.

Il est donc du devoir du médecin de bien peser les circonstances de chaque fait, mais une fois qu'il a jugé nécessaire d'intervenir, il ne doit pas perdre de temps; toutefois, il est bon de prendre l'avis d'un ou de plusieurs confrères, à cause de la multiplicité des intérêts qui sont en jeu en pareille matière.

Parmi les causes qui rendent la grossesse préjudiciable à l'organisme de la mère, il faut compter en première ligne les maladies infectieuses, dont l'évolution est certainement plus grave chez la femme enceinte, à cause des troubles de la nutrition qui accompagnent la grossesse (lésions anatomiques du cœur, des reins, du foie, urobilinurie, albuminurie, etc.), et c'est à envisager ces affections que je me bornerai.

Je dirai tout d'abord qu'il n'y a pas à compter sur l'hyperleucocytose gravidique, car elle apparaît seulement au moment de l'accouchement et dans les suites de couches. Chez la femme enceinte, l'hyperleucocytose digestive elle-même fait défaut, ce qui est signe de la faiblesse des systèmes de défense de l'organisme. Bien qu'on ne puisse pas affirmer d'une façon absolue que les femmes enceintes disposent de forces insuffisantes contre les infections, il est au moins certain qu'elles ne les possèdent pas au même degré, ni aussi coordonnées, que les femmes non gravides; d'autre part, l'accouchement aggrave les maladies préexistantes, et celles qui surviennent au moment des couches sont des plus malignes.

Pour ce qui concerne le fœtus, la question est encore plus complexe. On a noté cliniquement l'influence nuisible que les poisons tuberculeux et syphilitique exercent sur le germe, et on a constaté que chez l'embryon en voie de développement les tissus sont plus riches en eau et en glycogène et que le cœur résiste davantage aux modifications de la température et à l'insuffisance de l'oxygène; d'autre part, les tissus embryonnaires, qui supportent mieux que les tissus adultes la strychnine et l'acide prussique, sont moins résistants que ces derniers à l'action des toxines bactériennes; des microbes inoffensifs pour les adultes peuvent devenir pathogènes pour l'embryon. Etant donné le pouvoir bactéricide très élevé des tissus embryonnaires, les microbes peuvent bien disparaître de l'organisme du fœtus, mais aussi les infections contractées dans la vie fœtale sont susceptibles de s'étendre à la vie extra-utérine avec des caractères différents de ceux qu'ont les mêmes infections d'origine externe. Et il faut encore tenir compte de la fonction placentaire qui, comme on sait, est très complexe, et dont la protection du fœtus n'est pas une des moindres attributions. Il en résulte que toute la nutrition du fœtus est troublée par l'infection maternelle, et que, réciproquement, les lésions du fœtus agissent aussi sur la mère, quoique à un degré moindre, et toujours à travers l'activité placentaire.

Tous ces faits, bien que nous montrant dans leurs lignes générales les atteintes que les infections maternelles font subir à la vie du fœtus, ne suffisent cependant pas pour nous tracer d'une façon tant soit peu précise les limites dans lesquelles doit se tenir l'intervention.

Les résultats opératoires, les expériences cliniques, ne permettent pas de préciser davantage l'opportunité d'interrompre la grossesse, car les statistiques sont contradictoires. Dans ces conditions, il faut se limiter à examiner la question maladie par maladie, en tenant compte et du moment de l'intervention et du procédé opératoire employé, et en faisant état de nos connaissances sur l'évolution des infections dans la grossesse et des résultats des recherches expérimentales.

En ce qui concerne la *variole*, si cette infection se développe à la dernière période de la grossesse, le fœtus naît généralement sain, mais prédisposé à contracter la maladie; toutefois, il peut aussi venir au monde infecté par le virus variolique et par les streptocoques, ou encore sain et immunisé. D'ordinaire, l'avortement est précoce, surtout dans la variole confluente; quand le fœtus reste dans l'utérus, l'infection devient plus grave jusqu'à ce qu'il soit expulsé. Je crois qu'il y a lieu d'évacuer l'utérus dans quelques cas de moyenne intensité et dans tous les cas graves après la période éruptive: il ne faut jamais négliger d'intervenir quand la mère est vivante et le fœtus mort.

Dans la *scarlatine*, la grossesse doit toujours être interrompue, à cause des lésions locales utérines.

Dans la *rougeole*, l'intervention n'est pas nécessaire, car les enfants sont faiblement infectés et naissent vivants; toutefois, dans la moitié des cas, on observe l'expulsion spontanée.

Dans l'*érysipèle*, l'avortement doit être réservé aux cas très graves et avancés, pour tâcher de soustraire le fœtus à l'intoxication ou à l'infection.

Dans les *septicémies*, l'infection passe facilement de la mère au fœtus et provoque souvent la mort de ce dernier ou l'accouchement prématuré. L'interruption de la grossesse doit être réservée aux produits viables.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, étant donnée la facilité de l'avortement spontané à toute époque de la grossesse, on peut conseiller l'intervention.

La *rage* entraîne l'interruption de la grossesse et se transmet au fœtus.

Dans la *fièvre typhoïde*, le placenta lésé laisse passer les toxines, les bacilles d'Eberth, les streptocoques: le fœtus naît généralement cachectique ou mort. Par conséquent, il est légitime de provoquer l'accouchement quand la dothiénentérie se déclare dans les derniers mois de la grossesse.

Dans le *choléra*, l'accouchement provoqué n'améliore pas les conditions de la mère.

Dans le *paludisme*, l'infection ne se transmettant pas au fœtus, la provocation de l'accouchement est inutile, sauf dans les cas de cachexie ou de pernicieuse, ou lorsque l'augmentation de volume de la rate empêche le développement de l'utérus.

Dans l'*influenza*, l'accouchement spontané est très fréquent; seules des complications graves peuvent en nécessiter la provocation aux derniers mois de la grossesse.

Etant donnée la curabilité de la *syphilis*, l'intervention doit être réservée à quelques cas spéciaux: 1° quand l'infection se déclare chez la mère aux dernières périodes de la grossesse (huitième ou neuvième mois); 2° lorsque les lésions rénales ou intestinales empêchent d'instituer le traitement spécifique; 3° dans les manifestations générales ou locales intenses, rebelles aux traitements les plus énergiques.

Dans les *oreillons*, la *coqueluche* et la *dysenterie*, on n'a pas d'exemple d'accouchement provoqué.

La *pneumonie* entraîne l'avortement spontané dans 50 à 65 % des cas, à cause des lésions placentaires et utérines. Dans cette affection l'intervention est très discutée : on la combat en disant que la grossesse ne modifie pas la capacité respiratoire, que la maladie a une évolution cyclique que l'avortement ne peut pas influencer, et enfin en citant des statistiques défavorables de cas opérés. Les partisans de l'intervention affirment, au contraire, que la suspension de la grossesse, qui exerce une si grande influence sur le foie, les reins et le cœur, peut rendre plus favorable l'évolution de la pneumonie, à condition qu'on ne laisse pas trop s'aggraver l'état de la mère. Pour ma part, j'estime qu'il ne faut pas hésiter quand la vie de la mère est en danger, l'enfant étant viable.

Dans la *diphtérie*, l'avortement est rare; dans le *tétanos*, le fœtus est à l'abri de l'infection, mais il est atteint par les toxines et la mortalité est élevée; dans le *charbon*, l'expulsion a lieu de bonne heure, le fœtus est mort ou succombe rapidement; l'intervention est inutile, car la maladie est mortelle pour la mère et pour le fœtus.

Dans la *tuberculose*, la question est d'une grande importance. J'ai observé plus de 600 tuberculeuses enceintes, dont 328 ont été examinées spécialement au point de vue des rapports entre la grossesse et la tuberculose, et j'ai pu me convaincre qu'en général la tuberculose préexiste à la grossesse, mais ne se manifeste qu'au début ou dans l'évolution de cette dernière, qui peut assez souvent influencer la maladie au point de la rendre rapidement mortelle. Quelquefois la tuberculose se déclare au moment des couches (35 fois sur 328 cas), surtout si la mère nourrit son enfant.

Quant au fœtus, l'avortement spontané est assez rare, l'accouchement prématuré est au contraire très fréquent; il est même presque la règle dans les cas graves; les femmes en bonnes conditions accouchent à terme.

Sur 137 enfants auxquels ces femmes ont donné naissance, 20 % ont succombé dans les trente premiers jours de leur vie, 35 % dans leurs deux premières années. La méningite tuberculeuse est la cause la plus commune de ces décès (33 %).

Etant donnée la fréquence de la tuberculose se développant au cours de la grossesse, on voit l'importance du diagnostic précoce de cette infection pour poser les indications de l'avortement provoqué. On se base généralement sur le principe suivant : si le poids du corps de la mère augmente pendant la grossesse plus que normalement, on laissera évoluer la grossesse; s'il est stationnaire malgré le traitement ou augmente faiblement, on peut discuter l'opportunité de l'intervention; s'il diminue, il faut intervenir sans hésitation.

D'après mes recherches personnelles, j'ai pu me convaincre que l'examen des urines est susceptible de fournir des indications pour l'intervention. Si dans les urines il y a augmentation de l'urobiline, de l'uroérytrine ou de l'indican avec insuffisance uréopoiétique, si la diazoréaction existe, ou si, dans une période avancée, il y a albuminurie sans lésions rénales, alors on peut affirmer que la tuberculose a pris ou va prendre une allure grave et rapide, et dans ces conditions l'intervention est généralement inutile.

Les adversaires de l'intervention soulèvent deux objections : quand l'existence de la tuberculose est démontrée, cette infection peut rester stationnaire, mais il est exceptionnel qu'elle guérisse, de sorte que, si l'on interrompt la grossesse, on ne sauve pas la mère et on sacrifie un être qui pourrait ne pas devenir tuberculeux, pourvu qu'on le mît dans des conditions favorables de développement. En second lieu, il n'est pas démontré que la tuberculose se transmette au fœtus; par conséquent, les fils de mères tuberculeuses ne sont pas fatalement condamnés à devenir tuberculeux. Toutefois les observations de guérison clinique de la tuberculose sont aujourd'hui assez nombreuses, et, d'autre part, les cas où la tuberculose se ralentit ou reste stationnaire après l'accouchement provoqué sont tellement évidents, que l'on doit toujours donner la préférence à la solution qui permet de prolonger la vie de la mère et laisse même l'espoir d'obtenir la guérison, d'autant plus que si le passage des bacilles à travers le placenta n'est pas démontré, il est du moins indéniable que les enfants des tuberculeux présentent une prédisposition très prononcée à contracter la tuberculose.

M. Zagari (de Pérouse), *co-rapporteur*. — Je laisserai complètement de côté les maladies infectieuses, chapitre que M. Ascoli a spécialement traité.

Dans les *cardiopathies*, l'interruption de la grossesse est généralement à recommander; en effet, toutes les modifications de l'hydraulique circulatoire qui se produisent dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches physiologiques (dilatation ventriculaire, bruits inorganiques, insuffisances, bradycardie, fortes oscillations de la pression, stase cardio-pulmonaire, hydrémie, troubles nerveux du cœur, etc., etc.) exigent déjà un travail excessif de la part du cœur, qui par suite ne peut pas fournir une dépense d'énergie plus grande; la preuve en est que l'avortement spontané survient dans 20 % des cas et la mort du fœtus dans 25 %.

D'une façon générale, l'avortement est indiqué dans les lésions qui ne sont pas compensées, et cela sans attendre le *periculum vitæ*. Au contraire, si les lésions sont compensées, on pourra surseoir à l'intervention, surtout lorsque la grossesse est au début; de même si la compensation s'obtient facilement avec les médications habituelles et si les conditions sociales l'exigent tout spécialement. Mais s'il s'agit de multipares, que dans les grossesses et dans les accouchements précédents la vie ait été mise en danger, et que l'amélioration thérapeutique ait été difficile à obtenir, il faut évacuer l'utérus. La même conduite est à suivre dans le rétrécissement mitral, dans les myocardites, la dégénérescence graisseuse, les complications rénales, la tuberculose, l'anémie grave et le cancer.

Pour ce qui est des intoxications gravidiques (albuminurie gravidique, néphrite, éclampsie, vomissements incoercibles, *icterus gravidarum*, etc.), la conduite à tenir est variable.

Dans l'*albuminurie*, on essaiera d'abord du régime lacté, mais si le résultat est négatif et si l'albumine tend à augmenter, l'avortement est légitime, même au début de la grossesse. Au contraire, l'intervention peut être retardée jusqu'aux derniers moments de la grossesse dans la *néphrite chronique*, pour peu que les symptômes ne soient pas très graves et que les conditions du cœur et des yeux le permettent. Mais il faut attentivement surveiller ces malades et être prêt à l'intervention qui peut d'un moment à l'autre devenir nécessaire.

Si les lésions rénales de l'*éclampsie* ne sont pas très étendues et si les conditions générales sont assez bonnes, on peut retarder l'interruption de la grossesse et instituer le traitement tout en surveillant la patiente; par contre, si l'amélioration se fait attendre, ou si les crises sont graves, on procédera sans retard à l'évacuation de l'utérus.

Chez les primipares, ou dans les grossesses gémellaires, en cas d'amaurose, de rétinite aiguë, d'hématurie et d'hémoglobinurie, l'intervention ne doit pas être retardée. De même quand les vomissements incoercibles résistent au traitement et que la nutrition de la malade commence à en souffrir.

Pour l'*icterus gravidarum*, l'intervention doit être pratiquée aussitôt que les symptômes acquièrent une certaine gravité.

Quant aux maladies nerveuses, l'interruption de la grossesse s'impose à toutes les époques de la gestation dans les cas graves de *polynévrite*; la *tétanie*, au contraire, bien que cette affection dépende de l'intoxication gravidique, n'a pas une gravité telle que l'interruption de la grossesse soit nécessaire; la *chorée*, exception faite des cas légers, exige la suspension de la grossesse dès les premiers mois de la vie intra-utérine. Dans l'*épilepsie* d'origine gravidique, ou quand la névrose préexistante augmente d'intensité pendant la grossesse, il est bon d'interrompre la gestation. Dans les *maladies mentales* l'interruption sera justifiée par l'apparition de conditions spéciales, entre autres un amaigrissement notable, la tendance au suicide, etc. Dans les *tumeurs cérébrales*, elle doit être pratiquée à la dernière période et seulement pour protéger la vie de l'enfant; l'*hémorrhagie cérébrale* n'a aucune influence sur le cours de la grossesse et de l'accouchement; les affections de la *moelle épinière* n'exigent non plus aucune mesure spéciale.

L'interruption est, au contraire, fréquemment indiquée dans les *maladies du sang*. Ainsi dans l'*anémie pernicieuse* elle doit être la règle; dans la *leucémie*, les organes producteurs des éléments sanguins sont tellement altérés qu'ils ne peuvent pas répondre aux exigences nouvelles de la grossesse : si les symptômes s'aggravent, il faut évacuer l'utérus, quelle que soit l'époque de la gravidité. Dans la *chlorose*,

l'*anémie*, la suspension de la grossesse n'est pas nécessaire, sauf dans les graves hémorrhagies, dans la cachexie paludique et cancéreuse. Dans l'*hémophilie*, le *scorbut*, le *purpura* et la *maladie de Werlhof*, le pronostic est toujours grave; l'interruption de la grossesse pratiquée dès le début pourra néanmoins donner de bons résultats.

Pour ce qui a trait à la pathologie des échanges nutritifs et aux anomalies constitutionnelles, la grossesse peut être interrompue dans le *goitre* quand les symptômes s'aggravent, et que surgissent des complications du côté des reins. De même, l'intervention est justifiée dans le *goitre exophtalmique* lorsqu'il y a des hémorrhagies, du décollement du placenta, ou que survient une aggravation des troubles cardiaques. Dans l'*ostéomalacie*, elle ne trouve pas d'adversaires et la question a été déjà tranchée par les accoucheurs; en tout cas il ne faut pas hésiter dans l'ostéomalacie progressive, non améliorée par le traitement phosphoré, ou dans la forme récidivante de cette affection.

Dans le *diabète*, l'interruption de la grossesse doit être pratiquée dès les premiers mois de la vie intra-utérine, et on cherchera à l'obtenir par des moyens non sanglants.

Dans l'*appendicite*, enfin, l'avortement expose aux mêmes dangers que l'accouchement à terme.

M. Queirolo (de Pise). — Il ne me semble pas que le système adopté par les rapporteurs pour justifier l'interruption de la grossesse et établir les indications soit bien exact. Je n'admets pas, en effet, l'existence de maladies pour lesquelles l'intervention soit toujours nécessaire, mais je crois plutôt que, dans toutes les maladies, peuvent à un moment donné se présenter des conditions qui légitiment ou même imposent l'interruption de la grossesse.

Dans les maladies du cœur, on observe assez souvent une compensation tellement parfaite que la fonction cardiaque peut être considérée comme normale. Dans ces cas, la provocation de l'accouchement serait une faute énorme. Dans l'insuffisance cardiaque transitoire d'origine gravidique, il ne faut jamais intervenir, à moins que le fœtus ne soit souffrant et viable: alors on peut être autorisé à anticiper l'accouchement.

La pyélonéphrite doit être considérée comme maladie locale et je trouve excessif que d'aucuns aient pu conseiller l'interruption de la grossesse dans cette affection: je la crois légitime seulement sous la pression de graves menaces de diffusion générale de l'infection, avec un réel danger pour le fœtus.

M. Castellino (de Naples). — Il est une des conclusions de M. Zagari que je ne saurais accepter: c'est l'intervention dans les cardiopathies non compensées. Le cœur est, en effet, un organe qui a des ressources énormes: quelquefois, souvent même, les signes de l'insuffisance sont augmentés par des phénomènes d'ordre réflexe, d'origine intestinale. La sténose mitrale, par exemple, parmi les cardiopathies est celle qui tolère le mieux la grossesse. Assurément, en fait de rétrécissements mitraux, il faut distinguer les formes d'origine endocarditique, la sténose par infantilisme, par artériosclérose, car chacune de ces variétés nécessite, en raison de sa nature et de son évolution, une conduite particulière. Mais, d'une façon générale, il n'y a pas lieu de se préoccuper beaucoup de cette affection, car la grossesse réalise plutôt une compensation de la sténose par la diminution de l'hypertension qu'elle détermine chez la mère.

Par contre, les névroses cardiaques d'origine gravidique constituent des cas à surveiller; ici il s'agit vraiment de sauver un organisme complètement sain qui peut être perdu en quelques jours, et qui, une fois sauvé, ne sera plus malade.

M. Maragliano (de Gênes). — La question à l'ordre du jour était bannie du domaine de la médecine interne et reléguée dans celui de l'obstétrique. M. von Leyden a commencé à la revendiquer en thèse générale, et j'en ai fait autant, pour le cas spécial de la tuberculose, en plusieurs occasions. Dans cette affection, c'est *surtout au début* que nous devons intervenir, et notre conduite doit être basée sur trois principes fondamentaux: sauver autant que possible la vie de la mère et de l'enfant; quand on ne peut pas sauver les deux, il faut sauvegarder les droits de la mère si elle est guérissable; quand elle ne l'est pas, il faut donner la préférence à l'enfant. Mais si nous jugeons que la guérison de la mère, ou une amélioration de longue durée, est possible, il faut débarrasser le terrain de tout ce qui peut entraver notre œuvre, et cela sans aucun retard. Pour ma part, toutes les fois que dans ma clinique se présente une femme au début de l'infection, je fais pratiquer l'avortement, et les résultats obtenus jusqu'à présent sont très satisfaisants.

Quant aux cardiopathies, il est bien plus difficile de fixer une règle uniforme; ici l'intervention devient plus spéciale et chaque cas doit être examiné et traité selon ses conditions particulières.

M. Cioffi (de Naples). — La tuberculose pulmonaire affecte une gravité considérable dans la grossesse, même quand les lésions pulmonaires sont très limitées, par ce fait qu'aux poisons tuberculeux s'ajoutent les poisons gravidiques. Le poumon est le premier atteint, car, du fait de son énorme vascularisation, il est de tous côtés attaqué par les poisons circulant dans le sang. On assiste alors à une aggravation des conditions générales absolument hors de proportion avec l'étendue des lésions locales: c'est là que se trouvent réalisés les véritables types de tuberculose toxique. Ces cas exigent sans retard l'interruption de la grossesse, car après l'avortement artificiel les conditions de la mère deviennent généralement bien meilleures.

M. Bernabei (de Sienne). — Dans l'ostéomalacie, où M. Zagari conseille la provocation de l'accouchement quand la médication phosphorée demeure inefficace, on peut recourir avant l'opération à un traitement qui m'a toujours donné d'excellents résultats: c'est l'insufflation d'oxygène dans l'intestin.

M. Riva (de Parme). — J'ai essayé les insufflations d'oxygène dans l'intestin, chez des femmes ostéomalaciques, d'après la méthode de M. Bernabei, et je puis dire que mes malades en ont retiré un bénéfice évident, même dans des cas où le traitement phosphoré était resté sans effet.

M. Taussig (de Rome). — Sur 1,500 malades de mon service, j'ai vu 20 grossesses, dont 5 chez des albuminuriques qui ont accouché spontanément: 3 à sept mois et les 2 autres à terme. A mon avis, il n'y a pas lieu d'intervenir dans cette affection.

Dr G. ZANONI (de Gênes).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1903.

L'ulcère externe de l'estomac.

M. Hayem. — Je désire vous signaler une lésion de la paroi de l'estomac qui a échappé jusqu'ici aux observateurs. Il s'agit d'une perte de substance qui, contrairement à celle de l'ulcère rond, occupe la face péritonéale de la paroi gastrique et ne laisse subsister que la muqueuse.

Cette lésion, que je propose de désigner sous le nom de mal perforant gastrique ou encore d'anévrysme mixte interne, parcourt trois phases: à la première elle se présente sous la forme d'un *godet* à bords plus ou moins élevés, à fond irrégulier ou plissé, parfois à la façon d'une cicatrice de vaccine; ces godets sont généralement multiples. Au deuxième degré le godet se transforme en une sorte de *sac* bombant dans la cavité péritonéale, avec amincissement de la paroi stomacale. Enfin, à la troisième phase, dont je n'ai observé jusqu'ici qu'un exemple, le sac porte à son sommet une *cupule* arrondie, à fond ocreux, au niveau de laquelle toutes les tuniques de l'estomac, sauf la muqueuse, ont disparu.

Une particularité très intéressante de la lésion que je viens de décrire, c'est qu'elle coexistait toujours, dans les cas que j'ai observés (5 cas de godets, 2 de sacs, 1 de cupule), avec des ulcérations chroniques de la face interne de l'estomac; on peut donc admettre que les mêmes facteurs pathogéniques président au développement de ces deux variétés d'ulcérations gastriques, et il y a dans ce fait une nouvelle preuve que le suc gastrique n'est pas le principal agent de ces lésions.

En ce qui me concerne, je serais assez disposé à croire que les ulcères de la face externe de la paroi stomacale sont dus à une altération des terminaisons nerveuses, d'où la dénomination de mal perforant gastrique que je propose de leur appliquer.

Gastrotomie pour corps étrangers multiples de l'estomac.

M. Monod lit, à l'occasion d'une observation de gastrotomie pour corps étrangers multiples de l'estomac, communiquée par M. Monnier (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 240), un rapport dans lequel il rassemble les faits analogues antérieurement publiés. Ces faits sont au nombre de 77, ce qui, avec le cas de M. Monnier, donne un total de 78 observations; 60 fois il s'agissait de corps étrangers uniques, 18 fois de corps étrangers multiples; encore, pour cette dernière catégorie, convient-il de mettre à part 9 faits où les corps étrangers étaient particulièrement nombreux; parmi eux trouve place l'observation qui fait l'objet de ce rapport, puisque l'estomac du malade ne renfermait pas moins de 25 pièces pour la plupart métalliques (notamment 8 cuillers à café et une fourchette), pesant en tout 230 grammes.

Sur le total de 78 opérations, on compte 9 décès seulement, soit une mortalité de 11.5 %. M. Monod insiste à ce propos sur la remarquable tolérance que manifeste fréquemment l'estomac à l'égard des corps étrangers; pour beaucoup de faits, il est vrai, cette tolérance s'explique par le court intervalle qui a séparé la pénétration du corps étranger de l'intervention entreprise pour l'extraire: dans la moitié des cas, cet intervalle a été inférieur à six mois.

Au point de vue de la technique, le rapporteur fait observer que l'opération en deux temps, permettant l'ouverture du péritoine et de la cavité gastrique sous le couvert d'adhérences péritonéales protectrices, préalablement provoquées, est complètement abandonnée. L'incision directe de la paroi abdominale, médiane ou parallèle au rebord costal, immédiatement suivie de l'ouverture de l'estomac, est seule employée aujourd'hui.

Maladie du sommeil et trypanosomes.

M. Blanchard présente un certain nombre de préparations du liquide céphalo-rachidien de l'un des sujets atteints de la maladie du sommeil qu'il a montrés au cours de la précédente séance, ainsi que des préparations sèches de sang provenant d'un singe macaque qui a été inoculé par M. Brumpt avec le liquide céphalo-rachidien d'un nègre atteint de la maladie du sommeil, et qui est mort avec tous les symptômes de cette affection. On peut constater sur ces dernières préparations la présence d'un trypanosome identique à celui que l'on trouve dans le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de la maladie du sommeil spontanée.

Fibrome de la portion abdominale du ligament rond.

M. Reboul (de Nîmes) relate l'observation d'une femme de trente-neuf ans, qui présentait une tumeur ovalaire, dure, siégeant dans le bassin, en avant et à droite de l'utérus, sous la paroi abdominale. En imprimant des mouvements à cette tumeur, on déterminait des tiraillements dans la région inguinale droite. On diagnostiqua un fibromyome de la portion abdominale du ligament rond, diagnostic qui fut confirmé par l'opération. Un large pédicule fixait le fibrome sur le ligament rond près de son engagement dans le canal inguinal. La guérison a eu lieu sans incidents.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1903.

Corps étranger juxtapéricardique.

M. Tuffier. — Chez un jeune homme de vingt-quatre ans, sous-officier de spahis, entré tout récemment dans mon service, j'ai eu l'oc-

casion d'intervenir pour enlever un projectile logé au voisinage de l'oreillette gauche.

Le malade avait reçu un coup de pistolet à l'attaque de Figuig, sans qu'on y eût tout d'abord attaché une grande importance, et sans qu'on eût cru à une lésion des organes profonds. C'est seulement deux mois après le coup de feu que des accidents de suffocation se manifestèrent avec une intensité suffisante pour nécessiter une hospitalisation nouvelle.

La radioscopie a montré qu'il existait, au niveau de l'oreillette gauche, suivant les mouvements du cœur, un projectile dont la pointe seulement paraissait enfoncée dans la paroi auriculaire. Guidé par ces renseignements, j'ai pu facilement trouver la balle et l'extraire, car elle était fixée très superficiellement à la paroi externe de l'oreillette. La guérison a été obtenue sans la moindre complication.

M. Poirier. — D'après les radiographies, il semble que le projectile fût appliqué non pas sur la paroi de l'oreillette, mais plutôt sur le péricarde. D'autre part, les déplacements imprimés au projectile par les mouvements du cœur ne prouvent en aucune façon que le corps étranger fît corps avec l'oreillette, attendu que le péricarde est suffisamment souple pour participer à ces mouvements.

M. Bazy. — Je me demande comment une balle simplement collée à la paroi auriculaire n'est pas tombée dans la cavité du péricarde et n'a pas déterminé un épanchement dans cette cavité.

M. Terrier. — Je pense que le projectile était logé dans des adhérences péricardiques, sans qu'il soit possible de dire s'il était extra ou intrapéricardique.

De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale pour fibrome.

M. Richelot fait observer que beaucoup de chirurgiens semblent actuellement considérer l'hystérectomie subtotale comme infiniment supérieure à l'opération totale, qu'ils croient plus grave que la première, ce que, pour sa part, l'orateur se refuse à admettre. Indépendamment de cette question de gravité, sur laquelle il n'est pas d'accord avec les défenseurs du procédé subtotal, M. Richelot tient à attirer l'attention sur la dégénérescence maligne du moignon après hystérectomie subtotale pour fibrome. Cette transformation est rare, il est vrai, mais elle n'existe pas moins, puisque l'orateur a eu l'occasion de l'observer dans 3 cas, que M. Hartmann l'a vue une fois et M. Le Dentu deux fois. En outre, M. Richelot a trouvé dans la littérature médicale dix observations précises se rapportant à des faits semblables, et dans lesquelles il s'agit d'épithéliome ou de sarcome, sans compter une série de cas où la dégénérescence maligne du moignon est mentionnée en termes sommaires.

Cela étant, M. Richelot estime qu'il serait logique de tenir compte de la possibilité de cette transformation maligne dans le choix des procédés.

M. Segond ne pense pas que la transformation maligne dont vient de parler M. Richelot soit assez fréquente pour obliger à renoncer à l'hystérectomie subtotale, qui à son avis est moins grave que l'opération totale; en ce qui le concerne, il déclare avoir fait un assez grand nombre d'hystérectomies subtotales sans observer cette complication.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 octobre 1903.

Méningite cérébro-spinale compliquée d'hémorrhagie méningée.

M. Achard. — Le diagnostic entre la méningite cérébro-spinale et l'hémorrhagie méningée présente parfois de telles difficultés qu'il ne peut guère se faire qu'à l'aide de la ponction lombaire, comme dans le cas relaté à la dernière séance par MM. Chauffard et Froin. Ces difficultés sont encore plus considérables quand l'hémorrhagie complique la méningite, comme je viens d'en observer un exemple avec M. Grenet.

Il s'agit d'un homme de trente ans, chez lequel on constatait, à son entrée à l'hôpital, de la céphalalgie, de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, de la photophobie, de l'inégalité pupillaire et de la fièvre avec lenteur du pouls. Trois ponctions lombaires successives permirent non seulement de confirmer le diagnostic de méningite à méningocoques, mais aussi de constater l'atténuation du processus local, car les polynucléaires avaient disparu lors de la seconde ponction et les mononucléaires eux-mêmes étaient devenus rares à la troisième. A ce moment, la température, qui était redescendue à la normale, remonta brusquement à 40° et le malade tomba dans le coma. La présence du méningocoque dans le sang fut décelée par la culture, et trois jours après la mort survint. A l'autopsie, on remarqua qu'il n'y avait plus d'exsudat méningé visible, mais il existait une hémorrhagie méningée récente qui recouvrait la convexité de l'hémisphère droit, et qui avait passé inaperçue pendant la vie, au milieu des symptômes méningés déjà existants. Si la ponction lombaire avait été de nouveau pratiquée pendant les derniers jours, elle aurait sans doute permis de reconnaître l'existence de cette hémorrhagie, qui n'avait d'ailleurs qu'un intérêt anatomique, car, quelle que fût la gravité de cette complication, elle s'effaçait devant celle de la septicémie méningococcique.

M. Lamy. — J'ai eu l'occasion d'observer un jeune garçon qui, à la suite d'une chute sur le dos, d'une hauteur de 3 à 4 mètres, présenta le syndrome de l'irritation méningitique : signe de Kernig, contracture de la nuque, ventre en bateau, pouls lent, attitude en chien de fusil, température élevée (40°). Tous ces symptômes disparurent très vite, et au bout de cinq jours l'enfant était presque revenu à son état normal. La ponction lombaire, pratiquée quarante-huit heures après l'accident, montra qu'il y avait eu hémorrhagie dans la cavité arachnoïdienne. Ce fait confirme l'opinion soutenue au cours de la précédente séance par MM. Chauffard et Froin, au sujet des réactions communes à l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne et à la méningite cérébro-spinale.

La stéatose hépatique dans l'appendicite et l'ictère appendiculaire grave.

M. Ménétrier. — A l'autopsie d'une jeune fille de vingt ans, ayant succombé le jour même où elle avait été opérée d'appendicite, sans que rien pendant la vie eût attiré l'attention du côté du foie, nous avons trouvé, avec M. Aubertin, entre autres lésions, le foie absolument jaune et dégénéré. Au microscope on reconnut qu'il s'agissait d'une dégénérescence graisseuse totale et massive, sans aucune lésion inflammatoire.

Chez un autre malade atteint d'appendicite et qui présentait avant d'être opéré une teinte subictérique de la peau, nous avons vu survenir peu après l'intervention un ictère vrai très foncé, avec troubles nerveux, hypothermie et mort dans le coma. A l'autopsie, on a constaté, comme dans le cas précédent, une stéatose du foie et, en outre, quelques nodules infectieux et des microbes dans les vaisseaux portes.

Qu'elle soit d'origine toxique pure ou toxi-infectieuse, la stéatose hépatique appendiculaire peut donc, au point de vue clinique, rester absolument latente ou se traduire, comme l'a montré M. Dieulafoy, par un syndrome d'insuffisance hépatique aiguë avec albuminurie, urobilinurie, hématémèses et hypothermie, mais sans ictère. Elle peut enfin, comme chez notre second malade, présenter au complet les signes de l'ictère grave.

Même lorsqu'il survient peu de temps après l'opération, le syndrome d'insuffisance hépatique ne doit pas être imputé à l'intervention, mais aux altérations déjà constituées du foie.

C'est généralement au cours des appendicites suppurées qu'on laisse « refroidir » que s'observent les accidents hépatiques et, bien que peu nombreux par rapport au grand nombre de cas qui évoluent vers le refroidissement sans accident, ces faits nous semblent plutôt plaider en faveur d'une intervention immédiate.

Paralysie générale avec méningite rachidienne suppurée.

M. Bauer. — Chez un paralytique général que j'ai observé avec M. Belin, la ponction lombaire, pratiquée à diverses reprises, donna issue à un liquide contenant un grand nombre de polynucléaires, de 80 à 85 %, tandis que les lymphocytes ne s'y rencontraient que dans la proportion de 15 à 20 %. Ce malade ayant succombé, l'autopsie révéla, outre les lésions habituelles de la paralysie générale, une méningite rachidienne suppurée.

Le microbe trouvé dans l'exsudat méningé était un diplocoque généralement extracellulaire, souvent lancéolé et rappelant le pneumocoque, mais non encapsulé.

Des oscillations leucocytaires chez les tuberculeux.

M. Josué dit avoir constaté des oscillations considérables du nombre des globules blancs chez 8 tuberculeux qu'il a examinés à ce point de vue avec M. Halbron : 3 fois l'augmentation portait sur toutes les variétés de globules blancs, 2 fois sur les polynucléaires, 3 fois sur les grands mononucléaires. Ces oscillations, qui ne sont nullement parallèles à la courbe de température, n'ont aucune signification pronostique, mais sont peut-être en rapport avec la pénétration des bacilles dans le sang.

M. Soupault relate, en son nom et au nom de M. Broc, l'observation d'un homme qui a succombé à des accidents dysphagiques et chez lequel l'autopsie a permis de constater une compression de l'œsophage par une petite dilatation anévrysmatique de la crosse de l'aorte anormalement située.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 31 octobre 1903.

Un cas de sclérose polysystématique de la moelle, d'origine tuberculeuse.

M. Rommelaere. — M. le docteur Sand (de Bruxelles) nous a communiqué un mémoire qui fait l'objet de ce rapport, et dans lequel il relate l'histoire clinique et l'examen histologique d'un cas de sclérose polysystématique de la moelle (sclérose combinée).

Une jeune fille tuberculeuse voit se produire, au moment où s'établit la fièvre hectique, des phénomènes de polynévrite (paresthésies, anesthésie, paralysie, atrophie) qui vont s'accentuant jusqu'à la mort; pas d'ataxie, pas de troubles des sphincters. La nécropsie révèle une tuberculose avancée. L'examen du système nerveux montre une polynévrite et une sclérose systématique primaire des faisceaux pyramidaux et du cordon postérieur. Cette sclérose est limitée à la moelle.

M. Sand se base sur ce cas pour passer en revue les lésions systématiques primitives de la moelle. Il distingue les lésions pseudo-systématiques (survenant dans l'anémie, la leucémie, l'artériosclérose, la néphrite, la carcinose, la maladie d'Addison, parfois la tuberculose, etc.) et les lésions systématiques vraies. Celles-ci sont, ou monosystématiques (atteignant un seul faisceau) ou polysystématiques (atteignant plusieurs faisceaux simultanément) ou monosystématiques compliquées (atteignant d'abord un seul système, puis s'étendant secondairement à d'autres faisceaux). Il établit combien les cas d'affections monosystématiques *pures* (tabes, paralysie générale, sclérose latérale spasmodique Erb-Charcot, sclérose latérale amyotrophique) sont rares; très souvent, toujours même pour la sclérose latérale spasmodique, il y a complication.

En ce qui concerne les lésions polysystématiques (scléroses combinées), l'auteur en relève 27 cas dans la littérature, soit un total de 28 faits; mais il faut en déduire 2 observations qui se rapportent à des trouvailles d'autopsie, l'histoire clinique de ces malades faisant défaut. Or, sur ces 26 cas, 16 concernent des tuberculeux. Il semble donc légitime d'admettre un rapport étiologique entre la tuberculose et la sclérose

médullaire polysystématique. La tuberculose est d'ailleurs très fréquente dans les autres affections systématiques de la moelle.

M. Sand montre que les lésions observées dans le système nerveux sont loin de se localiser toujours conformément à la théorie des neurones. L'action des agents toxiques ou infectieux aboutit en général à une dégénérescence parenchymateuse généralisée des fibres et des cellules nerveuses.

Enfin, dit l'auteur, le rôle étiologique de la syphilis a été exagéré en ce qui concerne les affections du système nerveux; celui de la tuberculose, de l'anémie, de la carcinose, et, en général, des infections, des intoxications et des cachexies, est au contraire trop négligé.

Sur l'emploi en chirurgie de l'oxygène sous pression.

M. Thiriar. — Dans le travail qui fait l'objet de ce rapport, M. R. Hermann (de Haine-Saint-Pierre) relate une série de 80 cas environ d'affections chirurgicales diverses dans lesquelles il a employé la méthode que j'ai préconisée, à savoir l'injection d'oxygène sous pression dans les tissus et autour des tissus malades (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 406 et 1903, p. 220). Dans toutes ces affections (furoncles, anthrax, infections osseuses, pleurésies purulentes, traumatismes infectés), les résultats ont été remarquables et singulièrement rapides. Dans la région minière où M. Hermann a pratiqué ses opérations, le *noir bouton des mineurs*, qui n'est autre chose qu'un anthrax charbonneux, est particulièrement commun; l'auteur a toujours réussi à obtenir la guérison et a pu ainsi réduire au minimum la longue invalidité habituelle des sujets atteints de ce genre de lésion.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 31 octobre 1903.

Les résultats éloignés de l'uranoplastie.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. von Eiselsberg** a fait une communication sur les résultats éloignés de l'uranoplastie, basée sur 100 cas opérés dans son service et dans celui de Billroth. Sur ces 100 interventions, on tenta 40 fois l'occlusion complète de la fente palatine; dans 9 cas elle ne fut obtenue qu'après deux ou trois opérations.

En ce qui concerne les résultats, l'orateur signale 4 décès, 6 guérisons complètes au point de vue fonctionnel et 42 améliorations; dans le reste des cas les malades ont été perdus de vue ou bien l'opération est encore de date trop récente. Parfois le résultat fonctionnel fut mauvais malgré le très bon résultat anatomique, ce qui tient à ce que le petit patient était trop âgé au moment où on l'opéra (plus de dix ans). Enfin, le résultat fonctionnel peut être compromis par un palais trop court, par l'insuffisance intellectuelle du malade, par la rupture des sutures, par l'absence d'exercices de conversation.

Quant au manuel opératoire, M. von Eiselsberg a employé la méthode de von Langenbeck modifiée par Billroth, ou l'opération plastique du vomer.

L'inflammation des diverticules de la vessie et la péritonite par perforation.

M. Englisch a attiré l'attention sur l'inflammation et la perforation des diverticules de la vessie, dans les cas de calculs de ces diverticules. Sur 250 observations de ce genre, il ne compte que 9 décès par péritonite, tandis que l'inflammation des diverticules a occasionné la mort dans 35 cas. Parmi les causes qui créent une prédisposition à l'inflammation, il faut citer les grandes dimensions du sac, la minceur de ses parois, l'étroitesse de la communication entre le sac et la vessie, etc. Les symptômes de cette grave complication sont ceux des diverticules en général, plus les signes de l'inflammation.

La marche de l'affection est d'ordinaire chronique. La mort est due aux lésions des organes plus haut situés (reins), au marasme, à la péritonite, à des processus septiques. La guérison est rare; l'orateur ne l'a vue survenir que 3 fois, à la suite d'une intervention (uréthrotomie externe, taille périnéale, extirpation du sac).

Le meilleur traitement consiste dans l'ablation du diverticule et la suture de la vessie. Pour les diverticules de la paroi antérieure ou du sommet de la vessie, on fait la laparotomie au niveau de la ligne blanche; pour ceux des parois latérales, on se sert des incisions utilisées pour l'ablation des calculs des parties inférieures des uretères. La méthode sacrée donne un jour très étendu, mais elle est trop compliquée et dangereuse. Dans les cas où la cure radicale est contre-indiquée, on met à nu le sac par une petite incision abdominale et on le fixe à la paroi de l'abdomen.

Quant aux diverticules de la paroi postérieure de la vessie, ils offrent les plus grandes difficultés opératoires; c'est la méthode sacrée qui convient le mieux en pareil cas.

Gomme du corps ciliaire développée deux mois après l'infection.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Rud. Terc** a présenté une femme qui a eu 7 enfants sains, le dernier accouchement remontant à dix mois. Au mois de mai elle contracta la syphilis; deux mois après elle eut un exanthème sous forme de pustules et de vésicules suppurantes et devint aveugle du côté gauche. La cause de cette amaurose fut trouvée dans une gomme du corps ciliaire, qui remplit la chambre antérieure et empiète également sur le corps vitré. Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est l'apparition de la gomme *deux mois* seulement après l'infection.

Extirpation totale de l'estomac pour cancer.

M. Em. Ullmann a montré une femme de soixante-deux ans, qui était atteinte d'un carcinome de l'estomac occupant la petite courbure. L'orateur enleva l'estomac entier et réunit l'œsophage avec une anse du jéjunum après avoir fermé le duodénum. Dès le troisième jour, la malade pouvait commencer à manger; elle supporte bien tous les aliments, et a augmenté de plusieurs kilogrammes depuis l'intervention.

Chez une autre femme qu'il présente également, M. Ullmann a réséqué pour un cancer la plus grande partie de l'estomac et a pratiqué ensuite la gastroduodénostomie.

Le nombre des cas d'extirpation totale de l'estomac est actuellement de 20.

L'agent du cancer chez l'homme et chez les mammifères.

Dans la séance du 22 octobre de la Société de médecine interne de Vienne, **M. L. Feinberg** (de Berlin) a relaté, avec préparations à l'appui, les résultats de ses recherches sur l'*Histosporidium carcinomatosum*, production qu'il a antérieurement décrite comme parasite du cancer et qu'il considère comme un sporozoaire (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 319).

M. Paltauf conteste à l'orateur le droit de tirer de ses préparations histologiques une conclusion aussi affirmative, quant au rôle pathogénique de ces productions; ce n'est que l'expérimentation qui peut résoudre la question. Au reste, la formation des métastases n'est pas expliquée par l'hypothèse d'un parasite; la généralisation est mieux comprise avec la théorie de la transplantation.

M. Karl Sternberg est d'avis que les éléments montrés par M. Feinberg ne sont pas des parasites, mais des cellules de dégénération. Récemment encore, M. Ascheff a pu provoquer l'apparition de formes analogues chez des animaux par l'injection de solutions salines dans l'abdomen.

M. Em. Schwarz est du même avis. Il y a dix ans, il a pu trouver et décrire des cellules analogues, qui assurément n'ont rien à voir avec l'étiologie du cancer.

M. Hatschek déclare au contraire que les formations observées par M. Feinberg font l'impression de parasites, sans qu'on puisse dire s'il s'agit là, en effet, de l'agent du cancer.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Le premier cas de ligature, avec succès, de l'artère hépatique pour anévrysme, par M. H. Kehr.

D'après les recherches de M. Kehr, il n'existerait, dans la littérature médicale, que 3 cas d'anévrysme de l'artère hépatique, dans lesquels on intervint chirurgicalement, sans que l'opération eût, d'ailleurs, empêché l'issue fatale. C'est que la seule intervention qui puisse réellement être efficace en pareille occurrence est la ligature de l'artère ou, plus exactement, de sa portion terminale, connue sous le nom d'*arteria hepatica propria*. Or, cette ligature ne paraît pas avoir encore été tentée chez l'homme. L'observation relatée par l'auteur semble donc constituer un fait unique en son genre et mérite d'autant plus d'être signalée que l'opération a été couronnée de succès.

Il s'agissait d'un homme de vingt-neuf ans, chez qui la maladie avait débuté par des crises gastriques suivies d'ictère, lequel persistait trois ou quatre jours. Ces accès de gastralgie se reproduisaient d'abord deux fois par mois, puis ils devinrent plus fréquents, en même temps que l'on constatait l'existence d'une hypertrophie passagère du foie. Après une amélioration passagère, le patient fut pris d'hématémèses qui, pendant deux semaines, se renouvelèrent presque tous les jours. Ces vomissements de sang, ainsi que les coliques gastriques accompagnées de douleurs dans la région du foie, se reproduisirent à plusieurs reprises dans la suite. Dans l'intervalle des accès, le malade se sentait assez bien et ne se plaignait que d'une sensation de pesanteur au niveau de la région hépatique. A l'examen, M. Kehr constata que la vésicule biliaire se présentait sous la forme d'une tumeur grosse comme un poing d'adulte, et tout à fait insensible. Le foie n'était pas hypertrophié; il n'existait pas d'ictère, et l'analyse des urines ne révéla rien d'anormal. Le cœur et les poumons paraissaient intacts. La radiographie ne décela aucun calcul dans les voies biliaires et l'examen des fèces donna à cet égard des résultats également négatifs.

Le diagnostic restant en suspens (cholélithiase, ulcère du duodénum, anévrysme de l'artère hépatique, kyste hydatique de la vésicule biliaire), l'auteur procéda à une incision exploratrice. Après avoir détruit quelques adhérences entre la vésicule biliaire, le foie et le péritoine pariétal, il ponctionna la vésicule, très distendue et adhérente, de tous les côtés, à l'épiploon. La ponction aspiratrice fournit 360 c.c. d'un liquide ressemblant à du cacao et qui n'était autre chose que du sang. La palpation ne dénotait la présence d'aucune concrétion; au niveau du col de la vésicule biliaire, on percevait, par contre, une tumeur dure, pulsatile et ayant le volume d'un œuf de poule. Le diagnostic d'anévrysme devenait, dès lors, très plausible. M. Kehr fendit le canal cystique et enleva les caillots fibrineux qui s'y trouvaient, après quoi il vit survenir une très forte hémorrhagie, qu'il arrêta par la compression digitale, suivie d'un tamponnement. Ayant ensuite excisé la vésicule biliaire, il introduisit l'index de la main gauche dans l'hiatus de Winslow et, après avoir chargé sur ce doigt le ligament hépato-duodénal, il procéda à la dissection de l'artère hépatique, en l'isolant soigneusement de la veine porte et du canal cholédoque. L'artère fut alors sectionnée entre deux ligatures, et le sac anévrysmal largement incisé; on en enleva les caillots, ce qui donna lieu à une hémorrhagie modérée, arrêtée par tamponnement. L'opération fut terminée par une cholédochotomie avec hépatopexie. On ne fit pas de drainage, ni de suture, mais un simple tamponnement.

A la suite de cette intervention, le foie subit une nécrose partielle de son bord inférieur, ne s'étendant pas au delà de 2 centimètres en profondeur. Le patient, complètement guéri, quitta le service au bout d'un mois et demi.

Le fait dont il s'agit est intéressant à un double point de vue : d'une part, il montre qu'en présence d'un tableau clinique caractérisé par des hématémèses, des coliques et de l'ictère, il y a lieu de songer à l'existence possible

d'un anévrysme de l'artère hépatique; d'autre part, il fait voir que la ligature de ce vaisseau est parfaitement réalisable en pareille occurrence.

En ce qui concerne le manuel opératoire, M. Kehr estime que dans certains cas on pourra réussir à disséquer l'artère hépatique sur une étendue suffisante pour découvrir le point où elle se divise en deux branches terminales, et ne lier que le rameau directement intéressé. L'excision du sac anévrysmal sera, le plus souvent, difficile à réaliser, en raison des adhérences multiples avec le foie, la veine porte et le cholédoque. La simple ligature de l'*arteria hepatica propria* suffirait, d'ailleurs, pour assurer la guérison. On ne saurait, toutefois, se dispenser de compléter la ligature par un nettoyage de la poche avec tamponnement consécutif, et, comme ce tamponnement doit être très copieux, on s'abstiendra d'employer la gaze iodoformée, la gaze simplement stérilisée pouvant, d'ailleurs, rester en place une douzaine ou une vingtaine de jours, sans nuire en quoi que ce soit à la bonne cicatrisation de la plaie. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 octobre 1903.) — L. CH.

Un effet jusqu'à présent inconnu des rayons de Röntgen sur l'organisme animal, par M. ALBERS-SCHÖNBERG.

L'auteur a été à même de se convaincre qu'en soumettant des lapins ou des cobayes mâles, pendant un laps de temps assez long, à l'action des rayons de Röntgen, on leur fait perdre le pouvoir de se reproduire, et cela sans que l'on puisse noter le moindre trouble dans leur état général. Au point de vue de l'instinct génésique et de la faculté de copulation, ils ne se distinguent cependant en rien des animaux qui n'ont pas subi l'action des rayons X. La stérilité ainsi déterminée est due à la nécrospermie qui, au bout de quelque temps, se transforme en azoospermie absolue.

Les expériences au cours desquelles M. Albers-Schönberg a fait ces constatations ont porté sur 11 animaux mâles, dont 5 lapins et 6 cobayes. Après avoir été exposés aux rayons de Röntgen pendant un nombre variable de séances, dont la durée était de quinze à vingt-huit minutes, ils furent accouplés avec 14 femelles qui n'avaient subi aucun traitement : 4 fois, la cohabitation dura dix jours, 1 fois quatorze jours, 3 fois de deux mois à deux mois et demi, et 6 fois cinq mois, sans qu'une seule femelle eût mis bas. Or, quelques-unes de ces mêmes femelles, accouplées auparavant avec des mâles non soumis à l'action des rayons X, avaient eu des petits.

Sur les 11 animaux en expérience, 8 furent sacrifiés et leur autopsie permit de constater que, dans les cas où la durée totale de l'exposition aux rayons de Röntgen n'avait pas dépassé cent quatre-vingt-quinze minutes, il n'existait que de l'oligo-nécrospermie, tandis qu'à partir de trois cent soixante-dix-sept minutes on avait affaire à de l'azoospermie complète.

Il serait intéressant de savoir si cet effet singulier des rayons X est simplement passager ou, au contraire, définitif, question que les recherches de M. Albers-Schönberg laissent encore en suspens. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 octobre 1903.) — L. CH.

Un procédé pour obtenir des cultures pures du bacille de la tuberculose, par M. C. SPENGLER.

On sait combien il est malaisé d'obtenir des cultures du bacille de Koch par ensemencement des diverses sécrétions et excrétions. Or, au cours d'essais que M. Spengler avait institués dans le but de se rendre compte de la valeur de la désinfection des habitations par le formol d'après la méthode de M. le professeur Flügge, il a été à même de constater que, si cette méthode laisse beaucoup à désirer au point de vue de la désinfection, elle est, au contraire, susceptible d'être utilisée pour isoler le bacille de Koch d'avec les microorganismes qui existent à côté de lui, en particulier dans les crachats. En effet, si l'on soumet des crachats à l'action de quelques gouttes de formaldéhyde à la température de 20° à 25°, tous les microbes, sauf le bacille de la tuberculose, y périssent dans l'espace d'une à trois heures. Il suffirait d'ensemencer les crachats ainsi traités sur un milieu approprié pour obtenir des cultures pures du bacille de Koch.

Le procédé en question permettrait de dépister assez rapidement la présence de l'agent pathogène de la tuberculose dans les excrétions de l'organisme et présenterait, sur la méthode d'inoculation directe de ces produits aux animaux, l'avantage d'être beaucoup plus sûr, puisque les résultats des inoculations peuvent souvent tenir, pour une grande partie, à des infections secondaires. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 1.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Recherches sur l'étiologie de la maladie du sommeil, par M. A. CASTELLANI.

On sait combien l'étiologie de la maladie du sommeil est encore obscure, d'aucuns considérant cette affection comme une forme particulière de malaria, tandis que d'autres en font une variété de béribéri ou y voient une intoxication analogue à la pellagre, etc., sans compter que, d'après un certain nombre de travaux publiés au cours de ces dernières années, ladite maladie reconnaîtrait une origine microbienne (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 366). Les recherches que M. Castellani a entreprises en vue d'élucider cette question lui ont permis de déceler, dans le liquide céphalo-rachidien de 70 % des sujets atteints de maladie du sommeil, la présence d'une espèce de trypanosome, qui, tout en rappelant le *Trypanosoma gambiense* observé chez l'homme par M. Dutton, s'en distingue cependant par quelques particularités morphologiques, telles que la situation du nucléole plus près de l'extrémité, les dimensions plus considérables de la vacuole, la longueur plus grande de la portion libre du flagellum, etc., etc.

Voici quel est le *modus faciendi* adopté par l'auteur pour la recherche des trypanosomes : après avoir pratiqué la ponction lombaire, il laisse s'écouler les premières portions de liquide céphalo-rachidien, qui, pouvant contenir un peu de sang, se prêteraient mal à l'examen; puis, dès que le liquide devient tout à fait clair, il en recueille une dizaine de centimètres cubes, qu'il centrifuge pendant un quart d'heure. En examinant au microscope, sous un faible grossissement, le sédiment blanchâtre que l'on trouve au fond du tube soumis à la centrifugation, on découvre d'autant plus aisément les trypanosomes qu'au début ils sont animés de mouvements encore assez actifs.

On peut également déceler la présence du parasite dans le sang, mais sa recherche y est beaucoup plus difficile.

Dans le liquide céphalo-rachidien, tout comme dans le sang, M. Castellani a trouvé en outre des corpuscules particuliers qu'il est porté à considérer comme des stades de développement du trypanosome en question, par analogie avec les formes amiboïdes et plasmodiales que MM. Plimmer et Bradford ont signalées pour le *Trypanosoma Brucei*.

D'autre part, dans 80 % des cas de maladie du sommeil, l'auteur a réussi, par des ensemencements pratiqués *post mortem*, à isoler du sang du cœur une variété de streptocoque, dont les caractères de culture étaient souvent quelque peu différents de ceux du *streptococcus pyogenes* typique. Ce microorganisme se rencontrait rarement pendant la vie du patient, et encore ne constatait-on sa présence qu'*in extremis*.

Reste à savoir quelle est la part respective qui revient à chacun de ces deux organismes dans l'étiologie de la maladie du sommeil. Au début de ses recherches, lorsqu'il n'était pas encore en possession de la technique au moyen de laquelle il découvrit plus tard le trypanosome, M. Castellani était enclin à attacher une grande importance au streptocoque; mais le fait d'avoir trouvé le trypanosome dans le liquide céphalo-rachidien, *pendant la vie*, chez 70 % des sujets atteints de la maladie du sommeil ne saurait guère être considéré comme une simple coïncidence, et cela d'autant plus que, d'après les recherches de l'auteur, ce parasite ne se rencontrerait au cours d'aucune autre affection. Aussi M. Castellani serait-il porté à conclure que la maladie du sommeil est probablement due au trypanosome en question et que les streptocoques, décelés à l'autopsie ou *in extremis*, témoigneraient simplement d'une infection concomitante, qui viendrait se surajouter à la dernière phase de l'affection, comme cela s'observe d'ailleurs au cours d'un grand nombre d'autres maladies. (*Journ. of Tropical Med.*, 1er juin 1903.) — L. CH.

Rupture des ligaments croisés et leur reconstitution opératoire, par M. A. W. M. ROBSON.

L'observation relatée par M. Mayo Robson est un exemple d'une lésion peu fréquente, rarement traitée par voie chirurgicale.

A la suite d'un éboulement datant de huit mois, au cours duquel il avait reçu des lésions traumatiques de tout ordre, un mineur avait conservé une certaine impotence de l'articulation du genou droit. Celui-ci était encore gonflé, mais indolent, et contenait un peu de liquide. Quand les muscles se contractaient, la position réciproque des extrémités osseuses était normale, mais sitôt qu'ils se relâchaient, le tibia se subluxait en arrière et son mouvement ne semblait arrêté que par la tension du ligament rotulien. Les mouvements de latéralité étaient assez étendus.

L'articulation fut donc ouverte : elle renfermait une petite quantité de liquide et sa synoviale était épaissie. Les deux ligaments croisés avaient rompu leurs attaches tibiales; leurs extrémités s'étaient un peu recroquevillées, notamment celle du ligament postérieur qu'il fallut fendre afin de l'allonger et de pouvoir le suturer à son ancienne insertion. La suture fut exécutée au catgut.

Un épanchement abondant se développa dans l'articulation après l'opération, et l'on dut faire sauter un point de suture pour en permettre l'écoulement. Les parties molles une fois cicatrisées, on appliqua pendant un mois une attelle plâtrée, puis on eut recours à la mobilisation et au massage de l'articulation. Dix mois après, l'état fonctionnel du membre était excellent. (*Ann. of Surgery*, mai 1903.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'emploi de l'iodate de soude en injections sous-conjonctivales.

Il y a une dizaine d'années, M. le docteur J. Ruhemann (de Berlin), en attirant l'attention sur les propriétés thérapeutiques de l'iodate de soude, a signalé, entre autres choses, les bons services que les instillations oculaires d'une solution de ce sel à 5 ou 10 % peuvent rendre dans le traitement des conjonctivites, de la kératite parenchymateuse et de l'ulcère de la cornée (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 196). Récemment, un oculiste russe, M. le docteur A. Schiele (de Koursk), a expérimenté le même médicament en injections sous-conjonctivales et en a obtenu d'excellents résultats. Notre confrère se sert d'une solution d'iodate de soude à 1 ‰, dont il injecte, tous les trois ou quatre jours, une seringue de Pravaz, après avoir, au préalable, instillé dans le sac conjonctival quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 %.

Ces injections exerceraient une action calmante sur les phénomènes douloureux qui accompagnent les diverses affections oculaires, en même temps qu'elles influenceraient favorablement l'évolution du processus morbide. Elles seraient particulièrement indiquées dans les lésions de la cornée (ulcère serpigineux à hypopyon, kératites parenchymateuse, dendritique et phlycténulaire), ainsi que dans les rétinites d'origine syphilitique ou rhumatismale. M. Schiele a également employé avec succès le même procédé de traitement contre les iridocyclites, la choroïdite maculaire et les lésions de la choroïde consécutives à la myopie, avec opacités du corps vitré. Enfin, dans les cas de glaucome, notre confrère a été à même d'obtenir parfois, au moyen des injections d'iodate de soude, non seulement la disparition des douleurs, mais aussi une diminution de la pression intra-oculaire, voire même un certain degré d'amélioration de la vue.

Ajoutons que, chez les sujets atteints d'iritis aiguë ou de névrite optique, M. Schiele s'est très bien trouvé des injections d'une solution d'iodate de soude à 5 %, pratiquées sous la peau des tempes, dans l'intervalle des injections sous-conjonctivales.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

La spondylite infectieuse.

I

Entrevue dès le milieu du dix-neuvième siècle par Chassaignac, qui décrivait l'ostéomyélite aiguë sous la dénomination significative de *typhus des membres*, la nature infectieuse des lésions inflammatoires du système osseux a été mise en pleine lumière par les recherches bactériologiques. C'est, en effet, grâce aux progrès réalisés dans l'étude de ces inflammations par l'application de la microbiologie que l'on a pu nettement établir — à côté de l'ostéomyélite aiguë des adolescents, due à l'activité des microbes pyogènes vulgaires — l'existence d'autres ostéomyélites qui traduisent la localisation sur le squelette des infections les plus variées.

Parmi ces lésions ostéomyélitiques, les manifestations osseuses de la dothiénentérie ont surtout attiré l'attention des auteurs. Toutefois, si les lésions du tibia et des côtes — sièges de prédilection des ostéites typhoïdiques — sont connues d'assez longue date, il s'en faut qu'il en soit de même pour les localisations vertébrales de la dothiénentérie, qui jusqu'en ces dernières années n'étaient guère mentionnées dans les nombreuses publications françaises et allemandes consacrées à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. Sur 144 observations de complications de ce genre, consignées dans la thèse de M. Klein (1), on ne trouve qu'un fait concernant la localisation du processus infectieux à la colonne vertébrale. Due à M. Quincke, cette observation, jointe à un autre cas analogue, a permis au professeur de Kiel de décrire, en 1899, sous le nom de *spondylitis typhosa*, un syndrome clinique apparaissant soit après la guérison de la fièvre typhoïde, soit à la période de déclin de cette affection, et caractérisé par des douleurs intenses, siégeant à la portion lombaire du rachis, avec fièvre, tuméfaction de la région douloureuse, troubles sensitifs et moteurs dans les membres inférieurs et quelquefois du côté de la vessie et du rectum (2).

Depuis la publication du mémoire de M. Quincke, à qui les auteurs allemands attribuent le mérite d'avoir décrit ce « syndrome nouveau », d'autres cas de spondylite typhoïdique ont été signalés, et dernièrement M. Fichtner (3), en faisant connaître deux observations personnelles (dont l'une communiquée déjà à la Société médicale de Leipzig), évaluait à *sept* le nombre des autres faits publiés. La liste dressée par cet auteur comprend, en effet, les 2 cas de M. Quincke, une observation de M. Könitzer (4), une autre de M. Schanz (5), 2 de M. Neisser (6) et une de M. Kühn (7).

Complète en ce qui concerne les travaux allemands, cette énumération — à laquelle M. Quincke lui-même accorde pleine confiance (1) — a le tort de ne tenir aucun compte de la littérature médicale des autres pays. Fait d'autant plus surprenant qu'après avoir déclaré que les cas de cette « très rare affection post-typhoïdique » sont, en tout, au nombre de sept, M. Fichtner ajoute cependant ce qui suit : « Des cas de spondylite typhoïdique ont également été décrits dans la littérature américaine, si j'en juge d'après une courte analyse, dans la *Münchener medicinische Wochenschrift* (1900, n° 36), d'un travail sur le *typhoid spine*, publié par Lovett et Withington dans le *Boston Medical and Surgical Journal* de 1900... Cette analyse mentionne aussi que la maladie en question est considérée par Gibney comme une périspondylite et par Osler comme une névrose. Elle paraît donc être observée là-bas [en Amérique] assez fréquemment ». Or, sans compter les nombreuses observations publiées dans les recueils américains sous le nom de *typhoid spine* et sur lesquelles les sept lignes de l'analyse en question ne pouvaient guère le renseigner, M. Fichtner aurait pu, même en se tenant strictement à la dénomination introduite par M. Quincke, trouver quelques faits qui, pour n'avoir pas été publiés en Allemagne, n'en méritent pas moins d'être compris parmi les cas typiques de spondylite typhoïdique. C'est ainsi que M. Pallard (2) a fait connaître l'histoire d'un jeune homme de vingt et un ans, qui, un mois et demi environ après la guérison d'une fièvre typhoïde grave, fut pris brusquement d'une spondylite typique, et chez lequel on nota, comme signature de la nature éberthienne de cette spondylite, une séroréaction très nette. Fait à remarquer, cette séroréaction devenait plus intense au fur et à mesure qu'évoluait l'ostéite typhoïdique, constatation qui cadre bien avec l'opinion de M. Achard, d'après lequel la réaction agglutinante « paraît se prolonger au delà de sa durée habituelle quand le bacille a survécu plus ou moins longtemps à la maladie générale dans un foyer localisé » (3).

M. Pallard a également relaté un autre fait analogue, observé par M. le professeur Bard dans sa propre famille : un jeune homme de dix-huit ans, convalescent d'une dothiénentérie grave, a la malheureuse idée, étant en villégiature à la campagne, de se mettre à faucher de l'herbe. Au cours de cet exercice il tombe sur le siège et, deux jours après, il est pris *subitement* d'un frisson intense accompagné de fièvre et de violentes douleurs dans le rachis, bientôt suivies d'exagération des réflexes rotuliens et de trépidation épileptoïde. Là encore, comme chez le malade de M. Pallard, la guérison par résolution fut complète.

Voilà donc deux cas qui sont parfaitement conformes à la description donnée par M. Quincke et qui ne figurent pas dans la liste établie par M. Fichtner, tout simplement parce que cet auteur a cru pouvoir se borner à la littérature médicale allemande, faisant ainsi preuve d'un exclusivisme qui, en matière scientifique, ne va pas sans inconvénients.

II

Mais il y a mieux. A ne lire que les travaux de MM. Könitzer, Schanz, Kühn, etc., il semble que M. Quincke ait eu le mérite de découvrir un « syndrome nouveau » (*ein neues Krankheitsbild*) ou tout au moins « encore inconnu » (*ein bis dahin unbekanntes Krankheitsbild*).

Ces appréciations des compatriotes du professeur de Kiel sont-elles conformes à la réalité ?

Dans le but d'élucider ce point, nous nous sommes livré à une enquête dont les résultats paraissent d'autant plus instructifs que, tout en complétant l'histoire de la spondylite typhoïdique, ils ont en même temps une portée générale. Ils montrent, en effet, combien on s'expose à commettre des inexactitudes, si l'on n'a pas soin de n'utiliser que des documents tenus de première main. D'autre part, l'enquête en question permet de voir comment — toujours faute de remonter à la source originale — l'inexactitude une fois commise est ensuite reproduite indéfiniment et finit par prendre pied dans la littérature médicale.

Remontons à la thèse de M. Klein, faite sous l'inspiration de M. Quincke en 1896 et qui contient la relation détaillée du premier cas d'ostéomyélite vertébrale typhoïdique, observé par le professeur de Kiel. L'auteur fait suivre la description de ce fait de la remarque significative que voici : « Dans la littérature je n'ai pas vu signaler cette localisation... Les 4 cas relatés par Gibney sous le nom de *typhoid spine*, qu'il comprend comme une « périspondylite intéressant le périoste et les ligaments fibreux de la colonne vertébrale », ne doivent être acceptés dans ce sens qu'avec une grande réserve. Il est beaucoup plus exact de considérer ces cas — avec Oster [lisez *Osler*], qui, sous le titre « On the neurosis following enteric fever, known as *the typhoid spine* », publia 3 faits analogues — comme une « névrose », et cela d'autant plus que l'on a affaire surtout à des individus neurasthéniques, voire même hystériques » (1).

En présence d'une affirmation aussi catégorique, on serait évidemment autorisé à croire que M. Klein formule son opinion en toute connaissance de cause. Or, dans l'index bibliographique joint à sa thèse, on chercherait vainement la moindre indication relative aux mémoires des deux auteurs américains en question. En ce qui concerne particulièrement le travail de M. Gibney, on peut déclarer que M. Klein ne l'a pas lu... pas plus, d'ailleurs, que son maître, M. Quincke.

On doit, toutefois, rendre justice au professeur de Kiel et reconnaître qu'il s'abstient de vouloir, à l'exemple de son élève, faire des malades de M. Gibney des « individus neurasthéniques, voire même hystériques », hypothèse en faveur de laquelle les observations relatées par le chirurgien de New-York ne fournissent d'ailleurs pas le moindre argument. Tout en partageant jusqu'à un certain point l'opinion de M. Osler, il a cependant soin d'ajouter : « Pour deux ou trois des cas de Gibney (que je connais seulement d'après l'exposé d'Osler), l'interprétation de *périspondylite* pourrait être exacte. »

Or, faisons abstraction de l'opinion de M. Osler et remontons — puisqu'il s'agit de M. Gibney — à la communication originale de cet auteur (2). Dès les premiers mots, nous voyons que sous la dénomination, peu explicite, de *typhoid spine*, M. Gibney comprend, en réalité, le même syndrome que M. Quincke a, dix ans plus tard, décrit sous le nom de *spondylite typhoïdique*. Le piquant de la chose est que le mot même y figure : le secrétaire de l'Association orthopédique américaine avait, en effet, intitulé la communication dont il s'agit « spondylitis after typhoid fever » (*spondylite post-typhoïdique*), et si M. Gibney n'a pas cru devoir adopter ce titre, c'est uniquement parce que le terme de *spondylite* lui semblait impliquer la nature tuberculeuse de la lésion.

La discussion à laquelle a donné lieu cette communication est intéressante non seulement parce qu'on y trouve la relation de plusieurs cas de spondylite typhoïdique observés par d'autres chirurgiens américains et *confondus d'abord avec le mal de Pott classique*, mais encore parce qu'elle renferme une sorte de ré-

---

(1) A. Klein. Ostitis typhosa. (*Thèse de Kiel*, 1896.)

(2) H. Quincke. Ueber Spondylitis typhosa. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1899, IV, 2, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 121.)

(3) Fichtner. Ueber Spondylitis typhosa. (*Deutsche militärärztliche Zeitsch.*, fév. 1903.)
Voir également la discussion qui a suivi la communication du premier cas de M. Fichtner à la *Medicinische Gesellschaft zu Leipzig*, séance du 7 novembre 1899, in *Münchener medicinische Wochenschrift* du 5 décembre 1899 (p. 1664).

(4) Könitzer. Ein Fall von Spondylitis typhosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août 1899.)

(5) A. Schanz. Ueber Spondylitis typhosa. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1900, LXI, 1.) — Le même cas a fait l'objet d'un mémoire de Max Herz : Beitrag zur Casuistik der Spondylitis typhosa. (*Zeitsch. f. orthopäd. Chir.*, 1900, VIII, 1.)

(6) E. Neisser. Ueber einige Symptome bei Fällen von Spondylitis typhosa. (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, 1er déc. 1900.)

(7) A. Kühn. Ueber Spondylitis typhosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juin 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 300.)

(1) H. Quincke. Ueber Spondylitis infectiosa. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1903, XI, 5.)

(2) J. Pallard. Note sur une complication osseuse rare de la fièvre typhoïde : la spondylite typhique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août 1902.)

(3) Ch. Achard. Manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 346.)

(1) A. Klein. (*Loc. cit.*, p. 17.)

(2) V. P. Gibney. The typhoid spine. (*Transact. of the Amer. Orthoped. Assoc.*, 3e session, 1889, II, p. 19.)

ponse anticipée à l'argumentation de M. Quincke, qui semble vouloir établir une distinction entre le *typhoid spine* et la spondylite typhoïdique.

Les cas relatés par M. Gibney, déclare le professeur de Kiel, portaient également sur la portion lombaire du rachis, mais « ils ne présentaient pas de symptômes spinaux, et dans un seul d'entre eux il existait un peu de fièvre ». Or, en ce qui concerne notamment l'hyperthermie, M. Shaffer, qui a pu compléter et confirmer la communication de M. Gibney en se basant sur sa propre expérience, n'a pas toujours noté l'existence de la fièvre dans ses observations (1), et les travaux récents sur la spondylite typhoïdique signalent également l'élévation thermique comme un phénomène contingent. Le même chirurgien a, par contre, eu l'occasion de voir un cas de spondylite typhoïdique avec manifestations spinales très accentuées.

Chose curieuse, M. Gibney ne prétendait point attribuer à sa communication le mérite d'une conception originale : « Mon intention, disait-il, est simplement d'enregistrer les cas en question et d'appeler l'attention, non seulement des chirurgiens orthopédistes, mais des praticiens en général, sur une affection très douloureuse de la colonne vertébrale, consécutive à la fièvre typhoïde. »

Il faut avouer que cette modestie du chirurgien de New-York a été très mal récompensée, puisque aucun des auteurs allemands qui ont écrit, après M. Quincke, sur la spondylite typhoïdique n'a même mentionné le nom de M. Gibney (2). Le mémoire de celui-ci, cité par le professeur de Kiel seulement de seconde main et examiné sous le faux jour de l'interprétation de M. Osler, qui voit dans le *typhoid spine* une simple « névrose », reste comme non avenu pour tous ceux qui attribuent la paternité de la spondylite typhoïdique à M. Quincke.

Aussi, tout en rendant justice à la « précision toute germanique » avec laquelle cet auteur a baptisé le syndrome en question, M. Ely (3) reproche-t-il, non sans amertume, aux compatriotes de M. Quincke, leur « mauvaise manière » de passer complètement sous silence les observations de M. Gibney. Serait-ce également en raison de la même « précision germanique » que les auteurs en question s'en tiendraient strictement aux cas publiés sous la dénomination de *spondylite typhoïdique* et négligeraient ceux qui sont désignés sous le nom de *typhoid spine?* Nous avons vu qu'il n'en est rien et que la « mauvaise manière » dont leur fait un peu naïvement reproche M. Ely consiste, en réalité, à laisser de côté tous les mémoires publiés ailleurs qu'en Allemagne. C'est ainsi qu'ils semblent ignorer le travail de M. Pallard (bien que son titre porte *spondylite typhique*), tout comme les observations — pourtant nombreuses — des auteurs américains.

Par un contraste saisissant, ceux-ci ne manquent, cependant, pas de citer les travaux allemands et ont, plus d'une fois, proclamé l'identité du *typhoid spine* et de la *spondylite typhoïdique* (4). On se rappelle, d'ailleurs, qu'il s'en fallut de peu que la communication de M. Gibney fût intitulée à peu près comme le mémoire publié dix ans plus tard par M. Quincke, et il n'est pas sans intérêt de constater que, dès 1890, M. Jacobi, en protestant contre l'introduction du terme nouveau et vague de *typhoid spine*, faisait remarquer que, de deux choses l'une, ou bien il s'agit d'une névrose, ou bien on se trouve en présence d'une *spondylite*. « Les formes légères de spondylite, ajoutait-il, ne sont pas aussi rares qu'on le croit » (1).

M. Osler (2) a, il est vrai, voulu voir dans le *typhoid spine* ou, plus exactement, *dans un certain nombre de cas* décrits sous cette dénomination, un simple trouble nerveux, analogue au « railway spine ». Les arguments qu'il invoquait en faveur de cette interprétation étaient basés sur la durée souvent considérable du laps de temps qui s'écoule entre la dothiénentérie et l'apparition du syndrome en question, ainsi que sur la difficulté d'admettre l'existence d'une périostite persistant pendant plusieurs mois sans aboutir à la suppuration. Mais on sait aujourd'hui que des manifestations osseuses peuvent se déclarer longtemps après la fièvre typhoïde et que nombre de ces manifestations peuvent se terminer par résolution pure et simple.

Quoi qu'il en soit, l'existence de la spondylite tyhoïdique ne saurait, à l'heure actuelle, faire l'objet d'aucun doute.

III

Mais la fièvre typhoïde est-elle la seule maladie infectieuse aiguë qui soit susceptible de se localiser, à un moment donné, sur la colonne vertébrale ? En d'autres termes, à côté de la spondylite *typhoïdique*, n'existerait-il pas — l'ostéomyélite banale, la tuberculose et la syphilis mises, bien entendu, à part — d'autres spondylites d'origine infectieuse ?

Certaines constatations anatomo-bactériologiques semblent nous autoriser à soutenir l'affirmative. Les recherches de M. Fränkel (3) sur la moelle osseuse dans les infections sont à cet égard particulièrement intéressantes. Cet auteur a été à même de constater, d'une façon systématique, la présence du bacille d'Eberth dans la moelle osseuse *des vertèbres* des sujets ayant succombé à la fièvre typhoïde. Il y a plus : chez une jeune fille qui, au cours d'une dothiénentérie — et quelques jours seulement avant la mort —, contracta une pneumonie, M. Fränkel décela, dans la moelle vertébrale, à côté du bacille d'Eberth, le diplocoque lancéolé. Cette constatation l'engagea à étendre ses recherches à des maladies infectieuses autres que la fièvre typhoïde : il put de la sorte retrouver dans la moelle osseuse des vertèbres le même diplocoque lancéolé chez plusieurs sujets morts de pneumonie, le streptocoque en cas d'érysipèle, d'abcès pulmonaire, de diphtérie, le staphylocoque pyogène doré dans les cas de phlegmons ou de suppurations diverses, etc.

La présence de ces microorganismes dans la moelle osseuse du rachis se traduit par toute une série d'altérations anatomo-pathologiques : hémorrhagies, exsudations fibrineuses, foyers de nécrose, etc. Anatomiquement, la moelle osseuse des vertèbres se montre, par conséquent, aussi sensible à l'égard des maladies infectieuses — qu'elles soient générales ou locales — que la rate. L'analogie est, d'ailleurs, d'autant plus complète que les localisations spléniques des infections, tout comme leurs manifestations vertébrales, ont une tendance naturelle à la résolution et, contrairement aux complications portant sur les os longs, n'aboutissent à la suppuration que d'une manière exceptionnelle, ce qui tient probablement à la grande richesse en sang de la moelle des vertèbres et de la rate.

Quoi qu'il en soit, on comprend que, si les foyers morbides déterminés au sein de la moelle osseuse du rachis sont, le plus souvent, assez peu importants pour se résorber sans donner lieu à des troubles cliniquement appréciables, ils puissent aussi, le cas échéant, se manifester par des désordres plus ou moins graves. En pareille occurrence, on aura affaire à une *spondylite infectieuse*.

La spondylite typhoïdique en est assurément un des exemples les plus typiques. Mais, à côté d'elle, d'autres variétés ont été observées.

C'est ainsi que dans un travail tout récent, M. Quincke (1) en a relaté deux cas très probants.

Le premier a trait à un homme de quarante-six ans, qui, un mois et demi environ après le début d'une pneumonie moyennement grave et à évolution normale, éprouva brusquement des douleurs très vives au niveau de la portion lombaire du rachis, sans qu'il y eût de la fièvre. Admis à la clinique médicale de Kiel, il y resta plus de cinq mois pour une spondylite nettement caractérisée et qui laissa même subsister une légère proéminence des apophyses épineuses des deuxième et troisième vertèbres dorsales. Or, comme l'hypothèse de tuberculose était à rejeter en raison de l'apyrexie, de l'absence de toute lésion pulmonaire et de tout antécédent héréditaire, ainsi qu'à cause du bon état général du patient, et que, d'autre part, on ne pouvait invoquer aucun traumatisme, M. Quincke estime avoir eu affaire, dans ce cas, à une *spondylite pneumococcique*.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un cultivateur, âgé également de quarante-six ans, qui fut admis à l'hôpital pour une pleurésie purulente droite, laquelle s'était manifestée, dix jours auparavant, par une vomique. Sous l'influence d'une pleurotomie avec résection costale, l'expectoration purulente ne tarda pas à diminuer et, au bout d'un mois et demi environ, le patient, dont le poids du corps avait augmenté de 12 kilogrammes, quittait la clinique. Trois mois après le début de sa pleurésie, il commença à ressentir des douleurs dans les lombes, notamment au niveau de la portion supérieure de la colonne lombaire. A peine marquées dans la position couchée, ces douleurs devenaient, au contraire, très intenses à l'occasion du moindre mouvement ou d'une compression, de sorte que le malade fut obligé de se faire recevoir de nouveau à l'hôpital. L'examen décela l'existence d'un certain degré de rigidité du rachis et d'une sensibilité à la pression des épiphyses épineuses lombaires, en particulier de la troisième. Les corps vertébraux se montraient également douloureux lorsqu'on les comprimait d'avant en arrière. Dans la région lombaire gauche, un peu au-dessus de l'os iliaque et à 2 centimètres environ des apophyses épineuses, il existait une tuméfaction grosse comme un œuf d'oie. Une ponction exploratrice, pratiquée à ce niveau, ne donna pas de pus. On se borna à appliquer un corset plâtré, après quoi le patient rentra chez lui.

Comme cet homme présentait en même temps une bronchite chronique, on pouvait supposer avoir affaire à un mal de Pott, mais, à en juger d'après les renseignements fournis par son médecin sur l'évolution ultérieure de l'affection, qui se dissipa dans l'espace de quelques mois, rien ne semble devoir justifier cette hypothèse. Aussi M. Quincke serait-il porté à voir dans la spondylite en question une suite de

(1) N. M. Shaffer. (*Transact. of the Amer. Orthoped. Assoc.*, 3e session, 1889, II, p. 26.)

(2) Seul, M. Fichtner en fait mention, sans d'ailleurs le connaître autrement que par quelques lignes d'analyse consacrées à un travail postérieur de onze ans à la communication de M. Gibney.

(3) L. W. Ely. A case of typhoid spine. (*Med. Record*, 20 déc. 1902.)

(4) Voir notamment (outre le travail, déjà cité, de M. Ely) :
R. W. Lovett et Ch. F. Withington. Typhoid spine. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 29 mars 1900.)
E. G. Cutler. Typhoid spine (spondylitis typhosa; perispondylitis typhosa). (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 juin 1902.)
F. T. Lord. Analysis of twenty-six cases of typhoid spine. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 juin 1902.) — Cet article est une courte revue d'ensemble des travaux publiés sur la spondylite typhoïdique jusqu'au 1er janvier 1902.

(1) A. Jacobi. (*Transact. of the Assoc. of Amer. Physicians*, 1890, V, p. 24.) — Voir également : H. C. Parsons. Post-typhoid bone lesions. (*Johns Hopkins Hosp. Reports*, 1895, V, p. 438.)

(2) W. Osler. On the neurosis following enteric fever, known as « the typhoid spine ». (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv. 1894, et *Johns Hopkins Hosp. Reports*, 1895, IV, p. 73.) — Studies in typhoid fever. (*Johns Hopkins Hosp. Reports*, 1895, V, p. 315.)

(3) E. Fränkel. Ueber Knochenmark und Infektionskrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 avril 1902.) — Ueber Erkrankungen des roten Knochenmarks, besonders der Wirbel, bei Abdominaltyphus. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1903, XI, 1.)

(1) H. Quincke. Ueber Spondylitis infectiosa. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1903, XI, 5.)

l'empyème, et, comme dans l'exsudat de la plèvre l'élément bactériologique prédominant était représenté par des streptocoques, le syndrome vertébral reconnaîtrait, lui aussi, une origine *streptococcique*.

Il est facile de se rendre compte que les deux cas que nous venons de relater brièvement présentent, au point de vue clinique, une certaine analogie avec la spondylite typhoïdique : l'intensité des douleurs locales, la tuméfaction des parties molles et la rigidité plus ou moins persistante du segment atteint de la colonne vertébrale, qui semblent indiquer la participation du périoste et des ligaments et justifier la notion de « périspondylite », telle qu'elle a été formulée par M. Gibney, le peu de tendance à la suppuration, la prédilection du processus morbide pour la région lombaire, voilà autant de symptômes qui paraissent communs à ces diverses variétés de spondylite.

Sans doute, les observations de M. Quincke seraient, à elles seules, insuffisantes pour permettre d'édifier la conception de *spondylite infectieuse*. Mais, outre qu'elles cadrent parfaitement avec les constatations anatomo-pathologiques et bactériologiques de M. Fränkel, il convient encore de remarquer que d'autres faits cliniques semblent également militer en faveur de cette manière de voir. C'est ainsi qu'au cours de la discussion qui a eu lieu à la Société médicale de Kiel, à propos du cas de spondylite pneumococcique relaté par M. Quincke, on a communiqué 2 faits analogues, dont l'un était consécutif également à une pneumonie et dont l'autre avait succédé à une scarlatine (1).

Il serait, d'ailleurs, erroné de croire que le professeur de Kiel ait été le premier à signaler ces manifestations vertébrales des maladies infectieuses aiguës autres que la dothiénentérie. Là encore, tout comme pour la spondylite typhoïdique, il a eu un précurseur qu'il ignore... Il suffit, en effet, de se reporter à la communication de M. Gibney sur le *typhoid spine*, communication dont M. Quincke n'a eu connaissance que de seconde main, pour voir que, dans la discussion à laquelle elle donna lieu, M. Shaffer (2) déclarait avoir observé le même état morbide *non seulement à la suite de la fièvre typhoïde, mais aussi après la scarlatine et la rougeole*.

Et si, au point de vue pratique, M. Quincke croit devoir recommander d'éviter, au cours de la convalescence des maladies infectieuses, les traumatismes et le surmenage fonctionnel de la colonne vertébrale, il y a quatorze ans que M. Shaffer insistait également, et à peu près dans les mêmes termes, sur le rôle du « surmenage, d'un choc direct ou d'une chute après la maladie aiguë » (*excessive exercise or a direct blow or fall after the acute fever*).

Tellement il est vrai que l'on ne saurait trop méditer sur la parole sceptique de l'Ecclésiaste : *nil novi sub sole !*

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

TREIZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Padoue du 29 octobre au 1er novembre 1903.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

L'immunité dans les maladies infectieuses.

M. Lucatello (de Padoue), *rapporteur*. — La période scientifique de l'étude de l'immunité date de vingt ans au plus, et son déroulement a encore lieu sous nos yeux, en ce qui concerne l'immunité acquise. C'est la connaissance de cette dernière qui nous a fourni la possibilité de préparer des sérums contre de nombreux microbes, contre des poisons d'origine animale et végétale (agglutinines spécifiques, précipitines), et enfin des antisérums spécifiques qui agissent contre les différentes cellules de l'organisme et entravent l'action des ferments.

On a l'habitude de séparer l'immunité antitoxique d'avec l'immunité antimicrobienne : la distinction est plus apparente que réelle; toutefois il est bon de la conserver pour plus de clarté.

Chez l'homme on a pu constater en outre des faits de tolérance à l'égard d'intoxications bactériennes diverses; mais ces cas d'immunité individuelle ne peuvent pas facilement entrer dans les classifications actuelles.

Existe-t-il un certain degré d'immunité naturelle plus ou moins appréciable dans tous les organismes ?

Pour résoudre cette question, j'ai voulu faire des recherches sur les premiers stades de ces états de défense organique, et je me suis adressé tout d'abord aux agglutinines. Dans mon laboratoire on a reconnu que ces anticorps commencent à apparaître chez les nouveau-nés à la suite de la plus légère infection, mais qu'ils n'existent jamais auparavant.

Etant donné que l'agression des microorganismes est inévitable, il est pratiquement préférable de rechercher des moyens d'immunisation, plutôt que de poursuivre l'idéal irréalisable du milieu amicrobien.

En étudiant les différentes théories proposées pour expliquer le mécanisme de l'immunité en général, ainsi que les faits et les expériences qu'on invoque à l'appui, nous trouvons que presque toutes les hypothèses émises à ce sujet contiennent une part de vérité, mais laissent par contre subsister de nombreux points obscurs.

Tout ce qu'on peut dire pour l'instant, c'est que ce grand phénomène biologique semble résulter d'une orientation spéciale du métabolisme cellulaire ordinaire; d'ailleurs, ses mécanismes sont multiples et à cet égard toute tentative de synthèse est encore prématurée.

En tous les cas, à l'heure actuelle, l'étude de l'immunité a soustrait la sérothérapie à l'empirisme pour lui donner le caractère de recherches coordonnées vraiment scientifiques; elle l'a de plus enrichie de déductions pratiques de haute importance, comme celles qui se rapportent à l'intervention précoce, à la nécessité d'employer des doses élevées d'antitoxine, à la participation active et directe de l'organisme dans les processus d'immunisation.

M. N. Pane (de Naples), *co-rapporteur*. — Pour bien comprendre le phénomène de l'immunité qui succède aux infections, il est nécessaire d'étudier les facteurs qui concourent à la défense de l'organisme à l'état normal contre les microbes pathogènes.

Un de ces facteurs, le seul du reste dont l'action antimicrobienne ne soit plus en discussion, est l'alexine de Buchner, ou cytase de Metchnikoff, ou complément d'Ehrlich, qui peut être considéré comme une enzyme spéciale des leucocytes du sang.

Les recherches que j'ai fait exécuter dans mon laboratoire par M. Lucibelli concordent avec celles de M. Gengou, faites dans le laboratoire de M. Metchnikoff, sur l'absence de cytase dans l'organisme normal.

Cette constatation tendant à confirmer la conclusion que la défense de l'organisme est confiée exclusivement à l'action phagocytaire des globules blancs polynucléés (macrophages), comme le soutient M. Metchnikoff, j'ai fait sur cette question une longue série d'expériences, que j'ai en partie publiées et qui démontrent que l'inoculation aux animaux (lapins), par voie intraveineuse, de microbes pathogènes, est en effet suivie de leucocytolyse et d'augmentation de la cytase dans le sang.

Cette cytase, dans les maladies produites par des microbes très sensibles à son influence — comme c'est le cas, par exemple, de l'infection éberthienne —, représente une partie très importante de la défense de l'organisme. Toutefois elle ne suffit pas pour produire à elle seule la guérison.

Pour que celle-ci ait lieu, surtout dans les cas de maladies infectieuses causées par des microbes insensibles à la cytase (pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, etc.), il faut nécessairement le concours d'anticorps spécifiques (agglutinines, corps immunisant ou fixateur de Metchnikoff, substance sensibilisatrice de Bordet, ambocepteur d'Ehrlich, antitoxine).

Je signale en passant l'importance de chacun de ces anticorps, mais je m'arrête spécialement au fixateur. Ce dernier, quand il est contenu dans un sérum spécifique en quantité très élevée, a le pouvoir de sensibiliser le microbe correspondant, de façon que ce dernier devient sensible à l'action destructive de la cytase du sérum de n'importe quel animal. A ce point de vue, les cytases des différents sérums sont équivalentes. Quant à l'action diverse des cytases des sérums normaux, je la crois en rapport avec la faible quantité d'ambocepteurs qui y sont contenus.

Sur ces prémisses fondamentales, je puis retenir et affirmer que l'application de sérums spécifiques, bactéricides, au traitement des maladies infectieuses peut être de grande utilité thérapeutique.

M. Bonome (de Padoue). — On attribue une certaine importance à ce fait que le sérum possède un pouvoir d'agglutination envers les microbes de différentes infections. Mais ce phénomène n'a qu'une valeur relative, car les faibles agglutinations peuvent s'observer avec le sérum de n'importe quel malade, et ce sont seulement les chiffres très élevés (1/5.000 au minimum) qui sont véritablement significatifs. En outre, mes expériences m'ont démontré qu'il n'existe pas de rapport entre l'agglutination et l'immunité, de sorte que je suis porté à croire que la formation de corps immunisants n'est que le second acte de la défense organique.

D'aucuns paraissent admettre que, après le contact avec les agglutinines, les bacilles circulent à l'état de *caput mortuum* dans le sang; mais les anatomo-pathologistes ne peuvent pas accepter une pareille théorie; en effet, comment expliquerait-on les néphrites et les autres lésions tardives si fréquentes dans les infections?

En dernier lieu, je ne crois pas que la cytase puisse augmenter la valeur curative d'un sérum thérapeutique.

M. Maragliano. — Je ne saurais partager l'avis exprimé par M. Bonome, à savoir que seules les valeurs d'agglutination très élevées sont vraiment démonstratives. Cela n'est pas toujours vrai et les chiffres varient selon les maladies. Ainsi, dans la fièvre typhoïde, l'agglutination à 1/50 est déjà très probante. M. Chauffard, dans ses tracés de fièvre typhoïde en voie de guérison, ne signale pas d'agglutination dépassant 1/100.

Pour la tuberculose, les chiffres sont aussi bien loin d'être toujours très élevés, quoique je possède actuellement une vache qui agglutine à 1/2.000. Aussi, quand j'observe un homme qui a, par exemple, un pouvoir agglutinant de 1/10, si je vois que, parallèlement à l'amélioration, ce pouvoir monte à 1/30, à 1/60, etc., cette progression a-t-elle pour moi une valeur positive indiscutable.

Quant au problème de l'immunisation, il est encore trop tôt pour se prononcer à ce sujet : jusqu'à présent nous avons été guidés par l'empirisme et non par de véritables connaissances scientifiques.

M. Bozzolo (de Turin). — Dans la fièvre typhoïde on constate une diminution considérable du nombre des leucocytes. Si la défense de l'organisme est confiée à la cytase provenant de la destruction des globules blancs, l'hypoleucocytose typhoïdique est donc une réaction défensive de l'organisme.

M. Mircoli (de Gênes). — D'après mes recherches, l'alcool a le pouvoir d'augmenter les matériaux de défense de l'organisme, car chez des animaux traités par des doses progressives d'alcool, j'ai pu constater une augmentation notable du pouvoir agglutinant du sérum sanguin.

La vaccination antituberculeuse.

M. Maragliano fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé qu'on peut obtenir, contre une infection quelconque, une immunisation soit active — en déterminant la production de substances immunisantes dans l'organisme lui-même —, soit passive — en introduisant ces substances préalablement formées dans un autre organisme —, il expose les

(1) Nous aurions voulu donner quelques détails relativement à ces deux cas, mais, sur la demande qui lui en a été faite, le secrétaire de la Société médicale de Kiel a répondu qu'il n'existe pas de compte rendu imprimé de la séance en question.

(2) N. M. Shaffer. (*Loc. cit.*, p. 26.)

résultats de ses recherches sur la vaccination antituberculeuse.

L'immunisation passive étant de brève durée, l'orateur l'a laissée de côté pour avoir recours à une méthode mixte et à une méthode d'immunisation active.

La première consiste à traiter le sujet à immuniser, pendant une certaine période, avec les matériaux prélevés sur un animal déjà immunisé; puis, durant une seconde période, avec ces mêmes matériaux auxquels on ajoute des bacilles tués; enfin, pendant la troisième période, seulement avec les bacilles morts.

Par ce moyen, on réussit, après trois mois, à déterminer chez l'homme la production de matériaux défensifs, et les animaux traités de la même manière résistent aux injections intraveineuses de cultures vivantes.

Dans la seconde méthode, ou méthode d'immunisation active, M. Maragliano utilise d'emblée les bacilles morts en créant un foyer périphérique de tuberculose sans bacilles vivants, de façon à obtenir une vaccination. L'orateur a appliqué cette méthode à l'homme de la manière suivante : on introduit sous la peau du bras une très petite quantité de bacilles morts; il se produit une réaction fébrile (38°8 à 39°) qui dure deux jours. Le pouls s'élève parallèlement à la température. On observe alors la production d'un petit foyer purulent amicrobien, qui est très lent à guérir (trois à quatre mois), en même temps que se fait une augmentation progressive du pouvoir agglutinant du sérum. Naturellement M. Maragliano n'a pas pu vérifier chez l'homme si, après cette immunisation active, l'injection de bacilles vivants dans les veines est supportée ou non, mais il affirme que les animaux soumis à ce mode de vaccination antituberculeuse tolèrent parfaitement, eux aussi, l'injection intraveineuse de bacilles vivants et virulents, tandis que tous les témoins meurent tuberculisés.

Le quotient endothélial dans le total des éléments blancs du sang.

M. Patella (de Sienne). — J'ai trouvé dans le sang des sujets atteints d'endocardite subaiguë, au cours du rhumatisme articulaire aigu, de grands éléments mononucléaires dont le cytoplasme et le caryoplasme ont une structure des plus variées, en tout cas fort différente de celle qui, d'après Ehrlich, caractérise les mononucléaires typiques. Ces cellules, qui à mon avis sont d'origine endothéliale, se présentent parfois avec un degré d'histolyse plus ou moins prononcé, ou encore avec un cytoplasme réduit en débris; ce sont donc des cellules endothéliales dégénérées. Elles constituaient, dans le sang de mes malades, de 15 à 18 % du total des leucocytes, tandis que les mononucléaires conformes à la description d'Ehrlich n'en représentaient que 4 à 5 %.

M. Dominici, qui a également observé ces éléments, les fait dériver aussi des endothéliums vasculaires.

Au cours de la fièvre typhoïde, j'ai retrouvé les mêmes leucocytes dans le sang des papules éberthiennes, où ils sont beaucoup plus nombreux que dans le sang de la circulation périphérique.

Etant donnée l'origine particulière de cette variété d'éléments blancs, leur constatation me paraît avoir une signification importante : au cours des infections ils traduisent, en effet, la participation de l'endocarde ou de l'*intima* des vaisseaux au processus infectieux.

Exaltation artificielle de la résistance du péritoine.

M. Mariani (de Gênes). — En injectant dans le péritoine d'animaux sains de l'alcool, de la teinture d'iode, de la térébenthine, ou en tiraillant l'intestin après laparotomie, j'ai obtenu une augmentation transitoire de la résistance du péritoine envers les infections expérimentales (streptocoques, staphylocoques, diplocoques, colibacilles, etc.).

Les mouvements intestinaux ont aussi une influence sur la résistance du péritoine : en effet, les petites doses de morphine et d'atropine, en diminuant le péristaltisme, accroissent la résistance du péritoine à l'égard des infections expérimentales, tandis que les purgatifs salins et huileux la diminuent.

Examen hématologique dans un cas de maladie de Werlhof.

M. E. Roncagliolo (de Gênes). — Chez un homme de trente-huit ans, Brésilien, qui présentait les signes caractéristiques de la maladie de Werlhof, l'examen bactériologique du sang vivant, prélevé au niveau des hémorrhagies cutanées, fut absolument négatif, de même que l'injection de ce sang dans le péritoine ou sous la peau du lapin.

Les altérations sanguines dans ce cas consistaient en une diminution des globules rouges ainsi que du taux de l'hémoglobine et en une augmentation des leucocytes. Il n'y avait pas de lésions globulaires, mais la coagulabilité du sang était diminuée.

Le double soulèvement cardiaque.

M. Zoia (de Parme). — J'ai observé, dans un cas de symphyse pleurale presque complète avec médiastino-péricardite hyperplasique, de nature tuberculeuse, un double soulèvement cardiaque de la paroi thoracique. Des deux mouvements successifs de la paroi thoracique, le premier, qui était le plus faible, était localisé au cinquième espace, à la pointe; il coïncidait avec le pouls radial, et s'accompagnait d'un bruit présystolique. Le second, plus intense, avait son maximum plus en dedans et coexistait avec un bruit à caractère valvulaire.

Je crois que le soulèvement de la paroi thoracique était alternativement produit par chacun des deux ventricules.

Sulfate de chaux dans l'urine des arthritiques.

M. E. Reale (de Naples). — En portant à l'ébullition, après addition d'acide acétique, l'urine des arthritiques avec intoxication acide, j'ai constaté la séparation d'un précipité cristallin que l'examen chimique m'a démontré être du sulfate de chaux.

Ce fait prouve que cette substance peut se trouver dissoute dans l'urine humaine, probablement quand il y a insuffisance des bases alcalines, ce qui permet la combinaison du calcium avec l'excès d'acide sulfurique.

Lavage de la plèvre à l'oxygène dans le pneumothorax.

M. Palmieri (de Gênes). — Dans un cas de pneumothorax de nature tuberculeuse, compliquant une tuberculose pulmonaire avec cavernes et toxémie très prononcée, j'ai eu recours, après échec de tous les moyens ordinaires, à l'introduction d'oxygène dans la plèvre, pour substituer à l'air un gaz plus facilement résorbable, et aussi pour utiliser les propriétés antiseptiques et antiputrides de l'oxygène.

L'opération a été faite avec toutes les précautions nécessaires. Le tube à oxygène sous pression communiquait avec l'appareil de Dieulafoy, qui, agissant tour à tour comme aspirateur et comme compresseur, m'a permis de pratiquer un véritable lavage gazeux de la cavité (extraction de 600 c.c. d'air et passage de 3,600 c.c. d'oxygène).

Le résultat fut excellent, surtout au point de vue de la diminution des obstacles mécaniques à la respiration et à la circulation. Mais, comme il fallait le prévoir, ce moyen n'a eu aucune influence sur l'évolution de la maladie et le patient succomba vingt-cinq jours plus tard aux progrès de la tuberculose; les lésions de la plèvre paraissaient cependant moins graves qu'auparavant.

Rôle protecteur de l'épiploon.

M. De Renzi (de Naples). — Si, par la ligature du hile, on supprime entièrement, comme nous l'avons fait avec M. Boeri, la circulation de la rate, celle-ci est parfaitement encapsulée par l'épiploon, qui la digère et l'absorbe d'une façon complète.

Si cette même opération est pratiquée sur des chiens auxquels on a préalablement extirpé l'épiploon, ces animaux ne tardent pas à succomber. La cause de la mort doit être attribuée à une action toxique (pyrétogène et hémolytique en particulier) des produits d'autolyse de l'organe que la ligature a condamné au sphacèle.

De même le rein, privé de sa circulation par ligature, est encapsulé par l'épiploon; son sphacèle donne aussi lieu à la production de matériaux toxiques qui déterminent, entre autres, l'hémoglobinurie : ce symptôme n'est pas imputable à l'augmentation de travail dans le rein qui subsiste, car la néphrectomie simple, quoique déterminant un processus de néphrite dans l'autre rein, ne fait jamais apparaître l'hémoglobinurie.

Les spasmes de l'intestin et leur traitement.

M. F. Aporti (de Parme). — J'ai étudié un grand nombre de cas de spasmes intestinaux qui allaient de la simple contraction transitoire en anneau aux spasmes prolongés et énergiques, reproduisant le tableau de l'occlusion complète (*iléus spasmodique*).

J'ai pu reproduire expérimentalement ce spasme sur les animaux en rendant l'intestin hyperexcitable par des irritations répétées produites avec de faibles courants électriques ou par des moyens mécaniques.

Lorsque la contracture atteint le gros intestin, elle prend une allure chronique, tandis que les formes aiguës affectent surtout l'intestin grêle.

Quant au traitement du spasme intestinal, j'ai pu constater que l'atropine ne donne de bons résultats que si on l'emploie à doses élevées qui deviendraient rapidement toxiques. Le traitement électrique est préférable : dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, j'ai appliqué les courants constants par la voie intrarectale.

M. Tarchetti (de Gênes) communique les résultats de recherches tendant à établir que l'infection typhoïdique est vraisemblablement déterminée par une forme virulente de colibacille plutôt que par un bacille typhique proprement dit.

M. Testi (de Faenza) relate un cas d'œdème neurotrophique et vasomoteur d'origine médullaire, dont la lésion siégeait dans les centres trophiques de la substance grise de la moelle, plus exactement dans la substance péri-épendymaire.

M. Patella fait une communication *sur le prétendu phagothélisme dans les exsudats.*

Dr G. ZANONI (de Gênes).

La troisième question à l'ordre du jour, à savoir l'*individualité dans la pathogénie et l'étiologie des maladies*, a eu pour rapporteurs MM. L. Giuffrè (de Palerme) et Viola (de Padoue); mais, par la nature même du sujet, ces rapports ne sont pas susceptibles d'être analysés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 3 et 10 novembre 1903.

L'appendicite dans l'armée pendant ces dernières années.

M. Chauvel lit un travail dans lequel il commence par établir que le nombre des opérations pratiquées pour appendicite, dans les hôpitaux militaires, n'a pas cessé de s'accroître depuis six ans. De 49 en 1897, il s'est rapidement élevé jusqu'au double en 1899, au triple en 1900 et il a encore augmenté de quelques unités en 1901 pour arriver presque au quadruple en 1902. Quant à la mortalité post-opératoire, elle a varié entre 20.7 % en 1899 — chiffre maximum — et 11.5 % en 1898 — chiffre minimum —; elle a été de 12.5 % en 1901 et de 12.7 % en 1902.

En ce qui concerne la morbidité, on a reçu dans les hôpitaux militaires (France et Algérie) 493 hommes atteints d'appendicite en 1901, 668 en 1902. Si l'on fait la répartition par corps d'armée, on s'aperçoit que, pour les dix-neuf corps d'armée métropolitains, le nombre des cas d'appendicite, dans les deux années envisagées, représente respectivement 0.95 et 1.27 ‰ de l'effectif, tandis que pour les troupes d'Algérie et de Tunisie il n'en constitue que 0.44 et 0.63 ‰; chez les soldats indigènes, cette proportion est même tombée — en faisant la moyenne des cinq années 1898-1902 — à 0.14 ‰. L'appendicite serait d'ailleurs très rare aussi dans la population civile musulmane.

L'orateur attribue cette particularité à la restriction des aliments carnés chez les musulmans, à l'influence d'un climat sec et chaud, peut-être aussi au peu de fréquence de la grippe dans l'Afrique du Nord.

M. Lucas-Championnière. — Les observations de M. Chauvel viennent à l'appui de l'opinion que j'ai exprimée il y a deux ans, à savoir que l'appendicite est plus fréquente et plus grave chez les personnes qui consomment une grande quantité de viande (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 59). J'ajouterai que les faits que j'ai recueillis depuis lors n'ont fait que me confirmer dans cette manière de voir.

Fièvre rémittente causée par un nouveau protozoaire.

M. Laveran montre, au nom de M. Donovan (de Madras), une préparation et des aquarelles d'éléments parasitaires découverts dans le sang de la rate, extrait pendant la vie, chez des individus souffrant d'une fièvre rémittente, non influencée par la quinine. Cette affection, endémique dans certaines parties de l'Inde, notamment à Dumdum, a été récemment décrite par M. Leishman qui considère le parasite intrasplénique comme un trypanosome. Or, d'après l'examen qu'il a fait, avec M. Mesnil, des préparations de M. Donovan, l'orateur est d'avis qu'il s'agit en réalité d'un protozoaire nouveau, qui doit être classé parmi les piroplasmes (parasites de la fièvre du Texas des bovidés, etc.), et il propose de l'appeler *Piroplasma Donovani*.

Sur l'angine de poitrine infectieuse.

M. Huchard lit, à propos d'un travail de M. Pawinski (de Varsovie), un rapport que nous résumons ainsi :

M. Pawinski soutient que les maladies infectieuses, notamment la grippe et l'amygdalite lacunaire d'origine microbienne, jouent un rôle important dans l'étiologie de l'angine de poitrine; il admet néanmoins l'influence prédisposante de l'état névropathique, des excès de tout genre, etc. Au point de vue pathogénique, il croit que c'est sur les nerfs sensitifs du cœur que les toxines microbiennes font tout d'abord porter leur action, d'où l'apparition de crises précardialgiques, mais il suppose qu'à la longue ces poisons peuvent aussi altérer l'*intima* des artères coronaires, réalisant ainsi la véritable angine de poitrine coronarienne.

Malheureusement cette théorie n'a pas encore reçu de confirmation anatomo-pathologique directe; on sait toutefois que l'endartérite coronarienne est fréquente à la suite de certaines maladies infectieuses (variole, diphtérie, fièvre typhoïde, etc.).

M. Phocas (d'Athènes) communique l'observation d'un malade qui fut atteint, à la suite d'un coup de couteau dans la région inguinale, d'un anévrysme faux de l'artère fémorale : on pratiqua la ligature de l'artère iliaque externe et le patient guérit.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 octobre 1903.

Le siège des convulsions épileptiformes toniques et cloniques.

M. N. Samaja. — J'ai cherché à déterminer, au moyen de la méthode employée par M. Battelli pour provoquer des crises épileptiformes (application d'un courant alternatif avec une électrode au niveau de la bouche et l'autre sur la nuque), le siège des convulsions toniques et cloniques chez les différents animaux. J'ai ainsi pu constater que le centre convulsif clonique remonte progressivement, dans l'échelle animale, depuis la moelle jusqu'à l'écorce cérébrale : il est bulbo-médullaire chez la grenouille verte, bulbaire ou basilaire chez le cobaye et le lapin, cortical chez le chien et le chat adultes; chez ces animaux, la moelle, dans toute son étendue, est le siège d'un centre tonique. Chez l'homme, le centre des convulsions cloniques est évidemment cortical, comme chez les mammifères supérieurs; quant aux convulsions toniques, on peut admettre que leur centre est basilaire, puisque chez les décapités le tronc ne présente aucune espèce de mouvements convulsifs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1903.

De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale.

M. Ricard. — Je crois que M. Richelot, en pratiquant l'hystérectomie dite totale, abandonne toujours au niveau du col une certaine quantité de tissu utérin, qui paraît avoir seulement quelques millimètres d'épaisseur de moins que celle que laisse le procédé subtotal. Il n'y a donc pas à ce point de vue, entre les deux opérations, une différence aussi grande que notre collègue veut bien le dire.

D'autre part, en ce qui concerne la gravité, je n'hésite pas à déclarer que l'hystérectomie subtotale est infiniment moins dangereuse que l'hystérectomie totale.

Quant à la possibilité de la dégénérescence maligne du moignon après ablation incomplète de l'utérus, j'avoue que les quelques cas cités par M. Richelot ne sont pas tous très concluants; dans la plupart, le cancer est apparu au bout de quatre ou cinq mois, de sorte qu'on a le droit de se demander s'il ne s'agit pas simplement de récidives d'un cancer qui coexistait avec le fibrome au moment de l'opération.

Je pense, par conséquent, que les craintes de dégénérescence cancéreuse émises par M. Richelot ne doivent pas entrer en ligne de compte dans le choix du procédé d'hystérectomie qu'il faut appliquer au traitement des fibromes utérins.

M. Routier. — Je n'ai jamais observé la transformation maligne du moignon utérin après l'hystérectomie subtotale; quant à la mortalité, je crois qu'il n'y a pas grande différence entre l'hystérectomie totale et le procédé subtotal, mais, au point de vue de la rapidité de l'opération, et de l'hémostase, en particulier, je n'hésite pas à déclarer que ce dernier est certainement préférable.

M. Schwartz. — Je n'ai pas eu non plus l'occasion de constater la dégénérescence secondaire du col, après l'hystérectomie; en revanche, j'ai opéré plusieurs fois des femmes pour lesquelles on croyait avoir affaire à un fibrome, alors que l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome.

Plaie du canal thoracique.

M. Faure. — J'ai eu deux fois, au cours de mes interventions, l'occasion d'observer le canal thoracique. Dans un premier cas j'ai mis à nu, sans la blesser, la crosse de ce canal, au voisinage du point où il s'abouche dans le confluent des veines jugulaire et sous-clavière. Chez une autre malade, qui avait une tumeur de la partie supérieure du médiastin, avec ganglions cervicaux, j'ai blessé le canal thoracique en cherchant à extirper un ganglion adhérent à la jugulaire, au niveau de son abouchement avec la sous-clavière; j'ai vu alors se produire un écoulement assez abondant de liquide clair, et aussi une petite hémorrhagie par reflux du sang du confluent veineux vers la plaie du canal thoracique, située à un centimètre environ de ce confluent. Je plaçai une ligature au catgut sur le canal, et je terminai mon opération. Quelques jours plus tard, il s'écoula par la plaie une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent, puis la cicatrisation se termina très simplement.

M. Terrier. — J'ai eu l'occasion d'établir chez le bœuf des fistules du canal thoracique, pour l'étude de la lymphe, et j'ai été frappé de la facilité avec laquelle ces fistules se fermaient spontanément sans ligature.

Du péricarde sur le cadavre et sur le vivant.

M. Reynier. — Depuis la dernière séance, j'ai vérifié sur le cadavre l'état du péricarde, et celui-ci s'est montré à moi, comme le décrivent les auteurs classiques, sous forme d'un sac fibreux et résistant, ne donnant nullement l'impression de flaccidité dont M. Poirier nous a parlé, à propos de la communication de M. Tuffier (Voir *Semaine médicale*, 1903, p. 362).

M. Sébileau. — Il ne faut pas comparer cet état cadavérique à ce qu'on observe sur le vivant, où, comme l'a dit M. Poirier, le péricarde se moule absolument sur le cœur et participe à tous ses mouvements.

M. Reclus. — Au cours d'une intervention, j'ai eu sous les yeux le péricarde, qui m'est apparu comme une membrane molle et flexible faisant corps en apparence avec le cœur et participant à sa mobilité.

M. Potherat. — J'ai eu également cette impression dans une opération où j'ai pu tenir en main le cœur enveloppé de son sac péricardique.

M. Walther. — Je partage entièrement l'opinion de M. Poirier, et je considère aussi le péricarde comme formant, sur le vivant, une enveloppe molle qui se moule étroitement sur le cœur et suit tous les mouvements de cet organe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 novembre 1903.

Ascite cirrhotique guérie par le régime déchloruré.

M. Achard. — La guérison de l'ascite dans la cirrhose alcoolique s'observe parfois à la suite du régime lacté et de la médication diurétique et purgative. J'ai suivi avec M. Paisseau un cas où aucun médicament n'a été administré et où la guérison est survenue sous l'influence d'une alimentation déchlorurée.

Il s'agit d'une femme de trente ans, qui avait eu quinze mois auparavant du subictère et de l'ascite, ayant cédé en quelques semaines au régime lacté. Depuis trois mois, l'ascite avait reparu et persistait malgré la reprise du lait. Après avoir laissé la malade au régime lacté pendant huit jours et constaté que son poids restait stationnaire, nous lui avons donné une alimentation pauvre en chlorures (500 gr. de viande, 500 gr. de pommes de terre, 50 gr. de riz, 150 gr. de sucre et 3 gr. de chlorures). Le poids tomba en vingt-cinq jours de 63 à 54 kilos et l'ascite disparut. Le régime ordinaire ayant alors été substitué au régime déchloruré, le poids demeura stationnaire.

On remarquera que la dose quotidienne de chlorures absorbés par la malade était peu inférieure à celle qu'elle prenait avec le régime lacté (4 gr.). Il semble que l'augmentation de la diurèse, qui paraît due surtout aux sucres et aux amylacés, ait facilité la déchloruration.

Nous avons soumis aussi au régime déchloruré une femme atteinte d'insuffisance mitrale, avec gros foie et ascite récidivante. Avec le régime ordinaire, l'épanchement augmentait : le poids monta de 6 kilogrammes 400 en six jours; l'alimentation déchlorurée maintint un état stationnaire pendant douze jours, après lesquels l'ingestion quotidienne d'une vingtaine de grammes de sel amena la recrudescence de l'épanchement et une augmentation de poids de 4 kilos en six jours.

En prélevant du liquide ascitique par ponction exploratrice, nous avons pu constater que sa teneur en chlorures, diminuée par la déchloruration, avait augmenté brusquement lors de la chloruration, pour s'abaisser ensuite par un effet de dilution ayant pour résultat l'accroissement de la masse du liquide.

Il y a dans ces deux cas d'ascite quelque chose de très comparable à ce que M. Widal a observé chez l'homme pour l'œdème brightique : même influence aggravante de l'excès de chlorures, même action favorable de la privation des chlorures, qui tantôt suffit pour que l'hydropisie se résorbe, tantôt en suspend seulement les progrès. Car il est des brightiques infiltrés qui n'absorbent presque rien et par conséquent n'ingèrent pas de chlorures, et qui pourtant ne guérissent pas; il faut chez eux non seulement s'opposer à l'entrée du sel, mais en faciliter la sortie par un diurétique approprié, comme la théobromine. Les causes et le mécanisme de la rétention des chlorures, et par conséquent des hydropisies, sont variables, mais l'alimentation déchlorurée peut toujours être utilisée comme moyen adjuvant; dans le cas particulier de l'ascite, elle peut ou dispenser de la ponction ou permettre de la différer.

M. Widal. — Avec MM. Froin et Digne, chez 2 malades atteints de cirrhose du foie accompagnée d'ascite, nous avons vu, en ajoutant chaque jour 10 grammes de chlorure de sodium en supplément à l'alimentation, le poids s'élever chez l'un de 4 kilogr. 550 en dix jours et chez l'autre de 7 kilogr. 100 en neuf jours. Ayant continué chez le premier patient la même chlo-

ruration alimentaire, nous vîmes, sous l'influence de la théobromine, le poids tomber de 2 kilogr. 950 gr. en quatre jours. Les chlorures urinaires augmentaient en même temps d'une façon relativement considérable. Chez notre second sujet, après la suppression des dix grammes de chlorures supplémentaires, le poids cessa d'abord de s'accroître et resta stationnaire, puis s'éleva bientôt de 3 kilogr. 700 en neuf jours.

Le chlorure de sodium ingéré a donc bien une action sur l'augmentation de l'ascite. La suppression du sel peut arrêter l'ascension progressive du poids du malade, mais ne paraît pas suffire, en général, pour déterminer des chutes de poids considérables, comme on en observe souvent au cours de l'œdème brightique.

Chez les ascitiques, on se trouve, en effet, en présence d'une hydropisie localisée, régie par une circulation spéciale. On pourra donc observer des différences sensibles, suivant l'état de réplétion plus ou moins considérable du système porte, suivant aussi le degré plus ou moins notable de l'ascite au moment où est institué le régime de déchloruration.

Il est, en tout cas, intéressant de constater les bons effets que peut avoir le régime déchloruré sur la marche de l'ascite cirrhotique.

Hémoptysies à répétition dans un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Rouget (médecin militaire) communique l'observation d'un homme de vingt-neuf ans, ancien paludéen, et peut-être aussi ancien syphilitique, qui entra à l'hôpital pour des crises de suffocation accompagnées d'hémoptysies se renouvelant presque quotidiennement. L'examen des crachats démontra l'absence complète de bacilles de Koch; d'autre part, l'auscultation de la poitrine ne permit de constater que les signes d'un emphysème pulmonaire. Cependant le caractère bitonal de la toux fit soupçonner l'existence d'une tumeur intrathoracique.

Le malade ayant succombé au cours d'une de ses crises dyspnéiques, on trouva à l'autopsie un volumineux anévrysme fusiforme de l'aorte, qui ne s'était manifesté pendant la vie par aucun signe physique.

La poche anévrysmatique communiquait avec la trachée, mais l'orifice de communication était en partie oblitéré par le caillot fibrineux situé dans la poche. C'est au décollement partiel de ce caillot et à la filtration lente du sang entre lui et la paroi anévrysmale, qu'il faut attribuer les hémoptysies auxquelles le malade était sujet.

M. Vaquez. — Les hémoptysies qui accompagnent les anévrysmes de l'aorte ne reconnaissent pas toujours le mécanisme que vient de signaler M. Rouget; il en est qui sont simplement dues à la coexistence de petits foyers d'apoplexie pulmonaire : elles sont habituellement l'indice d'un anévrysme en voie d'évolution.

M. Merklen. — Les hémoptysies actives observées par M. Vaquez dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte me semblent être de même nature que les crises d'œdème pulmonaire aigu qui en sont une complication commune. Il s'agit sans doute, dans l'un et l'autre cas, de poussées fluxionnaires avec transsudation tantôt séreuse, tantôt hématique. J'ai relevé des accès d'œdème pulmonaire aigu chez des malades atteints d'anévrysme aortique avec cornage, dans des moments où le rétrécissement des voies aériennes était aggravé par du spasme laryngo-trachéal. Aussi pourrait-on se demander si les accidents pulmonaires ne résultaient pas d'une sorte d'œdème *ex vacuo* provoqué par des efforts inspiratoires faits à vide. Mais cette interprétation ne cadre pas avec tous les cas, et il est plus vraisemblable qu'il s'agit d'un état angio-neurotique réflexe à point de départ périaortique.

Cytologie d'un cas de pleurésie typhoïdique.

M. Lévi. — Nous avons observé, avec M. Maloizel, une malade de vingt-huit ans, atteinte d'une fièvre typhoïde au cours de laquelle survint une pleurésie séro-fibrineuse assez abondante.

Les cultures du liquide épanché dans la plèvre sont restées stériles. Par contre, l'examen cytologique a montré, à côté de très nombreux polynucléaires, un certain nombre de gros mononucléaires dont plusieurs présentaient toutes les formes de transition entre les cellules endothéliales et les mononucléaires types. Sur aucun point des préparations il n'existait de placards endothéliaux : il s'agissait donc très vraisemblablement d'une pleurésie typhoïdique.

M. Widal. — Ce fait montre l'intérêt de l'étude cytologique de l'épanchement au cours des pleurésies typhoïdiques. Si l'épanchement dure depuis un certain temps déjà, et si l'on constate des cellules endothéliales mêlées à des polynucléaires, on peut en conclure, ainsi que nous l'avons vu avec M. Ravaut, qu'il s'agit bien de pleurésie typhoïdique, alors même que l'épanchement paraît stérile. La persistance de cellules endothéliales dans un épanchement développé au cours d'une dothiénentérie témoigne de l'absence de la néomembrane que l'on retrouve toujours à une période de la pleurotuberculose et aide ainsi au diagnostic de la nature typhoïdique de l'exsudat.

M. Mosny. — J'ai vu plusieurs fois des liquides pleurétiques, qui, à une époque très voisine du début de l'affection, contenaient un grand nombre de polynucléaires, se modifier assez au bout d'un certain temps pour que leur formule cytologique devînt nettement lymphocytaire. D'autre part, l'inoculation, au cobaye, du liquide retiré par ponctions exploratrices successives, montrait qu'il s'agissait de pleurésies tuberculeuses.

L'inoculation est donc, à mon avis, supérieure à la cytologie et même à l'inoscopie, pour déceler la nature des épanchements pleuraux.

Traitement de l'embolie artérielle des membres par le massage.

M. Merklen relate l'observation d'un ancien rhumatisant, en état d'insuffisance cardiaque, chez lequel apparurent brusquement les symptômes d'une embolie de l'artère fémorale droite : douleurs atroces avec algidité du membre inférieur correspondant, abolition de la sensibilité, suppression des battements de la pédieuse, etc. Après avoir combattu les douleurs par des injections de morphine, on pratiqua pendant deux heures consécutives le pétrissage des artères fémorale, poplitée et tibiale postérieure, et on enveloppa ensuite complètement le membre dans de la ouate.

Grâce à ce traitement, destiné à mobiliser le caillot obturateur de la fémorale et à le refouler le plus possible vers la périphérie, là où ses effets nocifs sont, pour ainsi dire, réduits au minimum, la circulation se rétablit au niveau du membre qui, dès le lendemain, avait complètement cessé d'être douloureux. Les jours suivants le malade ne se plaignit plus que de quelques sensations d'engourdissement au niveau de la jambe. Quant aux battements de la pédieuse, ils ne se rétablirent que plusieurs mois après le début des accidents.

M. Florand dit n'avoir eu qu'à se louer de l'emploi du massage dans plusieurs cas de claudication intermittente.

Tatouages saturnins de la muqueuse buccale.

M. Caussade communique, en son nom et au nom de M. Montès, les observations de deux saturnins qui présentent, au niveau des gencives, des lèvres et des joues, de larges plaques gris ardoise, de dimensions variables et disposées en forme d'étoiles ou de tourbillons dont les rayons sont constitués par une série de pointillés; dans l'intervalle de ceux-ci la muqueuse paraît saine. Il semble y avoir une corrélation entre les altérations dentaires et la présence de ces plaques, car elles représentent parfois exactement le décalque des dents. Dans les points où les dents font défaut il n'y a pas de pigmentation anormale.

Il s'agit là, dit l'orateur, d'un véritable autotatouage déjà signalé par Gubler. Ces plaques sont l'indice d'une intoxication prononcée et ancienne, sans qu'on sache encore exactement dans quels éléments de la muqueuse sont localisées les particules de plomb.

M. Aviragnet relate deux cas de maladie de Barlow, dont l'un avec suppuration des hématomes sous-périostés et ostéomyélite du fémur et des côtes. Chez ces deux enfants, la maladie peut être attribuée à l'emploi du lait stérilisé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 31 octobre et 7 novembre 1903.

L'angine de poitrine biliaire.

MM. Gilbert et **P. Lereboullet.** — Parmi les causes toxi-infectieuses de l'angine de poitrine, une place doit être faite aux infections biliaires, au cours desquelles on peut voir survenir un syndrome angineux typique. Les affections des voies biliaires susceptibles de lui donner naissance sont très variables. C'est ainsi que nous l'avons observé dans certains cas d'angiocholite fébrile traduisant une infection biliaire accusée, ainsi que dans des cas où l'infection biliaire reste légère, comme chez bon nombre de malades atteints de cholémie simple familiale et de lithiase biliaire. Nous l'avons enfin vu apparaître chez une femme affectée de cirrhose biliaire.

L'angine de poitrine biliaire peut avoir tous les caractères de l'angine grave et rappeler celle que l'on a si souvent attribuée à la sténose coronarienne, et qui est due en réalité à la névrite du plexus cardiaque. Elle peut au contraire être légère et s'accompagner de symptômes d'ordre névropathique; elle semble alors relever d'un simple trouble fonctionnel du plexus cardiaque, mais, même dans ces cas, les symptômes peuvent être assez intenses pour faire croire à tort à une angine organique.

L'angine de poitrine biliaire est relativement fréquente, et le rôle de la toxi-infection biliaire est à rapprocher de celui de certaines infections générales, telles que la grippe et le paludisme, souvent incriminées dans la production de l'angine de poitrine.

Cytologie et signification des pleurésies typhoïdiques.

M. Vincent. — Dans 2 cas de pleurésie que j'ai eu l'occasion d'étudier chez des dothiénentériques, l'épanchement purulent était très riche en cellules endothéliales desquamées et renfermait des proportions différentes de lymphocytes et de polynucléaires.

Chez le premier malade, en effet, les polynucléaires neutrophiles ou éosinophiles étaient prédominants; dans le second cas, le chiffre des lymphocytes était supérieur à celui des polynucléaires. Or, l'inoculation du premier liquide, stérile, a donné cependant la tuberculose au cobaye; le malade a, du reste, présenté ultérieurement des lésions spécifiques non douteuses de l'un des sommets. Le second liquide renfermait le bacille d'Eberth; son inoculation a été négative.

Sur les deux pleurésies précédentes, l'une, au moins, était par conséquent tuberculeuse. La pleurésie qui survient chez un dothiénentérique doit donc être tenue parfois pour suspecte. Elle peut relever d'une infection éberthienne appelée par une infection tuberculeuse préexistante. Le caractère hybride de ces pleurésies explique les résultats de l'examen cytologique. Mais la lymphocytose se montre alors très élevée, conformément à la loi de Widal.

La motricité du tube digestif étudiée par la radiographie.

MM. Sicard et **Infroit.** — Nous avons cherché à étudier systématiquement la motricité de l'ensemble du tube digestif, au moyen de la radiographie. Dans ce but, nous faisons avaler à un individu sain une gélule collodionnée remplie de bismuth (épreuve de la *traversée digestive*). Ingérée le matin à jeun, cette gélule n'est visible sur la radiographie que durant une demi-heure environ, au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac. On ne constate plus ensuite sa trace sur la plaque sensible que vers la huitième heure, alors qu'elle aborde le cæcum; elle a donc parcouru les 7 à 8 mètres d'intestin grêle en sept à huit heures, c'est-à-dire d'une façon trop rapide pour donner un cliché positif.

La gélule reste longtemps au niveau du cæcum, de quatre à six heures en moyenne, puis elle séjourne deux ou trois heures au niveau du côlon transverse, trois ou quatre heures dans le côlon descendant; enfin, de la vingtième à la vingt-quatrième heure elle va s'immobiliser dans l'S iliaque, prête à être expulsée par les selles.

Sur la lithiase mammaire.

MM. Delamare et **Lecène**. — Nous avons observé, dans certains cas de mammite chronique scléro-kystique, non seulement des précipités de cholestérine, mais encore de véritables formations calculeuses arrondies, grosses comme des grains de millet.

Il résulte, en outre, de nos recherches, qu'en dehors de toute néoplasie épithéliale, une infection atténuée, ancienne, dont les agents microbiens ne sont plus actuellement perceptibles, est capable, par le fait de la stase et de la dégénérescence cellulaire qui suppriment les mutations nutritives, de provoquer, sur un terrain spécial, l'apparition d'une lithiase mammaire indiscutable.

Abcès aseptiques à répétition par injections successives d'essence de térébenthine.

MM. J. Sabrazès et **L. Muratet** (de Bordeaux). — Nous nous sommes demandés si les suppurations dues à l'essence de térébenthine pouvaient être provoquées en série sur un même animal, ou bien si une ou plusieurs atteintes conféraient une sorte d'immunité.

Nous avons pu nous convaincre que l'influence pyogène, bien loin de s'atténuer après l'évacuation ou la résorption des abcès successifs, va plutôt en se renforçant : le pus se forme d'une façon plus précoce, l'abcès devient plus rapidement envahissant et tend à se faire jour à l'extérieur; il peut aussi se résorber spontanément, en une semaine environ, et cela malgré son volume considérable.

Le fait de la non-immunisation, voire même de la prédisposition plus grande à l'action pyogène de l'essence de térébenthine, offre un certain intérêt au point de vue de la thérapeutique humaine, où les abcès dits de fixation sont fréquemment indiqués au cours des septicémies graves. On en peut conclure, en effet, que si le malade n'a réagi que faiblement à une première dose d'essence de térébenthine, et si le danger devient pressant, on peut répéter l'injection.

De la croissance comparative des fœtus mâles et femelles dans l'espèce humaine.

M. Loisel. — Il résulte des recherches que je viens de faire sur un certain nombre d'embryons humains que, jusque vers le quatrième mois, tous les organes sont plus lourds dans le sexe féminin. La prépondérance passe ensuite aux mâles, mais seulement pour les poumons et pour les organes de la vie de relation proprement dite; c'est ainsi que le muscle cardiaque reste toujours plus lourd dans les fœtus du sexe féminin.

Les organismes femelles sont donc mieux nourris que les organismes mâles, et c'est probablement à cette particularité qu'est due leur plus grande vitalité, aujourd'hui bien établie.

J'ai constaté, en outre, que chez l'embryon la croissance des organes a lieu par poussées successives qui vont en diminuant d'intensité au fur et à mesure que l'organisme se complique, et que la somme des activités de croissance des organes est plus élevée chez le mâle que chez la femelle.

Sur l'hyperglobulie des altitudes.

MM. P. Armand-Delille et **A. Meyer** déclarent que, chez des lapins ayant fait un séjour de deux à sept semaines à 2,000 mètres d'altitude (col du Lautaret), ils n'ont pu constater, ni par la numération des hématies soit du sang de la circulation périphérique (piqûre d'une veine de l'oreille), soit du sang cardiaque (recueilli par ponction), ni à l'examen des préparations de sang sec, ni à celui des organes hématopoiétiques, de modifications hématologiques, dans un sens ou dans l'autre, plus considérables que celles que l'on peut voir survenir, dans le même laps de temps, chez des animaux vivant en plaine.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 5 novembre 1903.

Varices intralymphatiques et taches érythémateuses diffuses avec œdème pseudo-éléphantiasique des membres supérieurs.

M. Lenglet. — Je vous présente, au nom de M. Brocq et au mien, une jeune femme de vingt-sept ans, qui est atteinte depuis dix-huit mois d'une affection cutanée singulière, ayant débuté, trois semaines après un accouchement, par une tache érythémateuse dans le sillon sous-mammaire gauche; en même temps la sécrétion lactée se tarissait complètement. Depuis lors la lésion s'est étendue et a fait le tour du thorax qu'elle enveloppe complètement. Elle est formée de nappes érythémateuses à bordure déchiquetée, sur lesquelles apparaissent çà et là des saillies blanches vermiformes, sous-épithéliales, faisant songer à des injections lymphatiques irrégulières par une masse de couleur jaunâtre. Les ganglions axillaires sont engorgés, volumineux à gauche; les deux membres supérieurs sont le siège d'une infiltration œdémateuse résistante et tendue comme dans l'éléphantiasis. Les seins sont durs; on y perçoit quelques nodosités et toute l'aréole est comme doublée d'une plaque de carton. L'état général de la malade est bon.

Dans les lésions érythémateuses aussi bien que dans les varices lymphatiques existent des néoformations épithéliales rigoureusement limitées par une bande de tissu conjonctif scléreux qui semble les étouffer. Cette prolifération paraît bien avoir les seins comme point de départ et ces modifications ressemblent histologiquement à des lésions squirrheuses. Mais l'évolution clinique de cette dermopathie demeure tout à fait extraordinaire et inexplicable.

M. Brocq. — J'ajouterai seulement que chez cette malade les lésions ont déjà sensiblement rétrocédé. Nous l'avons soumise à la radiothérapie; toutefois l'amélioration n'est certainement pas due à ce mode de traitement, car certaines zones érythémateuses, qui constituent le stade initial de l'affection, continuent à s'étendre malgré les applications de rayons X.

M. J. Darier. — Les modifications cutanées qui constituent chez cette femme la première étape des lésions (rougeur, tension et œdème de la peau) rappellent bien la lymphangite chronique avec éléphantiasis, ce qu'on appelait autrefois l'érysipèle perstans. Mais les saillies qui représentent la deuxième étape ont un aspect tout différent et nouveau.

Je ferai des réserves au sujet de l'interprétation de la nature de la prolifération épithéliale qui constitue ces saillies. S'il s'agit réellement d'un processus squirrheux, l'évolution a été bien rapide et bien envahissante. Peut-être y a-t-il là plutôt une déviation des éléments sudoripares et pileux.

Inoculation humaine du favus de la souris.

M. E. Bodin (de Rennes). — Il est exceptionnel d'observer la propagation à l'homme du favus de la souris : sur plus de 250 cas de favus humain dont j'ai isolé les parasites, je n'ai trouvé que 2 fois l'*Achorion quinckeannus*. Ma première observation est celle d'une fillette chez laquelle ce parasite avait déterminé quatre godets typiques de favus à la joue. Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune femme, portant au front des lésions qui formaient un placard arrondi, exclusivement érythémato-squameux, sans trace de godet et d'aspect absolument trichophytoïde. Il est remarquable qu'un même parasite ait ainsi pu produire sur la peau humaine tantôt des godets faviques classiques, tantôt des lésions érythémato-squameuses, circinées, semblables à celles de la trichophytie.

M. Sabouraud. — A l'appui de ce que vient de dire M. Bodin, je rappelle que cette année même M. Mewborn (de New-York) a isolé un *trichophyton* qui avait produit chez le même sujet une lésion circinée sur les bourses et un godet sur la poitrine.

Parasite isolé dans un cas de langue noire.

M. P.-E. Weil dit avoir pratiqué avec M. H. Roger l'étude bactériologique d'un cas de langue noire. Dans les frottis obtenus avec les papillomes on a retrouvé les grosses cellules, considérées comme des spores par M. Ruynaud et bien décrites par M. Lucet; mais, pas plus que ce dernier auteur, MM. Roger et Weil n'ont pu reproduire expérimentalement les lésions de la langue noire à l'aide du champignon en cultures.

M. Brocq présente 3 malades atteints d'épithélioma de la face qu'il a soumis à la radiothérapie : un épithélioma ulcéré, occupant la lèvre supérieure et l'aile du nez du côté droit, a cicatrisé après onze séances; deux épithéliomas du nez sont en voie de rétrocession complète, l'un après cinq séances, l'autre après onze.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 21 et 28 octobre 1903.

Position élevée acquise de l'omoplate.

M. P. Manasse. — J'ai observé une jeune fille de vingt ans, de famille névropathique et ayant eu elle-même la scarlatine et un rhumatisme articulaire aigu, chez laquelle s'était développée depuis une année environ une position élevée de l'omoplate droite; cette difformité n'avait fait que s'accentuer depuis lors, si bien que l'omoplate avait fini par arriver en contact avec la nuque.

Divers moyens, tels que massage, électricité, gymnastique, etc., étant demeurés sans effet, je me décidai à intervenir; je désinsérai le trapèze, l'angulaire de l'omoplate et le rhomboïde et les fixai plus haut. Cette opération eut un bon résultat, mais une récidive ne tarda pas à se produire. J'intervins à nouveau et constatai que le rhomboïde et l'angulaire s'étaient réunis l'un à l'autre; j'en réséquai donc une partie. J'obtins de nouveau une amélioration, qui malheureusement ne fut pas non plus durable. Je réséquai alors l'angulaire, la portion claviculaire du grand pectoral et détachai le petit pectoral de l'apophyse coracoïde. Cette fois le succès fut définitif.

Je tiens à signaler que, au cours de cette dernière intervention, pendant que la patiente était sous narcose, se produisirent des secousses convulsives portant l'omoplate en avant. Ces mouvements ont persisté jusqu'à aujourd'hui, un an environ après l'opération, mais leur fréquence et leur intensité ont beaucoup diminué. Il est remarquable que le spasme tonique se soit ainsi transformé en mouvements cloniques.

M. Bernhardt. — J'ai observé 2 faits de position élevée de l'omoplate, concernant des enfants issus de souche névropathique et ayant subi des infections. J'ai fini par obtenir la guérison en employant simplement des moyens internes. Aussi, en dépit du succès que vient de signaler M. Manasse, me demandé je si une intervention est bien indiquée en pareil cas.

M. von Bergmann. — Il est bon de se rappeler à cet égard que M. Sick a constaté des lésions vertébrales — notamment du *spina bifida* latent — dans des cas de position élevée de l'omoplate où l'examen radiographique était demeuré complètement négatif.

La radiothérapie du cancroïde.

M. Lassar présente une série de cas de cancer et de cancroïde traités par les rayons de Röntgen; c'est surtout pour les secondes de ces tumeurs que les résultats sont bons, mais M. Lassar reconnaît que d'autres méthodes peuvent aussi produire d'excellents effets : c'est ainsi qu'il montre un malade traité avec succès par l'arsenic et le chlorure d'éthyle. Dans un cas de carcinome inopérable du sein, on a vu plusieurs noyaux diminuer de volume sous l'influence des rayons X, tandis que d'autres ne subissaient aucun changement.

Au total, l'orateur estime que la radiothérapie peut rendre des services contre les cancroïdes et peut-être aussi contre d'autres tumeurs malignes, mais il ne croit pas qu'elle ait une efficacité absolue, sans compter qu'elle peut même parfois entraîner des aggravations.

M. Lesser dit avoir traité 5 cancroïdes par les rayons de Röntgen, avec 4 guérisons et 1 amélioration; il cite notamment un cas d'épithélioma, chez une femme de soixante quinze ans, guéri après trois séances, et cette guérison date actuellement de cinq mois.

M. von Bergmann déclare qu'il n'y a à son avis qu'un traitement réellement efficace des cancroïdes : c'est l'extirpation bien conduite. Pour ce qui est des bons effets de la radiothérapie dans les cancers inopérables, il ne faut

pas oublier que, ainsi que l'a montré Virchow, on peut voir des nodules cancéreux guérir spontanément, mais pendant que l'affection rétrocède d'un côté, elle gagne de l'autre.

Traitement abortif du chancre induré par l'air chaud.

M. Holländer. — Les cautérisations à l'air chaud ayant une action beaucoup plus profonde que le fer rouge ou le cautère actuel, j'ai eu l'idée de les appliquer au traitement abortif de la syphilis. . . . .

Je les ai employées chez 59 malades, qui m'avaient été confiés par M. Max Joseph avec le diagnostic de chancre induré; 15 seulement de ces sujets ont vu l'infection se généraliser; les 44 autres sont demeurés indemnes — pour 22 d'entre eux, l'observation date de plus d'un an, pour 12 de plus de six mois —, voire que 3 ont depuis lors contracté la syphilis.

L'emploi de l'air chaud fournit, en outre, un moyen de diagnostic entre le chancre infectant et la chancrelle; la surface de la première de ces ulcérations, escharifiée sous l'influence de l'air chaud, devient dure et le grattage à la curette n'en détache rien, tandis que, dans la seconde, le curettage met à nu une surface sanguinolente.

La vagino-fixation et les grossesses ultérieures.

M. Dührssen. — On a reproché à la vagino-fixation de déterminer des complications en cas de grossesses ultérieures. Cette opération n'a aucun effet fâcheux à ce point de vue, à condition qu'elle soit correctement exécutée; il importe surtout de rétablir bien exactement la continuité de la séreuse péritonéale, de façon à n'obtenir que des adhérences séro-séreuses, souples et extensibles, et non des adhérences fibreuses. Avec une technique méthodiquement réglée, la vagino-fixation me paraît constituer l'opération de choix non seulement contre la rétroflexion utérine, mais aussi contre le prolapsus de l'utérus et du vagin.

J'ai eu l'occasion d'observer 70 accouchements chez des femmes ayant subi cette intervention; une seule est morte, à la suite d'une hémorrhagie par placenta prævia, complication sans rapport avec la vagino-fixation. Chez aucune je n'ai constaté de présentation transversale, ni de trouble quelconque de l'accouchement. Des enfants, quelques-uns ont succombé, mais sans que leur mort puisse être attribuée aux modifications de la statique utérine résultant de la vagino-fixation.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 19 octobre et 2 novembre 1903.

Sclérose en plaques congénitale.

M. Schiffer présente une jeune fille de treize ans, affectée depuis sa naissance de sclérose en plaques. Elle ne commença à marcher qu'à deux ans et demi, et ne put courir seule qu'à cinq ans; la marche, qui a toujours été défectueuse, devient de plus en plus difficile; actuellement elle a un caractère ataxique. La petite malade n'apprit à parler que très tard, et le langage était encore incomplet à cinq ans; l'intelligence est cependant normalement développée; il existe des accès de rire spasmodique. Enfin les deux papilles optiques sont excavées et les champs visuels rétrécis des deux côtés.

M. Mosse émet l'avis qu'il pourrait s'agir là d'hydrocéphalie interne chronique.

M. Schiffer fait observer que l'état des yeux controuve absolument cette hypothèse.

Carcinome gastrique propagé à la moelle.

M. Westenhöffer montre les pièces relatives à une jeune femme de vingt-neuf ans, qui avait présenté pendant la vie le tableau clinique d'une fièvre typhoïde avec complications cérébrales; la ponction lombaire, pratiquée huit heures avant la mort, avait donné issue à un liquide riche en colibacilles. L'autopsie révéla l'existence d'un cancer de l'estomac provenant d'un ulcère, avec infiltration cancéreuse du pancréas, envahissement du système porte, pachyméningite purulente hémorrhagique, leptoméningite, thrombose des veines de la pie-mère, noyaux secondaires dans le *filum terminale*, etc. Les cultures de la sérosité méningée fournirent du colibacille, mais l'orateur estime qu'il s'agissait là d'une invasion microbienne agonique.

M. Kraus, qui a observé cette malade, insiste sur l'absence de tout symptôme gastrique; contre le diagnostic de fièvre typhoïde plaidait l'absence de bacilles d'Eberth dans les selles. Pour sa part, l'orateur a cru à une tumeur rétropéritonéale en relation avec la cavité rachidienne et compliquée de méningite.

Dr Villaret.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections hypodermiques d'adrénaline comme moyen de traitement des accès d'asthme.

Suivant les deux théories pathogéniques les plus répandues, la dyspnée de l'asthme reconnaît pour cause intime soit une contraction spasmodique des fibres musculaires qui entrent dans la constitution des ramifications bronchiques, soit une tuméfaction de la muqueuse bronchique par hypotonie vasculaire, créant un obstacle à la libre circulation de l'air. Après avoir vu maintes fois les antispasmodiques usuels rester sans effet sur les accès d'asthme, deux médecins de New-York, Mme J. G. M. Bullowa et M. le docteur D. M. Kaplan, se sont demandés s'il ne conviendrait pas, en conformité avec la seconde conception pathogénique, d'essayer de combattre le paroxysme asthmatique par des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'adrénaline, qui exercent, comme on le sait, une action vasoconstrictive très énergique.

A en juger d'après les essais qu'ils ont institués à cet égard sur un grand nombre de malades hospitalisés au Montefiore Home for Chronic Invalids, à New-York, une injection hypodermique de trois à six gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰ suffirait pour faire rapidement disparaître la suffocation et soulager le malade. Il convient de ne pas employer de doses plus élevées, afin d'éviter une contraction trop énergique des capillaires avec vasodilatation réactionnelle consécutive et reproduction de l'accès. D'autre part, en cas d'artériosclérose accentuée, on doit procéder avec beaucoup de circonspection et faire l'injection en plusieurs fois.

Pratiquées comme nous venons de le dire, les injections de chlorhydrate d'adrénaline ne seraient pas douloureuses et ne donneraient pas lieu à des accidents fâcheux. Parfois on constaterait seulement, au niveau de la piqûre, la production d'une zone d'ischémie des téguments, entourée d'une aréole rougeâtre, phénomène qu'il serait, du reste, facile d'éviter en poussant l'injection plus profondément.

L'administration de l'adrénaline par la bouche, ainsi que les pulvérisations de cette substance dans la gorge, n'ont donné à Mme Bullowa et à M. Kaplan que des résultats négatifs. Rappelons, cependant, que M. le docteur E. A. Gray (de Chicago) s'est très bien trouvé de l'usage interne des capsules surrénales dans un cas d'asthme compliqué d'albuminurie (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 144).

L'apomorphine contre l'ivresse alcoolique.

S'il est vrai que, dans la plupart des cas, l'ivresse ne nécessite guère une médication active, il n'en reste pas moins que certains remèdes sont susceptibles de combattre d'une manière plus ou moins efficace les effets de l'alcool, soit qu'ils opposent leur influence excitatrice à l'action stupéfiante du poison, soit qu'ils favorisent l'évacuation de celui-ci, en provoquant des vomissements. Mais comme il est souvent fort difficile d'administrer des médicaments, par la voie buccale, aux personnes ivres, M. le docteur A. Vaccari (médecin de la marine italienne) recommande de recourir, en pareille occurrence, aux injections sous-cutanées d'apomorphine, que l'on utilise assez souvent contre les empoisonnements en général, mais qui ne paraissent pas être d'un emploi courant dans l'intoxication aiguë par l'alcool. D'après l'expérience — déjà longue d'une dizaine d'années — de notre confrère, il suffirait de pratiquer une injection hypodermique de 1 c.c. d'une solution stérilisée de chlorhydrate d'apomorphine à 1 % pour voir se produire, au bout de cinq à dix minutes, des vomissements auxquels succéderait rapidement un sommeil calme et réparateur.

Entre les mains de M. Vaccari, le procédé en question s'est toujours montré efficace et n'a jamais donné lieu à des troubles cardiaques. Aussi notre confrère estime-t-il que les accidents de collapsus signalés par M. Harnack à la suite de l'emploi de l'apomorphine à la dose de 0 gr. 003 ou 0 gr. 005 milligr. doivent être mis sur le compte d'une idiosyncrasie ou d'un état d'infériorité particulière de l'appareil cardio-vasculaire.

Les injections sous-conjonctivales de sublimé dans le traitement de l'ophtalmie blennorrhagique des adultes.

M. le docteur de Siklóssy (de Budapest) a fait connaître, en 1898, les bons résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la conjonctivite gonococcique des adultes, surtout en cas de complications cornéennes, par les injections sous-conjonctivales de sublimé. A son tour, un confrère suisse, M. le docteur Th. de Speyr (de la Chaux-de-Fonds), a eu tout récemment l'occasion d'expérimenter le même moyen dans un cas de conjonctivite dont la nature gonococcique avait été confirmée par l'examen bactériologique. La cornée étant encore indemne, le traitement institué en premier lieu consista en instillations d'atropine, en lavages avec une solution de bichlorure de mercure à 0.2 ‰ et en applications de compresses imbibées du même liquide, alternant avec des compresses glacées. Ces moyens restèrent sans le moindre effet et on ne tarda pas à constater la présence d'un ulcère de la cornée à marche progressive. C'est alors que M. de Speyr se décida à faire une injection sous-conjonctivale de 0 gr. 30 centigr. d'une solution de sublimé à 0.5 ‰. Dès le lendemain, on pouvait noter une diminution de l'étendue de l'ulcère, en même temps que la sécrétion devenait moins abondante. Après une seconde injection de bichlorure de mercure, l'ulcère ne tarda pas à se cicatriser et la pyorrhée fit place à une conjonctivite catarrhale ordinaire, qui guérit rapidement sous l'influence de moyens thérapeutiques usuels.

Ce succès a engagé M. le docteur Marc Dufour, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lausanne, à traiter de la même manière et dès le début un cas d'ophtalmie blennorrhagique de l'adulte, sans ulcération de la cornée; la guérison fut également rapide et complète.

En présence de ces faits, M. de Speyr estime que les injections sous-conjonctivales de sublimé seraient susceptibles de rendre de bons services non seulement dans les cas déclarés d'ophtalmie blennorrhagique des adultes, mais aussi à titre prophylactique en cas d'infection récente, notamment chez les médecins qui ont reçu une goutte de pus blennorrhagique dans l'œil, en examinant un malade.

L'emploi de la théobromine à titre d'hypnotique dans les cardiopathies artérielles.

On sait que chez certains cardiaques l'insomnie se montre souvent rebelle tant à l'emploi des médicaments cardio-vasculaires qu'à l'usage des divers hypnotiques (chloral, bromure de potassium, etc.), qui d'ailleurs ne tardent pas à devenir dangereux ou infidèles. Or, d'après l'expérience de MM. les docteurs L. Gallavardin et M. Péhu (de Lyon), la théobromine, administrée dans l'après-midi ou dans la soirée à la dose de 0 gr. 50 centigr. à 2 grammes (en une à quatre fois), réussirait parfaitement, en pareille occurrence, à amener rapidement et d'une façon persistante un sommeil paisible et réparateur.

Cet effet narcotique de la théobromine ne se manifesterait pas indistinctement dans toutes les affections cardiaques. Assez net dans certaines myocardites scléreuses avec gros cœur, il serait particulièrement accentué au cours des affections aortiques retentissant sur le cœur (aortite syphilitique, athérome aortique, etc.).

L'action hypnotique du médicament en question semble indépendante de ses effets diurétiques et cardio-vasculaires, car chez les cardiaques valvulaires asystoliques et oliguriques l'usage de la théobromine est loin de procurer le même soulagement qu'en cas de cardiopathies artérielles.

COLLÈGE DE FRANCE

M. le professeur CHARRIN.

Multiplicité et complexité des produits solubles développés au cours d'une infection.

Dans le domaine de la bactériologie les progrès ont parfois été si rapides que certaines données fondamentales, qui datent à peine de quelques années, paraissent cependant relativement anciennes : parmi ces données figurent les notions concernant le rôle des produits solubles microbiens dans la genèse des phénomènes morbides infectieux. A cet égard, les travaux confirmatifs se sont tellement multipliés, les preuves ont semblé si claires, si décisives, qu'à l'heure présente, admises par tous sans aucune discussion, ces notions font pour ainsi dire partie de la conscience scientifique de la génération actuelle. Pourtant, il y a environ vingt-cinq ans, en pareille matière on ne connaissait guère que l'expérience de Pasteur obtenant la somnolence des poules tant en leur inoculant l'agent générateur de la septicémie qui, désignée sous le nom de choléra, frappe ces oiseaux, qu'en injectant les cultures stérilisées de ce germe. Encore d'aucuns ont-ils fait remarquer que ce symptôme, la somnolence, est essentiellement banal, qu'introduits dans les tissus divers éléments, et dans ce nombre le bouillon normal nullement ensemencé, le font apparaître.

Quoi qu'il en soit, qu'elle empruntât son autorité à son auteur plus peut-être qu'à elle-même, cette expérience n'en ouvrait pas moins la voie. Aussi, pour ma part, de 1885 à 1889 et au delà, grâce à une série de recherches ininterrompues poursuivies en me servant soit du bacille du pus bleu, soit des liquides de ses cultures filtrées ou chauffées, je me suis appliqué à déterminer l'apparition de tous les accidents, signes ou lésions, de la maladie pyocyanique. A l'aide des inoculations de ce bacille ou des injections de ces liquides de cultures stérilisées, j'ai fait naître la fièvre, l'albuminurie, des modifications dans les fonctions glandulaires ou la pression sanguine, des hémorrhagies, des paralysies, en particulier cette paraplégie spasmodique avec atrophie musculaire et rétention d'urine qui, étudiée dans tous ses détails en collaboration avec M. Babinski, s'est révélée comme étant à elle seule absolument pathognomonique; puis, en dehors de ces accidents, j'ai vu se développer des altérations humorales, hématiques, biliaires ou autres, des tares inflammatoires, des dégénérescences graisseuse, amyloïde, scléreuse, etc., du foie, des reins ou du myocarde, des sortes de gommes de la peau, des ulcérations du tube digestif, de l'entérite, des désordres dans les échanges, etc. : autrement dit, de complète manière j'ai réalisé les tableaux clinique et physiologique, les processus chimiques et anatomopathologiques de cette affection pyocyanique. En faisant varier les doses, la virulence, les voies d'introduction, les prédispositions de l'organisme, j'ai obtenu dans les résultats une grande diversité. Il devenait donc évident que, pour provoquer des troubles morbides, en partie tout au moins les microbes se servent de leurs sécrétions. Du reste, en déterminant la formation d'infarctus comme en mettant en lumière la diminution de l'oxygène du sang, nous avons sauvegardé la part de vérité contenue dans d'autres théories qui, suivant les conditions, veulent que ces infiniment petits interviennent en obstruant les capillaires ou en détruisant des principes nécessaires à l'économie.

Plus tard, avec M. Bouchard, nous nous sommes demandés si les matières solubles engendrées par une bactérie virulente et susceptibles d'agir dans un sens ou dans l'autre sur l'animal ne sont pas multiples, si, par exemple, les produits morbifiques sont ou non distincts des vaccinants. Poussant plus avant cette étude, j'ai cherché à savoir dans quelle mesure, considérés isolément, ces produits morbifiques correspondent à un unique corps ou à des substances disparates; en faisant pénétrer séparément les parties volatiles des cultures pyocyaniques, les composés insolubles, en troisième lieu les matériaux solubles dans l'alcool, j'ai même jadis tenté un essai de démonstration. En dépit de certaines contradictions dans les résultats, je me suis assuré qu'à eux seuls ces composés insolubles ne représentent pas la totalité des éléments toxiques de ces cultures. C'est, il est vrai, dans ce groupe d'éléments qu'ordinairement il convient de rechercher les plus actives des sécrétions exerçant une action pathologique, celles qui confèrent au mal son caractère prédominant, les toxines, par exemple, capables dans le tétanos de déterminer les accès spasmodiques ou dans la dothiénentérie les processus intestinaux. Toutefois, on décèle d'autres matières, à la vérité relativement accessoires, aptes à influencer l'appareil cardiaque ou respiratoire, par suite propres à conférer à une pyrexie, telle que la fièvre typhoïde, un type spécial, type circulatoire, pulmonaire, etc.

Il est clair que de multiples mécanismes président à la genèse de ces types spéciaux. C'est ainsi qu'une ancienne lésion, une cicatrice endocardique, retiendront — dans l'espèce au niveau du cœur — l'agent pathogène. De même, si cet agent a vécu dans un tissu donné, s'il s'est nourri à ses dépens, comme l'aliment fait le ferment, cette bactérie se trouve par éducation accoutumée à produire des diastases susceptibles de métamorphoser ce tissu, de l'adapter à ses exigences nutritives ou fonctionnelles. Dès lors, c'est à ce niveau, dans ce milieu déjà connu, que de préférence et plus vite que dans les autres viscères se poursuivront la pullulation et l'activité du germe; de la prédominance de ces processus dériveront des désordres plus rapides en rapport avec la physiologie de l'organe ainsi frappé, désordres qui, masquant plus ou moins les autres troubles morbides encore à peine ébauchés, donneront au mal sa note caractéristique.

Pour éclairer les complexes genèses de ces sortes de formes pathologiques, il serait facile de faire intervenir d'autres facteurs, tels que la qualité ou la quantité du virus, le choix de la porte d'entrée, la nature du terrain, les variations des conditions ambiantes, etc. Mais, à plus d'un point de vue, les recherches relatives à cette importante question des modalités ou des localisations des agents de maladie ne se rattachent qu'indirectement à l'étude du problème de la multiplicité des produits soit morbifiques soit vaccinants engendrés sous l'influence de l'évolution d'un unique agent pathogène, le bacille pyocyanique.

De nos travaux concernant les sécrétions de ce bacille un résultat se dégage, à savoir — alors que la bilirubine et divers produits animaux analogues sont si actifs — le défaut d'action des *pigments* de ce microbe, spécialement de la pyocyanine. De 300 c.c. d'une culture en bouillon, dont 10 suffisent pour tuer 1,000 grammes de matière vivante, j'ai retiré tout ce que le chloroforme est capable d'entraîner; après passage dans l'eau acidulée, l'ammoniaque, retour à ce chloroforme, évaporation, j'ai injecté à un lapin la totalité de ces éléments pigmentaires cristallisés en solution aqueuse. Or, sauf un léger amaigrissement, cet animal n'a présenté aucun phénomène appréciable.

Plus que différentes tentatives antérieures poursuivies avec des doses peut-être insuffisantes, cette expérience cruciale met relativement hors de cause cette pyocyanine. D'ailleurs, pour donner naissance à ce principe ou à la plupart des matériaux colorés, vert, jaune, etc., etc., qu'il fabrique, ce bacille exige une importante quantité d'oxygène. Aussi, de même que dans les cultures les teintes sont surtout prononcées dans les couches supérieures, en général de telles sécrétions n'apparaissent qu'au niveau des plaies superficielles. Or, habituellement les chirurgiens n'accordent à la suppuration bleue aucune signification défavorable.

La substance noire qu'élabore cet agent pathogène ne semble pas plus nuisible ; elle est, du reste, exceptionnelle. On l'a, pour la première fois, isolée des cultures d'un microbe rencontré chez un jeune sujet qui, indemne de syphilis et de tuberculose, portait néanmoins aux membres inférieurs des ulcérations spéciales, des sortes de gommes analogues à celles dont ce bacille du pus bleu détermine la formation dans l'épaisseur de la peau. L'aspect de ces plaies, les caractères du parasite judicieusement enregistrés par M. Cassin me portèrent à supposer qu'il s'agissait de ce bacille. Je confiai alors à M. Radais une des cultures renfermant cette matière foncée; après quelques essais infructueux, il fournit la preuve décisive en parvenant à faire produire par cette variété mélanogène modifiée la véritable pyocyanine. — Plus récemment, j'ai vu se développer une matière rose, non pas cette substance plus ou moins rougeâtre qui dans des cultures anciennes rappelle certaines teintes de vieux vins fins, mais un produit apparaissant seul dès les tout premiers jours, nettement et d'emblée d'un rose tendre.

Chez l'animal comme dans l'espèce humaine, au cours de la véritable maladie pyocyanique, autrement dit quand le germe fonctionnant dans l'intimité des tissus engendre cette infection générale, cette septicémie qui de préférence atteint les enfants, le plus fréquemment ces divers principes pigmentaires font défaut. En révélant le rôle de l'oxygène aussi bien que la nécessité des processus d'oxydation dans la genèse de la plupart tout au moins de ces principes, les travaux de M. Gessard expliquent en partie pourquoi dans la profondeur des viscères l'évolution des microbes ne s'accompagne pas de la production de ces substances colorées. Or, quoique vis-à-vis de l'organisme de semblables corps ne possèdent pas un pouvoir physiologique marqué, il est intéressant de noter que, dans les plasmas, habituellement une bactérie pathogène ne fabrique pas certaines matières qui, par contre, dans les milieux artificiels sont abondamment produites. De telles constatations sont, en effet, de nature à montrer combien peut être défectueuse la technique consistant à se baser exclusivement sur les éléments qui se trouvent dans un bouillon où a vécu un microbe pour estimer ceux que ce microbe élabore au sein de l'être vivant. — Il convient également d'être prudent quand on veut s'appuyer sur les résultats des injections de ces bouillons, pour apprécier soit les véritables toxines, celles qui agissent chez l'animal, soit les désordres qu'elles sont capables de provoquer. Du reste, l'analyse des faits montre que fréquemment le tableau expérimental ne ressemble que de loin aux phénomènes anatomo-cliniques. Nul n'ignore, par exemple, qu'en dehors de conditions spéciales il est inouï de voir la pénétration des liquides où ont pullulé les bacilles de la diphtérie ou le pneumocoque déterminer l'apparition des fausses membranes pharyngées, plus encore l'évolution de la pneumonie lobaire, aiguë, avec ses phases d'hépatisation, sa crise, son cycle si nettement défini.

Dans bien des circonstances, après avoir isolé un germe, lorsqu'il s'est agi de réaliser la seconde partie de la méthode pastorienne, à savoir de reproduire à l'aide de ce germe la maladie, on s'est montré véritablement peu exigeant. Au début et naguère encore, avant la connaissance de certains processus d'immunisation, avant la mise en évidence de quelques réactions humorales plus ou moins spécifiques, telles que celles qui aboutissent à la genèse des anticorps, des agglutinines, des précipitines, que de fois s'est-on contenté de déterminer la naissance de la fièvre, de l'albuminurie, de quelques symptômes digestifs ou cardio-respiratoires, oubliant qu'un pareil tableau pathologique n'offre rien de caractéristique, qu'une série de bactéries sont aptes à l'engendrer. Avec le bacille pyocyanique on provoque des

lésions des plaques de Peyer, des arthrites, des productions gommeuses, et pourtant ce bacille est distinct des agents de la dothiénentérie, du rhumatisme, de la syphilis!

A la vérité, quand nous faisons allusion aux erreurs qu'on est exposé à commettre lorsqu'on apprécie la nature ou les propriétés des substances microbiennes actives dans les tissus d'après les anomalies qui sont les conséquences de l'introduction des cultures stérilisées, nous ne pouvons trouver des arguments dans les expériences entreprises en utilisant les sécrétions pigmentaires dont il vient d'être question, attendu que ces sécrétions sont relativement privées d'influence sur l'économie. Toutefois, sans qu'il soit besoin de s'adresser à un autre parasite pathogène, nous savons qu'au sein des milieux nutritifs artificiels l'évolution du germe du pus bleu s'accompagne de la formation de *composés ammoniacaux*, en particulier, d'après M. Moureu, de triméthylamine. Or, il est aisé de tuer un animal en injectant dans ses vaisseaux ces composés ammoniacaux, c'est-à-dire des matériaux d'excrétion dérivés des transformations des aliments azotés et faciles à séparer par la distillation à 45°; pourtant, sauf exception, chez les sujets inoculés de semblables éléments n'existent pas en proportions comparables à celles que révèle l'examen des liquides où a vécu ce microbe. De même, ce n'est point surtout à l'aide de cette triméthylamine engendrée en abondance que le *Bacillus prodigiosus* fait apparaître les accidents des septicémies dues à cet agent; ces accidents relèvent de principes adhérents au protoplasma bacillaire.

Naturellement, au lieu d'amener la mort, en abaissant les doses de ces éléments volatils on enregistre des modifications plus ou moins marquées. Mais, d'après des conceptions théoriques, comme celle des pigments cristallisés la composition de ces corps instables à odeur si particulière permet, en dépit de la technique suivie, de prévoir l'échec des tentatives de vaccination. On reconnaît, en effet, que, loin d'être immunisés, les animaux imprégnés de ces substances sont plutôt prédisposés à contracter aisément cette infection pyocyanique. Peut-être faut-il attribuer cette prédisposition au pouvoir hémolytique de ces composés, pouvoir qui vise les hématies plus que les leucocytes et exceptionnellement la coagulation? Quoi qu'il en soit, cet attribut hémolytique, dévolu à ces corps instables et odorants, est plus marqué que celui de la culture globale; dans ce cas la partie est plus active que le tout. Il est même possible d'expliquer ce résultat quelque peu paradoxal; car, pour s'opposer à cette action, il suffit d'ajouter à ces parties volatiles une minime quantité du *mucus* que cet agent pyocyanique, comme je l'ai reconnu avec M. Desgrez, fait apparaître, mucus qui pris isolément se révèle relativement propre à conserver le sang et ses globules.

De pareilles constatations méritent d'être retenues, parce qu'entre les produits microbiens et ceux de nos propres cellules elles établissent d'intéressants rapprochements. Tout d'abord, si des sécrétions bactériennes, telles que celles du bacille du pus bleu, sont aptes à adultérer la crase sanguine et parfois à favoriser la thrombose, des extraits des tissus animaux en font autant; c'est ainsi que le rein de chien livre à l'eau salée des composés thermolabiles qui, introduits dans les veines, entraînent une prompte solidification du contenu vasculaire. — Remarquons incidemment que la mise en évidence de cette propriété, commune à divers organes, est de nature à faire suspecter le mécanisme réputé toxique des désordres mortels qui accompagnent les injections de ces extraits viscéraux. D'autre part, sous l'influence d'une autolyse aseptique, ne voit-on pas, à côté de poisons naissants, cet attribut aussi bien que différents ferments du parenchyme rénal s'atténuer, au besoin disparaître. Or, comme au cours d'une foule de processus, à la longue, chez l'être vivant cette autolyse se réalise, ces résultats expliquent pourquoi, tout en aggravant dans leur ensemble des troubles en évolution, la succession de lésions de plus en plus profondes est susceptible d'amener l'atténuation ou la disparition d'importants accidents.

Quand, en premier lieu, on constate qu'au point de vue hémolytique une partie de la culture pyocyanique est plus nuisible que cette culture entière, quand, en second lieu, on reconnaît que dans ce liquide des matériaux antagonistes restreignent le rôle de ces influences hostiles au sang, ces constatations mettent en lumière, entre les actions de ces produits, les uns bactériens, les autres organiques, de nouvelles analogies. Nul n'ignore, en effet, que l'addition des toxicités séparées des divers poisons urinaires fournit une somme supérieure au chiffre qui représente la valeur de la toxicité de l'urine prise dans sa totalité, avec tous ses composants; de plus, par rapport à d'autres quelques-uns de ces composants se révèlent antagonistes : ainsi une humeur bactérienne constituée par une série d'éléments offre d'étonnantes similitudes avec une humeur également complexe dérivée des cellules de l'économie. — Ajoutons qu'en outre il n'est pas sans intérêt de noter un certain parallélisme entre les dates d'apparition de tels symptômes morbides et celles de telles toxines; par exemple, chez les malades, les thromboses sont habituellement plus tardives que les convulsions; de même, dans les bouillons où vit le germe du pus bleu les matières qui favorisent la coagulation semblent se former longtemps après les principes spasmogènes. Peut être le rapprochement de ces deux horaires est-il susceptible d'éclairer l'ordre de succession de différents phénomènes pathologiques?

L'injection des sécrétions pyocyaniques à la fois stables et solubles dans l'alcool montre qu'en dehors des pigments ce dissolvant entraîne des composés plus ou moins offensifs. On observe, en effet, chez les animaux soumis à ces injections, un amaigrissement assez constant et, de temps à autre, des troubles cardiaques, respiratoires, plus rarement digestifs. L'emploi des réactifs de Mayer, de Bouchardat, des liquides silico ou phospho-tungstiques, etc., permet d'obtenir d'indiscutables troubles ou précipités, révélateurs de la présence de composés *alcaloïdiques*.

Toutefois, conformément à nos propres remarques, les actions morbifiques relèvent avant tout des parties de la culture que cet alcool précipite, parties sensibles à la chaleur, intervenant à des doses infimes, capables de se fixer sur certains éléments, etc.; en d'autres termes et de préférence, l'influence morbifique paraît appartenir aux sécrétions qui se rapprochent des *diastases*. Or, des milieux où fonctionne ce germe du pus bleu, avec M. Antoine, nous avons retiré plusieurs de ces diastases.

L'une d'elles, la *pyocyanase*, détruit une série de microbes, surtout la bactéridie charbonneuse. On sait, d'ailleurs, grâce aux expériences de M. Bouchard, d'une part, de MM. Guignard et Charrin, d'autre part, que, si tout autour de cette bactéridie inoculée sous la peau on dépose quelques gouttes de culture du germe du pus bleu, le charbon ne se développe pas; en outre, dans les bouillons ce germe met obstacle à l'évolution de l'agent du sang de rate, dont les filaments placés dans les produits solubles pyocyaniques deviennent granuleux, dégénèrent et, après s'être réduits en quelques particules sphériques, finissent par disparaître. C'est par-dessus tout l'étude de ces attributs qui a été poursuivie par MM. Emmerich et Löw. Vrais dans leur ensemble, les travaux de ces auteurs n'ont pas été vérifiés dans chacun de leurs détails; or, certains résultats sont réellement quelque peu merveilleux.

A côté de cette pyocyanase existe une sorte de *trypsine* qu'il est aisé de mettre en évidence en cultivant le bacille sur de l'albumine cuite, sur des cubes de blanc d'œuf; ces cubes voient leurs angles s'émousser, leur consistance disparaître, leur liquéfaction s'achever; d'un autre côté, la réaction du biuret permet de déceler la présence des albumoses et des peptones, tandis que la forme des cristaux conduit à affirmer l'existence de la tyrosine. Bien que cette trypsine n'agisse qu'en milieu alcalin et que l'acide chlorhydrique même assez dilué limite ses effets, son importance peut être considérable; chez les sujets contaminés par le germe du pus bleu les dégénérescences des protoplasmas et autres éléments protéiques, leurs transformations tant par voie de digestion que de peptonisation sont, en général, assez communes; au niveau des gommes cutanées ces métamorphoses sont manifestes; on les découvre également dans le rein, le foie, le myocarde, etc.

Faut-il confondre cette diastase avec la *gélatinase*, dont se sert l'agent pyocyanique pour liquéfier la gélatine? Convient-il, au contraire, de l'en distinguer? Il est certain que ces deux principes deviennent inactifs en présence de divers acides; mais à 60° les produits solubles de cet agent pyocyanique cessent d'agir sur la fibrine pendant qu'ils continuent à modifier la gélatine; d'un autre côté, les nouvelles notions relatives à l'individualité des diastases portent à séparer tous ces corps, à admettre leur multiplicité et à penser que ce bacille sécrète plusieurs substances propres à métamorphoser les éléments albuminoïdes.

A la pyocyanase, à la trypsine, à la gélatinase, on est en droit d'ajouter la *présure* et la *caséase*. Cultivé dans du lait, le germe du pus bleu est apte tant à provoquer la coagulation de ce liquide qu'à dissoudre ensuite ce coagulum. Comme l'expérience prouve que ce germe est impuissant à déterminer la fermentation du lactose et par suite à réaliser, grâce à l'acidification humorale qui résulterait de cette fermentation, une pareille solidification, il serait difficile, sans faire intervenir ces principes diastasiques, d'expliquer ces deux phénomènes contraires. Toutefois, en dehors de cas exceptionnels tels que l'infection d'une femelle en lactation ou une inoculation intra-mammaire, au point de vue clinique ces derniers principes sont sensiblement dénués d'importance.

Il est clair que les produits engendrés varient avec les éléments dont dispose l'infiniment petit. C'est ainsi qu'en lui imposant une vie presque exclusivement anaérobie, condition assez facilement réalisable dans la profondeur des tissus, on parvient, en présence du glucose, à obtenir une minime quantité d'*alcool éthylique*; sa réaction à l'iodoforme et sa transformation, à la suite du chauffage en tube scellé au contact de l'acide iodhydrique, en éther correspondant à cet acide, nous ont permis de caractériser cet alcool. Peut-être même est-il possible, dans le cas d'aérobiose, de voir le germe du pus bleu, en attaquant le sucre de raisin, engendrer aussi des éléments éthyliques? Malheureusement, il n'est pas toujours aisé de les mettre en évidence, car, si on s'en rapporte aux résultats de la culture de ce germe sur des milieux alcoolisés à 2 %, au fur et à mesure de leur production ces éléments sont brûlés en livrant de l'anhydride carbonique et de l'eau.

Au premier abord une telle formation semble indiquer l'intervention d'une zymase analogue à celle de Buchner. Mais, en pareille occurrence les nouvelles conceptions n'obligent pas à admettre la réalité de cette zymase; d'autre part, si dans les conditions indiquées une diastase de cet ordre se développe, son inertie en face du lévulose la distingue du fameux principe naguère isolé à Munich.

D'après des recherches entreprises avec M. Antoine, comme beaucoup d'autres sucres en C^{12} ou C^{18}, ce lévulose échappe, en effet, à l'action du bacille pyocyanique; ce bacille est, du reste, incapable de faire naître des proportions appréciables d'invertine, de maltase, de lactase, de tréhalase, de raffinase, voire d'amy-

lase, de dextrinase, d'inulase, c'est-à-dire même des principes qui métamorphosent les véritables hydrates de carbone. Par contre, le glycose et le galactose subissent cette action bacillaire; mais le physiologiste attache plus d'intérêt aux changements portant sur le premier de ces corps, attendu que pendant l'infection déterminée par le microbe pyocyanique, si on consulte des expériences que j'ai poursuivies avec M. Kaufman, le sucre du sang, qui avant tout n'est autre que ce glucose, diminue plus ou moins. Par la suite, on a, d'ailleurs, mis en lumière cette hypoglycémie dans une série de processus bactériens. Dès lors, cette constatation doit être rapprochée des recherches qui m'ont amené à prouver que, chez les sujets contaminés aussi bien que dans les cultures, l'oxygène, l'azote, etc., sont consommés. En se basant sur ces données, on dégage de nouveau la fraction de vérité renfermée dans la conception qui prétend que, pour une part, les microbes provoquent des désordres pathologiques en altérant, en détruisant des composés que normalement l'économie utilise tant à titre nutritif que fonctionnel.

Il y a plus. — Quand on poursuit l'analyse des substances élaborées par le bacille du pus bleu, lorsque plus spécialement on établit le bilan de la fermentation qu'il imprime au glucose, on met en évidence des productions toxiques se rattachant à ces modifications des humeurs ou des tissus; après cette fermentation, on décèle des *acides*, les uns volatils, les autres stables. Grâce à une odeur typique dégagée par des gouttelettes huileuses, grâce à la réduction à chaud du nitrate d'argent ou à une coloration rouge obtenue avec le perchlorure de fer, on réussit, en effet, à la suite d'une série d'opérations, à dépister la présence des acides butyrique, formique, acétique. A côté d'eux, en s'appuyant sur le point de fusion, sur la capacité de saturation et sur la déviation polarimétrique, on découvre les acides succinique et lactique.

Ainsi, non seulement le sucre est disloqué, mais de cette dislocation dérivent des corps dont quelques-uns, par exemple ces acides, à plusieurs points de vue offrent un réel intérêt. Tout d'abord, au cours d'une foule d'infections telles que la tuberculose, dans l'intimité des viscères comme *in vitro*, fréquemment ces acides augmentent; en second lieu, leur mise en lumière et dans les milieux de culture et chez des sujets porteurs de processus nullement infectieux, chez des oxaluriques, des uricémiques, des goutteux, des diabétiques, des arthritiques, des ostéomalaciques, etc., prouve que ces principes sont susceptibles de dériver de l'activité des cellules bactériennes ou organiques, notion qui entre ces cellules établit un nouveau rapprochement; en troisième lieu, ces produits sont nuisibles. Sans doute cette nocuité est plus accentuée quand on les injecte isolément, en dehors de toute combinaison, condition plutôt théorique, attendu que dans les plasmas ils sont saturés par des bases; néanmoins, introduits dans les vaisseaux ou sous la peau, même à l'état de sels de soude et dans des proportions analogues à celles que renferme le volume de culture globale capable d'amener la mort, ces composés déterminent des troubles souvent appréciables.

Du reste, est-ce à l'époque où le rôle des bases ne cesse de grandir, est-ce à l'heure où ces bases paraissent influencer les fermentations, le pouvoir bactéricide, l'agglutination, la résistance organique, l'énergie vitale des tissus, la conductibilité électrique, les pressions osmotiques ou les tensions capillaires, les différents facteurs qui président aux fluctuations des conditions physico-chimiques du métabolisme — conditions dans l'étude desquelles, apercevant enfin leur importance, s'engage la médecine expérimentale —, est-ce au moment où tous ces phénomènes de plus en plus semblent partiellement dépendre des matières minérales, qu'il convient de tenir pour négligeables des substances capables d'immobiliser quelques-unes de ces matières ou d'en priver l'économie? Qui ne sait les inconvénients de l'abondance des acides ou de la rareté de ces éléments minéraux pour le squelette, le sang, une foule de tissus! Relativement dépourvu de chaux, le système nerveux est plus sensible à l'action de divers alcaloïdes, excès de sensibilité qui peut être expliqué pourquoi, comme je l'ai vu, telle femelle en fin de gestation est plus aisément intoxiquée par la strychnine; de même, quand le calcium est en déficit, le muscle subit plus manifestement l'influence de la potasse, le myocarde est moins résistant; d'autre part, que de déformations osseuses, spécialement au niveau des doigts, relèvent de la précipitation des phosphates tout d'abord solubilisés en milieu trop acide!

Ces constatations par surcroît font comprendre comment la toxicité des sérums ou des extraits empruntés à des animaux contaminés par un microbe diffère de celle des cultures stérilisées de ce microbe. Désormais, ce résultat ne saurait surprendre, puisqu'à côté des sécrétions bacillaires interviennent des poisons cellulaires issus des métamorphoses imprimées aux tissus par l'agent pathogène ou des changements causés par la fièvre, les putréfactions digestives, la diminution de certains ferments, des troubles nerveux, hépatiques, rénaux ou des désordres métaboliques, anomalies que traduisent partiellement les modifications de l'urine.

Ainsi, au cours d'une infection déterminée, les matériaux toxiques qui s'accumulent dans les plasmas reconnaissent de multiples origines; parfois leur formation comporte une genèse singulièrement variée. Dans certains cas, le névraxe est impuissant à régler les mutations nutritives; le foie, le rein, etc., se détériorent et de nouveaux produits nocifs, conséquences de l'insuffisance de ces organes, entrent en scène. En dehors des sécrétions microbiennes directes que des associations bactériennes au cours de l'infection peuvent rendre infiniment complexes, il est, en outre, possible, conformément à nos recherches, de voir intervenir des substances morbifiques procédant des humeurs ou des viscères altérés par les germes; partant, ces substances réclament une incubation proportionnelle au temps exigé par la réalisation de ces altérations. Il existe, enfin, d'autres éléments qui dérivent encore plus indirectement des parasites; ils proviennent uniquement de réactions spéciales de l'organisme aux prises avec ces parasites. A dire vrai, si quelques-uns de ces éléments se révèlent défavorables à un bon fonctionnement, plusieurs sont destinés à protéger l'individu.

Dans cette catégorie, prennent place les *agglutinines*. Précisément découvertes par MM. Charrin et Roger dans le sérum sanguin d'animaux rendus réfractaires au bacille du pus bleu, ces agglutinines ne se rencontrent à aucun degré dans les cultures. Assurément, comme l'a indiqué M. Widal, elles sont susceptibles d'apparaître rapidement, dès les premiers jours d'une pyrexie aiguë. Mais, en particulier quand on vaccine, leur genèse est relativement lente; ce fait suffit à établir clairement que ces matières proviennent de l'animal influencé par les toxines qu'il a reçues. Si, en effet, elles naissaient dans les cultures utilisées à titre de principes vaccinants, à peine aurait-on terminé ces injections destinées à provoquer l'état réfractaire, qu'on décèlerait leur présence.

Le rôle physiologique de ces agglutinines est encore assez obscur. Qu'elles soient distinctes des anticorps, la chose est certaine; toutefois, en réunissant les bactéries en bataillons serrés, en s'opposant à leur dispersion en tirailleurs isolés, elles ne semblent pas, au point de vue des oscillations de la résistance, agir sans à-propos; ainsi groupés les germes sont mieux disposés pour être atteints par les éléments bactéricides ou autres; éloignés les uns des autres, ils échapperaient plus aisément aux influences de ces éléments.

Si cette signification des agglutinines est soumise à discussion, il n'en est pas de même des fonctions de différents corps appartenant également à ce groupe de substances qui, à la suite de l'évolution des parasites, spécialement du microbe pyocyanique, et grâce aux efforts réactionnels de l'économie, apparaissent dans les plasmas : plusieurs prennent à la protection de cette économie une indiscutable part.

Pour la première fois, en France, après les expériences de Salmon et Smith critiquées par M. Duclaux, je suis parvenu, en usant des toxines, à accroître à un tel degré la résistance des animaux à l'égard d'un bacille virulent, que les témoins, les viscères remplis de ce bacille, succombaient deux ou quatre jours à la suite de l'inoculation d'épreuve, tandis que les sujets préparés survivaient durant des semaines, des mois et, donnée capitale, mouraient en présentant des organes absolument stériles. Or — la phagocytose, si manifeste au cours de la maladie pyocyanique, mise à part — cet accroissement de résistance dépend de composés *microbicides* qui pas plus que les agglutinines ne naissent dans les bouillons, mais au contraire s'élaborent chez les êtres immunisés et au moment voulu s'extériorisent aux cellules.

A ces produits utiles ou nuisibles à l'économie, produits dont la genèse et la signification au cours de l'infection pyocyanique ne prêtent pas au doute, s'ajoutent encore quelques principes qui pour être nettement définis réclament des suppléments de preuves; de préférence, ces principes participent aussi à la défense de l'organisme. Chacun sait, par exemple, que, placé au préalable dans un premier sérum sanguin emprunté à un animal immunisé et chauffé à 55°, le bacille du pus bleu, dès qu'on le transporte dans un second sérum d'ailleurs normal, se résout en fines granulations, dissolution lente, à peine marquée, quand l'humeur soumise à cette température de 55° provient d'un être non réfractaire. Dans ce premier liquide la chaleur a détruit l'alexine, tout naturellement persistante dans le deuxième. En revanche, en vertu de la vaccination, ce premier liquide renferme des proportions variables de sensibilisatrice, substance thermostabile dont l'intervention prédispose ce bacille à subir aisément l'influence désorganisatrice de cette alexine. Or, on estime que cette sensibilisatrice réalise cette prédisposition en quelque sorte par action de présence, peut-être à la façon d'un mordant, en tout cas sans modifier l'aspect, les qualités apparentes du microbe. Pourtant, en dépit de cette opinion, l'observation nous autorise à affirmer que si ce passage dans ce sérum d'immunisé traité par la chaleur ne paraît pas imprimer de changement, c'est que nos méthodes d'investigation sont insuffisantes; en réalité, pour minime qu'il soit, du moins dans les conditions où nous avons opéré, ce changement portant souvent sur la fonction chromogène est habituellement saisissable.

Une telle constatation conduit à penser que cette sensibilisation n'est autre chose qu'un début de désagrégation; si, après une pareille intervention, dans le sérum neuf l'alexine agit avec intensité, c'est que déjà par leur séjour dans le sang chauffé les germes ont été affaiblis, partiellement disloqués, partant aptes à subir plus profondément l'action de destruction de matériaux nuisibles pour eux. Dès lors, on est amené soit à conférer de nouveaux attributs à un principe connu, soit à imaginer un corps jusque-là ignoré; autrement dit, comme la température a totalement supprimé le complément, on doit admettre ou bien, contrairement à l'opinion classique, que l'anticorps détermine dans les infiniment petits des altérations appréciables, ou bien qu'un autre composé encore non isolé intervient.

La liste des acquisitions à réaliser au sujet des poisons de l'infection est, du reste, loin d'être

close. Chez l'animal aux prises avec un agent pathogène ou ses produits, l'existence de substances ou de propriétés à peine soupçonnées dérive de plusieurs séries d'expériences que nous avons entreprises relativement à la vaccination. Des résultats déjà assez nombreux nous apprennent que, pour augmenter la résistance de l'économie, on peut faire usage des corps insolubles ou des matières solubles dans l'alcool que contient une unique culture; au sein de cette culture le bacille pyocyanique engendrerait donc différents éléments vaccinants. Néanmoins, tant en raison des phénomènes régis par les lois des coefficients de partage qu'en vertu de l'exiguïté des doses suffisantes à faire naître l'immunisation, pour le moment nous nous abstenons d'une affirmation absolue dans une question qui, en dehors de son importance doctrinale, comporte un réel intérêt pratique. En effet, dans le groupe des composés que l'alcool précipite les principes dont l'introduction s'accompagne d'un indiscutable état réfractaire se trouvent mélangés aux sécrétions les plus toxiques; on est, par suite, exposé, tout en agissant utilement, à occasionner des troubles variés. La chose est si vraie, les produits de tel microbe sont si nuisibles que pour vacciner il ne suffit pas d'abaisser considérablement leurs proportions; on est, de plus, obligé de modifier ces produits, de les atténuer par des corps tels que le trichlorure d'iode. En revanche, la catégorie des composants extraits par l'alcool renferme des éléments moins offensifs; malheureusement, jusqu'à ce jour cette catégorie n'est pas celle qui le plus souvent fournit des matériaux aptes à provoquer un notable accroissement de la résistance : aiguiller dans cette direction de minutieuses recherches n'est peut-être pas inutile.

Ainsi, de jour en jour les substances qui, capables d'agir sur l'organisme, prennent naissance sous l'influence de l'évolution d'un microbe pathogène, apparaissent et plus complexes et plus nombreuses. Au point de vue de la physiologie pathologique et sans quitter l'exemple choisi, parmi ces substances il en est qui se bornent à créer une lésion *locale*, telle que la gomme pyocyanique; d'autres déterminent une infection *générale* ou concentrent leurs efforts sur un appareil *spécial*, dans l'espèce sur le névraxe siège de modifications génératrices de cette paraplégie spasmodique pathognomonique de la mise en jeu du bacille du pus bleu. Toutefois, l'analyse des faits enseigne que cette diversité dans les résultats, dans les localisations, dépend, en partie, du choix de la porte d'entrée, de la qualité ou de la quantité du virus, de l'état du terrain, etc.

Quand, au lieu d'envisager les localisations de ces processus, on porte son attention sur la rapidité d'apparition des accidents, on reconnaît que si tels composés pyocyaniques engendrent des effets *immédiats*, tels autres, à l'exemple des toxines diphtérique, tétanique, etc., avant de déterminer des symptômes exigent une période d'*incubation* de quelques jours ou simplement de quelques heures.

A vrai dire, lorsqu'on tient compte de l'ensemble des phénomènes d'une affection, fréquemment cette période d'incubation, théoriquement du moins, paraît pour ainsi dire nulle. En effet, dès que le microbe générateur du mal pénètre dans les tissus, ces tissus deviennent le siège de différentes transformations; de son côté, ce microbe se multiplie et par voie de peptonisation, d'hydratation, etc., métamorphose ces tissus, les adapte à ses besoins. A la première minute, les réflexes, avec eux la congestion, les troubles vasomoteurs aussi bien que les propriétés humorales normalement préexistantes, entrent en jeu. Voilà pourquoi celui qui non content de se borner à l'observation des sens use du microscope, des cultures, des appareils graphiques, des ressources de la chimie, etc., a chance, avant les moments classiquement fixés, de percevoir quelques-uns des changements en cours. Avec M. d'Arsonval, nous avons montré que sur les courbes thermiques des animaux tétanisés placés dans le calorimètre compensateur on relève de légères mais indéniables élévations; brusques, passagères, ces élévations sont vraisemblablement en rapport avec des processus qui, à une heure où les contractures ne sont pas encore manifestes, déjà sont en voie d'évolution dans les masses musculaires.

A la vérité, une telle manière de voir, cette sorte de négation de l'incubation, cesse d'être exacte, quand on considère soit un symptôme particulier dépendant de l'intervention d'une substance qui n'existe pas dès le début de l'affection, soit une lésion dont la genèse réclame un certain temps. Si, par exemple, les acides fixes ou volatils, qui sous l'influence du bacille du pus bleu dérivent de la dislocation du sucre, provoquent, comme on est en droit de le croire, différents accidents, fatalement une période d'incubation précédera l'apparition de ces accidents; d'un autre côté, l'albuminurie pyocyanique liée à des altérations rénales ne saurait être décelée avant la réalisation de ces altérations.

Dans ce groupe de principes bactériens nuisibles, figurent aussi des matières réputées *prédisposantes*. Or, précisément les composés instables des cultures du germe du pus bleu sont aptes à préparer les tissus au développement d'un virus. Grâce à ce double caractère de volatilité et de pouvoir prédisposant, on comprend comment, sans contact, le simple voisinage d'un malade qui exhale de pareils éléments est capable d'affaiblir l'organisme, de favoriser l'évolution d'un agent pathogène jusque-là latent à la surface d'une muqueuse, digestive ou autre. De tels processus interviennent, d'ailleurs, dans une série de circonstances; les infections soit ictériques soit digestives, etc., secondaires au nettoyage des fosses, des égouts, des canaux, d'où émanent des gaz méphitiques, sont en partie dues à ce que ces gaz altèrent les humeurs, atténuent l'activité des phagocytes, réduisent, en resserrant les capillaires, la sortie du sérum bactéricide ou la diapédèse des leucocytes défenseurs et partant facilitent la multiplication d'un infiniment petit virulent.

Volatiles ou stables, ces substances microbiennes prédisposantes ont une indiscutable importance, dont certains faits établis permettent de préciser les limites. — Chacun sait qu'injectée au moment de l'inoculation d'un germe pathogène ou de suite après, la culture stérilisée de ce germe hâte notablement sa pullulation. Or, c'est précisément en poursuivant des recherches à l'aide du bacille pyocyanique que M. Bouchard a été conduit à réaliser cette découverte, d'ailleurs promptement généralisée: dans ces conditions on ne saurait donc mettre en doute l'effet favorable au mal exercé par ces toxines. Par contre, quand il s'agit d'une influence lointaine, d'une action analogue à celles que M. Courmont a mises en évidence, quand, par exemple, un animal qui a reçu des substances microbiennes se montre, un mois après, spécialement sensible à l'introduction de l'agent générateur de ces substances, tout en tenant les faits pour intangibles on est porté à se demander si cet affaiblissement est réellement le résultat de la présence de ces produits, de leur intervention directe. Les notions acquises enseignent que des principes de cette nature disparaissent de la circulation générale avec une étonnante rapidité: bien vite il est impossible de les déceler. Dès lors, il ne paraît pas improbable que ce manque de résistance soit l'œuvre des détériorations organiques durables occasionnées par de tels composés plutôt que de ces composés eux-mêmes dont cette prédisposition ne dériverait qu'indirectement.

Si l'on se place au point de vue physico-chimique, la multiplicité et la complexité des corps résultant de l'évolution du bacille du pus bleu sont également manifestes. Des liquides où a vécu ce bacille on retire des matériaux qui se différencient entre eux grâce aux modifications d'atténuation ou de rétention causées par la chaleur, la lumière, la dialyse, etc.; les uns sont volatils, les autres fixes; il en est qui se rapprochent des produits ternaires, d'autres des alcaloïdes, plus encore des albumines, des diastases. En outre, cette multiplicité comme cette complexité dépendent des conditions de température, d'âge, de nutrition, etc., conditions qui à un certain degré de fixité lié à la notion d'espèce ajoutent d'assez grandes variétés tenant aux oscillations du milieu environnant. Cette mobilité dans l'élaboration fait que dans les bouillons du germe pyocyanique on découvre des protéines, des nucléines, des toxalbumines, des toxalbumoses, des peptones; les premiers de ces éléments sont plus intimement soudés au protoplasma bacillaire; d'autres sont plus aisément dissous dans le liquide; quelques-uns procèdent de la désintégration des cadavres microbiens. En somme et dans une mesure donnée, ces faciles, ces nombreuses variations impriment aux toxines des modalités qui les assimilent aux êtres biologiques plutôt qu'aux principes chimiques, dont elles ne possèdent pas la constance. Sans doute, une certaine spécificité s'attache à chacune d'elles, à leurs influences; néanmoins, suivant la quantité, la qualité, la porte d'entrée, la durée d'action, l'ambiance, etc., parfois les effets réactionnels, les cellules en prolifération changent quelque peu.

La genèse des substances microbiennes ne procède pas constamment d'un mécanisme de *sécrétion*. L'alimentation de l'agent infectieux, réalisée dans l'économie aux dépens des tissus ou des humeurs, ses processus d'*assimilation* ne sont pas totalement étrangers à la naissance des matières morbifiques; l'*excrétion*, par exemple dans la formation des ammoniaques composées pyocyaniques, joue également un rôle. D'un autre côté, dans plus d'une circonstance le développement des éléments nocifs se rattache indirectement aux infiniment petits; dans l'exemple choisi, tels corps engendrés, les acides, dérivent des métamorphoses imposées par le germe du pus bleu ou par ses produits aux matériaux constitutifs de l'organisme.

A certains égards, cette genèse des principes de l'infection se montre encore plus indirecte; les microbes, parmi eux ce germe du pus bleu, semblent alors agir presque uniquement à titre d'excitants, par action de présence, en déterminant des *réactions*, sources d'éléments nuisibles ou utiles. Ces réactions, ces modifications fonctionnelles des cellules peuvent, en particulier, être provoquées par des oscillations survenues soit dans la circulation, soit dans les tensions osmotiques, etc. Or, d'un côté, des expériences promptement généralisées m'ont amené, avec M. Gley, à prouver que les matières fabriquées par le bacille pyocyanique jouissent de propriétés vasomotrices qui leur permettent de régir les vitesses, les pressions des courants sanguin ou plasmatique; d'un autre côté, nul n'ignore que les échanges, le travail des glandes, les activités épithéliales, la composition de la bile ou de l'urine, etc., sont partiellement soumis à l'action de ces facteurs, à l'influence des fluctuations de l'hydraulique.

Plus tard, à un moment où l'être infecté ne contient plus ni bactéries ni toxines, des troubles souvent de nature autotoxique sont en rapport avec le développement de diverses cytolysines ou d'insuffisances relevant de différents appareils, dans notre cas de l'intestin ou du rein. A ce groupe d'accidents se rattachent les phénomènes pathologiques englobés sous la dénomination de *suites de l'infection*, phénomènes qui par leur fréquence, par l'étendue de leurs manifestations, sont peut-être plus importants que les symptômes ou les lésions des phases aiguës. A cet égard, la pathologie végétale si souvent suggestive est fertile en enseignements. C'est ainsi qu'avec M. Viala j'ai constaté que, durant une année ou deux, certains microbes de la vigne ou leurs produits entrent activement en scène; puis, il devient impossible

de déceler les uns ou les autres. Cependant, au moment où cessent ces interventions, cette vigne ne reprend pas son aspect normal; les sarments se soudent et par ses analogies cette soudure ou fasciation rappelle les scléroses qui chez les animaux évoluent après l'infection.

En définitive, conformément aux données qui dérivent de quelques-unes de mes expériences, tout d'abord le bacille pyocyanique commence l'attaque; ses toxines ne tardent pas à entrer en jeu et bientôt les troubles pathologiques, conséquences des modifications de la nutrition ou des tares imprimées aux éléments anatomiques, complètent le tableau : autrement dit, la période bactérienne, la première en date, est remplacée par la phase chimique ou toxinique, qui elle-même cède la place à la pathologie cellulaire.

Il importe, en effet, de ne pas oublier que la maladie est susceptible de changer plus ou moins profondément le terrain; souvent ni les aptitudes fonctionnelles, ni les modalités assimilatrices ne sont après ce qu'elles étaient avant. Dans plus d'un cas n'a-t-on pas signalé la persistance de la glycosurie, de la phosphaturie, etc., apparues en pleine affection? N'a-t-on pas vu l'individu maigre devenir obèse ou encore les facultés intellectuelles fléchir? Chez des animaux guéris ou immunisés n'avons-nous pas constaté une légère lenteur dans les échanges, une élaboration spéciale de la matière et, du côté des réflexes, tels que celui de Snellen-Schiff, une faible diminution de l'excitabilité? N'a-t-on pas, chez des êtres rendus réfractaires, décelé une série de troubles métaboliques, un amoindrissement de la conductibilité électrique, une élévation de l'indice de réfraction, un excès des matériaux solides du sang, etc.? N'a-t-on pas, en définitive, reconnu, à côté de l'infection, le développement d'un état qui n'est pas sans rappeler les processus diathésiques? Au point de vue de leur genèse ou de leur mode d'action sur les parasites, véritables granulations protéiques, les anticorps eux mêmes offrent avec les mutations nutritives générales nombre d'analogies; pourtant, étant donné leur nature quasi spécifique, ces anticorps devraient, semble-t-il, naître grâce à un mécanisme particulier. Or, en dépit des spéculations théoriques, si l'introduction de bactéries ou de toxines provoque la formation de composés bactéricides ou antitoxiques, de même, quand on injecte des éléments anatomiques viscéraux, un sérum, du lait, etc., à chacun de ces éléments ou de ces matières albuminoïdes correspond bien vite une lysine ou une précipitine en étroit rapport avec ces produits : la cellule distingue les diverses albumines, « elle reconnaît les siens ». D'un autre côté, pour disloquer, pour digérer des molécules protéiques, à l'exemple de l'alexine la trypsine réclame l'intervention préalable d'une sensibilisatrice qui n'est autre que la kinase. En outre, l'état réfractaire marche en grande partie parallèlement à l'alcalinité humorale, à la réaction plasmatique, conséquence directe des échanges, etc., etc. : en somme, une foule d'arguments tendent à faire admettre que *l'immunité n'est qu'un cas spécial de la nutrition.*

Ainsi, plus les travaux se multiplient, plus on aperçoit l'harmonie, les analogies d'ensemble des phénomènes de l'économie, plus les synthèses paraissent possibles. A d'autres points de vue, plus l'analyse se poursuit, plus se révèlent nombreuses, variées, les substances solubles qui sous l'influence d'un agent pathogène interviennent dans la genèse des désordres de l'infection et plus se montrent complexes, à la fois microbiens et organiques, les processus pathologiques.

Deux principaux caractères marquent les progrès accomplis, l'immense chemin parcouru. Tout d'abord, il est manifeste que le développement de la plupart des perturbations repose avant tout sur un *mécanisme toxique* dépendant de la mise en jeu de poisons distincts. Les uns naissent directement de l'activité des bactéries; les autres dérivent aussi, mais par voie indirecte, de cette activité; ils proviennent soit des changements que les germes ou leurs sécrétions impriment aux humeurs ou aux tissus, soit des réactions des organes impressionnés par ces éléments. Il est, d'ailleurs, intéressant de remarquer que ce mécanisme toxique se retrouve dans une foule de maladies. Le poison peut procéder de l'extérieur ou de l'intérieur, être inorganique ou organique, reconnaître une origine bactérienne ou cellulaire : autrement dit, aussi bien que dans les véritables empoisonnements ou les auto-intoxications, issus de la vie des parasites ou des défectuosités de l'élaboration de la matière, les composés toxiques président en grande partie à la genèse des accidents infectieux ou diathésiques. Seules, parmi les principales modalités des processus morbides, d'un côté, les dystrophies élémentaires autonomes, certaines lésions locales telles que les fractures, les entorses, etc., et, de l'autre côté, les réactions nerveuses le plus souvent demeurent étrangères à cette pathogénie. Cependant, en particulier pour ces réactions nerveuses, il n'est pas inouï, au moins secondairement, de noter des modifications métaboliques, soit des arrêts dans la consommation dus à l'inhibition, soit des exagérations dans l'activité des échanges attribuables à la dynamogénie. Du reste, le pouvoir trophique du névraxe, son influence sur les vasomoteurs, sur le travail des glandes, sur les opérations cellulaires intimes, etc., expliquent ces résultats.

Dans leur ensemble les récentes acquisitions se distinguent par un second caractère, à savoir l'importance croissante du *rôle de l'économie* dans la genèse des désordres pathologiques. Déjà, en matière d'étiologie, on a partiellement restitué au terrain la place qui lui appartient; on a, par exemple, reconnu à quel degré le froid, le surmenage, l'inanition, etc., préparent l'éclosion du mal et chaque jour, à ce sujet, l'organisme reprend plus complètement ses droits. C'est ainsi que, chez des nouveau-nés, comme je l'ai constaté avec M. Le Play, des accidents consécutifs à des gastro-entérites chroniques dépendent parfois de l'insuffisance des défenses intestinales; sans doute, principalement dans les formes aiguës on doit compter avec l'abondance ou l'énergie nocive des poisons engendrés dans le tube digestif; néanmoins, dans certains faits on observe que ces poisons ne sont nullement plus actifs que ceux d'un intestin normal; la déchéance tient au manque de protection.

A l'heure présente, l'action directe ou indirecte des tissus, des appareils physiologiques, dans le mécanisme des phénomènes morbides, devient de plus en plus manifeste. Sans même vouloir indiquer les évidentes déductions pratiques, prophylactiques et thérapeutiques, faciles à baser sur cette nouvelle orientation, bornons-nous à constater que rapidement, sous bien des rapports, s'effectue le retour à la pathologie cellulaire, mais à une pathologie cellulaire à divers égards autrement comprise que celle de Virchow et en tout cas singulièrement élargie. D'autre part, reconnaissons que la classique formule « un microbe engendre la maladie à l'aide de sa toxine » paraît de jour en jour plus étroite et trop insuffisante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1903.

Sérum et vaccin antituberculeux.

M. Marmorek. — L'étude des effets de la tuberculine nous a convaincu que cette substance n'est pas la vraie toxine du bacille de Koch; elle n'est qu'une matière préparatoire, un réactif qui, agissant sur les bacilles, les incite à sécréter abondamment une toxine toute différente. La « tuberculine-réaction » est due à la formation de cette dernière, que le bacille sécrète parce que — et après que — la tuberculine l'a touché. La plus latente des agglomérations tuberculeuses est ainsi transformée en un foyer de production intense de toxine.

Cette dernière a échappé jusqu'ici aux investigations parce qu'on ne cultivait pas le bacille dans un milieu se rapprochant suffisamment des conditions naturelles.

Nous sommes parvenu à obtenir *in vitro* la toxine de la façon suivante : on cultive de jeunes bacilles « primitifs » sur un milieu composé de sérum leucotoxique de veau et de bouillon de foie glycériné. Après un certain nombre de passages sur ce nouveau milieu, on est frappé de l'absence de tuberculine, mais par contre on décèle une autre substance toxique qui tue les petits animaux, et à laquelle les animaux tuberculeux ne sont pas plus sensibles que les animaux sains.

On peut immuniser des lapins et des cobayes au moyen de cette seule toxine contre une infection bacillaire ultérieure. On immunise des chevaux avec les cultures filtrées, débarrassées de bacilles et contenant la toxine, et l'on obtient un sérum antitoxique. C'est avec ce dernier que nous avons fait nos tentatives de guérison d'animaux tuberculeux d'abord, et de l'homme ensuite.

En outre, j'ai pu préparer un vaccin antituberculeux : les bacilles traités longtemps par le sérum leucotoxique, chauffés et ajoutés au sérum antituberculeux, deviennent assimilables et sont résorbés sans former les abcès connus, et sans causer une infection générale. Ils constituent un vaccin contre l'infection tuberculeuse ultérieure. Jusqu'ici cet état réfractaire a persisté chez le lapin pendant deux mois.

Voici succinctement les résultats de notre expérimentation sur l'animal. Le sérum exerce une action préventive et curative. Une dose de 15 à 20 c.c., administrée trois jours avant l'injection intraveineuse, préserve définitivement le lapin de l'infection tuberculeuse. Pour le traitement curatif de ces animaux, il faut des doses d'autant plus élevées que l'infection est plus ancienne.

Fort de ces résultats de laboratoire, nous crûmes pouvoir appliquer le nouveau sérum au traitement de la tuberculose humaine. Il y a plus d'un an que nous avons commencé nos essais. Nous nous sommes tout d'abord convaincu de l'innocuité absolue de notre sérum : il ne détermine aucune réaction locale ni générale.

Les malades que nous avons traités peuvent être divisés en deux groupes : les uns avec des lésions telles que l'organisme entier était fortement intoxiqué (sujets à lésions pulmonaires étendues, avec cavernes et fièvre persistante, et sujets méningitiques), les autres atteints de tuberculoses locales assez graves, mais n'influençant pas beaucoup l'état général.

Nous nous sommes d'abord adressé à l'enfant méningitique plongé dans le coma, en nous servant de doses minimes (2 c.c. de sérum). Les résultats furent négatifs, comme aussi dans les méningites que nous avons traitées plus tard avec des doses plus élevées (40 c.c. de sérum par jour). Il est possible que la toxine tuberculeuse, comparable à celle du tétanos, par exemple, soit déjà fixée à la cellule cérébrale au moment de l'éclosion des symptômes nets, et alors on ne pourra agir sur cette affection avec aucun sérum, fût-il plus perfectionné même que celui dont nous disposons actuellement. D'ailleurs, nous pouvons ajouter que dans aucun cas nous ne fûmes appelé à injecter le sérum avant le septième ou le huitième jour, souvent même le dixième ou le douzième, toute la symptomatologie de la méningite étant déjà au grand complet. Il est permis de penser qu'une intervention plus précoce — durant la période d'incubation ou tout au début de la période d'invasion — aurait pu peut-être, dans certains cas, éviter l'issue fatale.

Nous continuâmes nos essais dans des formes très avancées de tuberculose pulmonaire au troisième degré. Et ainsi, procédant des cas les plus graves, compliqués par des infections secondaires, aux cas moins avancés, plus purs, n'ayant pas encore entraîné de destructions irréparables, nous avons passé par toutes les formes de l'infection tuberculeuse. Un fait prit

bientôt pour nous une importance croissante : c'était l'âge de l'affection. A conditions égales, une lésion étendue, mais récente, peut plus vite et plus facilement guérir qu'une autre beaucoup plus petite, mais ancienne.

Presque tous les cas que nous avons traités étaient avancés, avec crachats abondants, bacilles nombreux, très souvent avec fièvre et état général mauvais, et même quelquefois avec cavernes.

Dans plusieurs de ces cas, nous observâmes une influence manifeste et favorable du traitement non seulement sur l'état général, mais aussi sur les lésions mêmes. La quantité des crachats diminuait progressivement, et aussi le nombre des bacilles; la dyspnée disparaissait, et l'auscultation et la percussion permettaient de constater la marche régressive des infiltrations et des ramollissements.

Ces résultats donnent à prévoir que des malades atteints de tuberculose pulmonaire moins avancée, et traités plus longtemps que nous n'avons eu le temps matériel de le faire, pourront bénéficier davantage de la sérothérapie. Quelques guérisons obtenues depuis nos premiers essais en sont la preuve.

Mais la tuberculose qui nous paraît le plus favorable à de tels essais est celle que les chirurgiens ont à soigner. Presque toujours non compliquée au début, elle offre un tel ensemble de faits non controversés, que les résultats ne sont presque pas discutables. Nous considérons que des cas très avancés de tuberculose chirurgicale correspondent à peu près, par l'importance des lésions, aux manifestations du début de la tuberculose pulmonaire et laryngée. C'est pour cette raison que nous attribuons une certaine valeur aux résultats obtenus dans les tuberculoses osseuse, articulaire, ganglionnaire et vésicale. Presque tous nos malades, sauf quelques rares exceptions, étaient atteints de vieille date et avaient déjà pour la plupart subi des interventions multiples. La guérison de tels patients, à la suite des injections de sérum faites à l'exclusion de tout autre traitement, a la valeur d'une démonstration scientifique et d'une vérité expérimentale.

Pour ce qui est des guérisons définitives que nous avons obtenues dans la tuberculose chirurgicale, nous avons pu complètement guérir plusieurs cas de mal de Pott compliqué de fistules et d'abcès par congestion ou de perforation intestinale ou enfin de parésie des membres inférieurs. Nous avons obtenu la diminution progressive de masses ganglionnaires du cou, de l'aine et du petit bassin, et la fermeture de fistules depuis longtemps ouvertes.

Dans plusieurs cas nous avons observé que du pus formé au niveau du foyer de caséification se résorbait sans aucune autre intervention. Des gommes de la peau, multiples, rebelles depuis des années à tout traitement, se desséchaient et se fermaient rapidement. Plusieurs fois nous fûmes à même de diagnostiquer, par la résistance opiniâtre des fistules à se cicatriser, la présence d'un séquestre, seule cause, après la guérison de la lésion tuberculeuse, de la persistance de la suppuration. L'opération confirma toujours ce diagnostic.

Une forme d'infection bacillaire que l'on pourrait considérer comme intermédiaire entre la tuberculose pulmonaire et la tuberculose chirurgicale est l'épanchement pleural. Sur 7 cas de ce genre (dont 2 concernant de petits enfants), 6 fois nous avons pu constater une diminution rapide de la quantité du liquide transsudé, accompagnée d'une crise urinaire des plus marquées. Nous croyons pouvoir dire que le sérum a, chez ces malades, produit une amélioration rapide et manifeste.

Un mot encore sur l'application pratique du nouveau traitement. Étant donné qu'il s'agit d'une maladie chronique, la quantité de sérum injecté doit être assez grande, et répartie en plusieurs doses. Le nombre le plus élevé d'injections a été de 52; les chiffres le plus faibles ont été de 7, dans un cas de tuberculose ganglionnaire du cou, et de 6 dans un cas de fistule sternale.

En ce qui concerne les accidents sériques, ils sont les mêmes, comme nature et comme fréquence, avec notre sérum qu'avec n'importe quel autre sérum : sur environ 2,000 injections, nous n'avons observé que 3 fois un abcès. Ce sérum ne provoque d'habitude ni fièvre, ni aucune réaction locale ou générale. Au contraire, la fièvre hectique, surtout quand elle est due à la résorption de toxine tuberculeuse beaucoup plus qu'à l'infection mixte, diminue à la suite de plusieurs injections. En tout cas, la fièvre n'est pas une contre-indication; nous avons même recherché les cas de ce genre, pour faire la démonstration de l'action antipyrétique du sérum.

Tels sont, en résumé, les résultats de nos recherches. Nous ne nous dissimulons pas toutefois que c'est seulement une expérience beaucoup plus étendue qui permettra de porter un jugement définitif sur la valeur de notre sérum.

Syphilisation d'un singe macaque.

M. Hamonic montre un singe macaque, chez lequel il a pratiqué le 14 octobre dernier, au niveau du gland, l'inoculation de pus provenant de plaques muqueuses.

Vingt-six jours après est apparue une ulcération typique à base indurée, accompagnée d'une adénite polyganglionnaire indolore. L'animal ne présente pas encore d'accidents secondaires, ce qui s'explique par le peu de temps qui s'est écoulé depuis l'inoculation.

L'orateur ajoute que ce fait démontre la transmissibilité de la syphilis à des singes très éloignés des anthropoïdes, et confirme les expériences qu'il a faites autrefois avec Martineau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novembre 1903.

La déchloruration et le régime déchloruré chez les cardiaques.

M. Widal. — J'ai étudié, avec MM. Froin et Digne, les effets de la chloruration alimentaire et ceux du régime déchloruré chez 9 malades atteints d'affections cardiaques avec œdème plus ou moins prononcé des membres.

Un premier point résulte de nos recherches : c'est que tout cardiaque, même sortant d'une crise d'asystolie avec œdèmes, n'est pas sensible à l'ingestion du chlorure de sodium. C'est ainsi que chez 3 de ces patients, nous avons vu, malgré une chloruration alimentaire intensive, les œdèmes et le poids du corps diminuer progressivement; 3 autres ont au contraire augmenté de poids sous l'influence d'une ingestion supplémentaire de 10 grammes de chlorure de sodium par jour.

Par contre, le régime déchloruré, composé de pain, de pommes de terre, de viande, de beurre (tous aliments préparés sans sel), prescrit à 4 de nos cardiaques, a laissé le poids stationnaire ou ne l'a fait diminuer que dans de faibles proportions, lorsqu'ils ont été soumis à un régime isohydrique. La déchloruration a donc arrêté le poids de ces malades dans sa marche ascendante, mais n'a pas été capable de le faire baisser d'une façon sensible. Chez les brightiques, au contraire, on assiste souvent à des effondrements de poids que l'on retrouve rarement chez les cardiaques.

Quoi qu'il en soit, les cardiaques pourront retirer du régime déchloruré un certain avantage, puisque nous avons vu leur poids rester stationnaire ou même diminuer dans une faible proportion quand on remplaçait le lait par un régime composé de viande, de pommes de terre, de beurre et de pain sans sel. Il faudra retenir, en outre, que, chez le cardiaque, l'action du régime déchloruré sur les œdèmes est plutôt suspensive que curative, et que ce régime ne fournit pas la même fonte des infiltrations que chez certains brightiques.

M. Vaquez. — J'ai observé, avec M. Laubry, plusieurs malades atteints d'affections cardiaques, à différentes périodes de leur évolution, qui ont été soumis alternativement à un régime fortement chloruré et à un régime pauvre en sel marin. Nous avons pu constater que le régime fortement chloruré est généralement dangereux pour les cardiaques, qu'il expose à des troubles généraux ou locaux. Tantôt il provoque l'apparition d'œdèmes, ou exagère les œdèmes préexistants, exposant ainsi à des accidents mécaniques; tantôt, sans œdème apparent et avec simple augmentation de poids, il est suivi de troubles fonctionnels variés : dyspnée, insomnie, vomissements; tantôt enfin il détermine de l'albuminurie ou l'exagère si elle existait déjà. Le bouillon est particulièrement nuisible, par suite de sa forte teneur en chlorures.

Quant au régime déchloruré, il nous a paru inutile chez les cardiaques dont la lésion est bien compensée, sauf dans les cas où il existe chez eux une rétention des chlorures. Par contre, ce régime est indiqué dans les asystolies passagères, soit en cours d'évolution, soit surtout lorsque le malade, au moment de sa crise et de la rémission de ses troubles circulatoires, réclame une alimentation plus substantielle. Ce régime est une transition utile entre le régime lacté et l'alimentation normale. Il s'agit donc moins d'une cure de déchloruration que d'une *ration d'entretien*.

Enfin, dans les asystolies chroniques, le régime déchloruré n'a aucune efficacité spéciale. Mais pouvant être substitué au lait sans inconvénient, il permet de varier l'alimentation du malade et de lutter ainsi avec avantage contre les troubles digestifs et contre la dénutrition qui en résulte.

Déchloruration et chloruration dans un cas d'ascite cirrhotique.

M. Chauffard relate l'observation d'un homme de trente huit ans, atteint de cirrhose atrophique du foie avec ascite lactescente et œdème des membres inférieurs, du scrotum et de la région lombaire. Ce malade avait déjà subi huit ponctions abdominales lorsqu'il fut soumis au régime déchloruré (150 grammes de viande, 350 grammes de pommes de terre, 80 grammes de beurre, 50 grammes de biscuits et 1,500 grammes de tisane de fleurs de sureau additionnée de 50 grammes de lactose). Malgré ce traitement, l'ascite ne tarda pas à récidiver, mais l'œdème des membres disparut complètement. L'étude de la courbe des poids, avant et après l'institution du régime déchloruré, permet d'évaluer à 11 kilos la perte de sérosité œdémateuse. Entre temps, on avait fait chez cet homme l'épreuve de la chlorurie alimentaire (10 grammes de chlorure de sodium par jour) et presque aussitôt son poids avait augmenté de 3 kilogr. 500 gr., tandis que son ascite devenait assez considérable pour qu'une neuvième ponction fût jugée nécessaire : elle donna issue à 18 litres de liquide, chiffre qui n'avait jamais été atteint lors des ponctions précédentes.

Il résulte donc de ce fait que si le régime déchloruré agit favorablement sur les œdèmes des membres, ainsi que l'ont montré MM. Widal et Achard, il est inefficace contre les ascites. Il prouve, en outre, que, chez quelques cirrhotiques, tout au moins, la chloruration peut avoir une action nocive.

Pleuro-typhus de rechute.

M. Dopter communique l'observation d'un malade, convalescent de fièvre typhoïde, qui a présenté brusquement tous les signes d'un épanchement pleural du côté droit, bientôt suivi des symptômes de la dothiénentérie : il s'agissait donc d'un cas de pleuro-typhus de rechute.

L'examen cytologique du liquide pleural a dénoté l'existence d'une abondante polynucléose — qui fut ultérieurement remplacée par une lymphocytose presque exclusive — et de cellules endothéliales isolées et en placards.

L'inoculation au cobaye est restée négative. Quant à l'ensemencement du liquide, il a fourni des cultures pures de bacilles d'Eberth.

Pigmentations anormales des tuberculeux et insuffisance surrénale.

M. Laffitte dit que, sur 27 tuberculeux pris au hasard, il en a trouvé 7 qui présentaient des taches pigmentaires de la peau ou des muqueuses; un d'eux se plaignait, en outre, d'asthénie, de douleurs lombo-abdominales, de troubles gastro-intestinaux et de tachycardie. Cet ensemble symptomatique, associé aux taches pigmentaires, serait l'indice, d'après l'orateur, d'une insuffisance des capsules surrénales.

M. Jullith présente, au nom de M. Belin et au sien, un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte, resté latent pendant la vie, qui s'est rompu dans le poumon en donnant lieu à une hémorrhagie à laquelle le malade a succombé.

M. Grenet montre, au nom de M. Brissaud et au sien, un ouvrier travaillant dans la nacre depuis l'âge de onze ans, et dont l'expectoration

contient des particules de cette substance. Ces poussières de nacre ont été retrouvées dans l'expectoration du patient un mois encore après la cessation de tout travail.

LETTRES D'AMÉRIQUE

L'exercice de la médecine aux Etats-Unis.

L'exercice de la médecine a longtemps été libre aux Etats-Unis, et ce n'est guère que depuis une dizaine d'années que l'on commence à apporter certaines entraves à cette liberté d'exercice en exigeant une licence spéciale de celui qui veut s'adonner à l'art de la médecine.

Ces restrictions ne s'appliquent pas d'une manière générale à toute l'étendue du territoire. Comme on le sait, les différents Etats de la Fédération jouissent d'une certaine autonomie législative, autonomie dont ils sont fort jaloux, mais qui, ainsi qu'on va le voir, ne laisse pas de créer quelquefois un état de désordre et de confusion plutôt regrettable.

En vertu de cette autonomie, en effet, chaque Etat a conservé, entre autres, le droit d'édicter des lois particulières sur l'exercice de la médecine. Comme conséquence de cet état de choses, les dispositions réglementant la pratique de notre art varient souvent beaucoup d'un Etat à l'autre. Bien plus, l'équivalence n'étant pas reconnue, la licence accordée dans un Etat ne donne pas le droit d'exercer dans l'Etat voisin. En somme, on se trouve en présence de dispositions qui ne manquent pas d'analogie avec celles qui naguère encore régissaient la situation des officiers de santé en France : on sait qu'avant la promulgation de la loi de 1892, un officier de santé ne pouvait exercer que dans le département pour lequel il avait opté. Il suffit d'établir ce parallèle entre ces deux situations si analogues pour montrer ce qu'il y a à la fois d'arriéré et d'arbitraire dans la condition actuelle des Etats-Unis pour le droit de pratique.

Maintenant encore, l'exercice de la médecine jouit, dans quelques Etats, d'une liberté aussi absolue que celle qui était de règle jadis dans la généralité des Etats. Mais la tendance dominant aujourd'hui est de soumettre l'accès de la carrière médicale au contrôle officiel. Là où existent encore les anciennes franchises, on trouve toujours une raison spéciale. Dans certains cas, elle tient à la difficulté que présente le recrutement du corps médical, la région étant encore mal colonisée. D'autres fois, comme pour le Colorado, par exemple, les meilleurs éléments proviennent des Etats de l'Est, et des raisons de santé ont motivé leur immigration; on conçoit que dans ces conditions le pays ait tout intérêt à laisser la porte largement ouverte à l'importation, et il s'y prête d'autant plus volontiers que, dans le primitif Far-West, les Ecoles de médecine manquent encore des ressources nécessaires pour donner un enseignement satisfaisant et sont, par conséquent, loin de pouvoir se mesurer avec les Universités de l'Est.

La licence d'exercer dans un Etat est accordée à la suite d'examens passés devant des commissions nommées par l'Etat intéressé, d'où leur nom de *State-Board* (1). Ces commissions sont composées de médecins exerçant dans l'Etat en question, et qui doivent ne tenir ni de près ni de loin à une école quelconque. Cette disposition est sage si l'on se rappelle la concurrence implacable que se font entre elles les différentes Ecoles, et ce n'est guère qu'à cette condition qu'il est possible d'empêcher des faits de partialité regrettable de la part des juges. Toutefois, quand on sait combien les Ecoles de médecine sont nombreuses aux Etats-Unis, on ne peut s'empêcher de se demander où l'Etat peut bien trouver des examinateurs compétents, alors que l'on voit presque tout le monde appartenir au corps enseignant de l'une ou l'autre de ces Ecoles. Il faut croire cependant que l'examinateur instruit et intègre existe, puisque chaque année d'assez nombreux candidats sont évincés.

Les examens spéciaux requis pour obtenir la licence sont généralement passés par le candidat, aussitôt qu'il a été reçu docteur par l'Ecole où il a fait ses études. La commission d'Etat, qui, en règle générale, se réunit plusieurs fois par année, tient sa session principale peu de jours après la fin des examens scolaires. Les épreuves à subir consistent essentiellement en un questionnaire auquel il faut répondre par écrit et, après admissibilité, en un examen oral. Le programme comporte les matières suivantes : anatomie, diagnostic, chimie, matière médicale, physiologie, obstétrique, chirurgie, gynécologie, maladies des enfants, médecine et anatomie pathologique.

Un pareil examen, constitué exclusivement de compositions écrites et d'interrogations orales, sans aucune épreuve pratique, est manifestement trop rudimentaire. Son insuffisance frappe plus encore quand on considère que le jury a devant lui des candidats qu'il voit pour la première fois et sur lesquels les renseignements antérieurs lui font entièrement défaut. L'examen que le candidat vient de passer dans son école et qui l'a mené au grade de docteur était assurément insuffisant lui aussi; du moins les examinateurs connaissent-ils généralement fort bien la valeur de leurs élèves, en raison des rapports de l'école; en outre, ils disposent des dossiers scolaires où sont consignées des notes détaillées et quotidiennes sur les travaux accomplis par l'étudiant dans le cours de sa scolarité.

Pour pouvoir se présenter devant un *State-Board* déterminé, il ne suffit pas de posséder un diplôme de docteur, délivré par l'une quelconque des 154 Ecoles de médecine des Etats-Unis. Ainsi que je l'ai montré dans un article précédent, ces Ecoles ne sauraient se comparer entre elles et les parchemins qu'elles délivrent sont d'une valeur bien inégale. Aussi les *State-Boards* n'acceptent-ils comme valables que les diplômes conférés par certaines Ecoles déterminées, suivant un programme d'études minimum. L'Etat d'Illinois, qui fut le premier à instituer des commissions d'examens, rejeta d'emblée un certain nombre d'Ecoles pour l'insuffisance de leur enseignement. Depuis lors, les autres Etats ont suivi cet exemple, et les Ecoles les plus insuffisantes ont peu à peu été éliminées dans toute l'étendue du territoire.

En outre, les *State-Boards*, en imposant aux candidats des conditions de plus en plus sévères, ont donné une impulsion nouvelle à l'enseignement médical et ainsi n'ont pas peu contribué à en relever le niveau. Le diplôme de docteur en lui-même perd, en effet, toute valeur s'il ne confère pas l'admissibilité devant les *State Boards*, puisque seuls ces derniers peuvent donner accès à la carrière médicale. L'institution de ces examens d'Etat a donc eu une action extrêmement bienfaisante sur le développement des études médicales aux Etats-Unis. N'est-il pas intéressant de constater ainsi cette mainmise de l'autorité publique sur l'enseignement médical, dans cette libre Amérique où toute chose est supposée n'émaner que de l'initiative privée?

Dans certains Etats, le titre de docteur n'est pas requis pour l'inscription en vue des examens du *State Board*. Ceci à seule fin de laisser à chacun la liberté d'aller acquérir ses connaissances médicales où bon lui semble. C'est faire intervenir bien mal à propos des questions de liberté individuelle là où elles n'ont rien à voir, car sous couleur de ne pas porter atteinte à cette sacro-sainte liberté, on perd un peu trop de vue ce qui est une simple affaire de bon sens.

La discussion qui a eu lieu à ce sujet à la Nouvelle-Orléans, lors du Congrès des membres des *State-Boards* — ou *National Confederation of State Medical examining and licensing Boards* —, discussion à laquelle j'ai eu l'occasion d'assister, ne laisse aucun doute à cet égard. Voici, en effet, ce qui arrive dans les quelques Etats qui, comme le Missouri, par exemple, admettent les candidats aux examens de licence sans exiger d'eux aucune justification préalable : les connaissances médicales ne pouvant être obtenues que dans une Ecole de médecine, tous les candidats vont effectivement dans ces écoles pour y acquérir leur bagage médical. Mais ceux d'entre eux qui, pour une raison ou pour une autre, sont pressés de s'établir et de gagner leur vie, se présentent dès la fin de la *deuxième* année devant le jury d'Etat. On se doute de ce que doit être l'examen de pareils candidats, et on peut présumer la proportion d'échecs qu'ils fournissent. On comprend moins bien les services que peuvent rendre ceux à qui la chance ou le hasard a permis de subir avec succès les épreuves des examens.

On voit donc que, sous prétexte de respecter la liberté, on a tout simplement abouti à favoriser des abus que l'institution des *State-Boards* est précisément destinée à prévenir. Tôt ou tard on en arrivera dans la totalité des Etats à limiter strictement l'admissibilité aux candidats déjà pourvus du titre de docteur, comme cela se pratique actuellement dans la plupart des Etats. Il est d'ailleurs intéressant de constater que dès maintenant la majorité des *State-Boards* ne se contente plus du diplôme de docteur. Elle impose au candidat une série de conditions supplémentaires et d'année en année plus rigoureuses. Les dernières dispositions prises à cet égard ont été édictées à la Nouvelle-Orléans par le Congrès des *State-Boards*.

Elles prescrivent quatre années de scolarité, dont chacune doit représenter au moins 30 semaines de 30 heures ou 900 heures de travail effectif (1). En tout, le minimum imposé est donc de 3,600 heures — à savoir, par ordre d'importance des matières enseignées, 560 de médecine, 540 de chirurgie, 500 d'anatomie, 340 de chimie, 260 d'anatomie pathologique, 250 de physiologie, 200 d'histologie et embryologie, 150 d'obstétrique, 130 de gynécologie, 115 de bactériologie, 110 de pharmacologie, 95 d'ophtalmologie, 75 de neurologie, 60 de maladies des enfants, 55 de diagnostic médical, 55 d'oto-rhino-laryngologie, 50 de dermatologie, 30 d'hygiène et 25 de maladies mentales et de médecine légale —, un quart de ce temps devant être consacré à des études cliniques.

On voit que dans cette énumération toutes les spécialités sont comprises; elles sont en effet toutes obligatoires. Les chiffres que nous venons de citer expriment, en outre, la valeur relative attribuée aux Etats-Unis aux différentes branches de la science médicale.

L'établissement des *State-Boards* constitue, certainement, un grand progrès dans la réglementation de l'exercice médical. Cette institution n'a d'ailleurs pas encore porté tous les fruits qu'on est en droit d'en attendre. A certains points de vue, elle appelle même des améliorations urgentes. En voici un exemple : de crainte de se voir envahis par les praticiens venus de l'Ouest, les Etats de l'Est ont obtenu que la licence délivrée dans un Etat déterminé ne fût valable que dans cet Etat même. Il en résulte qu'un médecin de Boston ne peut aller s'établir à New-York — ou *vice versa* — sans avoir à passer de nouveau les examens qu'il a déjà subis dans le Massachusetts. C'est pourquoi il est question d'établir entre certains Etats une sorte de réciprocité en vertu de laquelle la valeur des diplômes délivrés par les uns serait reconnue par les autres.

On parle également d'établir une commission *nationale* ayant son siège central à Washington, se transportant successivement d'un Etat à l'autre pour y faire passer les examens, et délivrant à la suite de ces épreuves un diplôme valable sur toute l'étendue du territoire des Etats-Unis. Cette solution, qui présenterait bien des avantages, a contre elle les tendances particularistes très prononcées des différents Etats. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, la question n'est encore qu'à l'étude, et, malgré ses inconvénients multiples, il est vraisemblable que la situation actuelle est destinée à se prolonger pendant un certain temps.

Dr Francis Munch (de Paris).

(1) Il importe d'ajouter que chaque Etat possède plusieurs commissions d'examens. C'est qu'en effet à côté des médecins dits *réguliers*, on a reconnu officiellement une série de sectes dissidentes, dont chacune possède ses Ecoles spéciales et aussi un *State-Board* particulier, exclusivement composé d'adeptes de la bonne doctrine.

(1) Cette clause n'est pas inutile à spécifier, puisque dans certaines Ecoles la durée de l'année scolaire peut ou a pu tomber à quatre et cinq mois d'études!

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à l'étude des effets pathogènes du Balantidium coli, par M. E. Ehrnrooth.

M. Ehrnrooth relate une observation concernant une femme de cinquante-deux ans, chez laquelle on avait posé, pendant la vie, le diagnostic d'entérite chronique causée par le *Balantidium coli*. La malade était dans un état de cachexie tellement accentué qu'on avait

même soupçonné l'existence d'un cancer de l'estomac, hypothèse que l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique rendait encore plus plausible. Toutefois, à l'autopsie de la patiente, on ne trouva pas trace de lésion cancéreuse, mais, comme chez d'autres sujets porteurs de *Balantidium coli*, il existait des ulcérations étendues de l'intestin.

En se basant sur son observation personnelle, ainsi que sur les faits analogues consignés dans la littérature médicale, l'auteur estime que le protozoaire en question est pathogène pour l'homme. Ce parasite agirait surtout en exerçant sur les parois intestinales une sorte d'irritation mécanique, qui pourrait se traduire cliniquement par un ensemble de symptômes rappelant une affection d'origine toxique, comme ce fut le cas pour la malade de M. Ehrnrooth. Mais dans les constatations anatomo-pathologiques, pas plus que dans l'examen du sang, on ne trouve rien qui indique l'existence d'une intoxication générale de l'organisme, analogue à celle que détermine, par exemple, le *Botriocephalus latus* : en dehors du tube digestif, on ne constate nulle part de lésions dégénératives ou inflammatoires.

Quant à la pénétration du *Balantidium coli* dans l'intestin, il paraît probable qu'elle se fait à la faveur d'un état catarrhal préexistant de la muqueuse intestinale ou de toute autre cause susceptible de diminuer la résistance de cette muqueuse. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — L. CH.

Fièvre typhoïde helminthiasique, par M. D. Barsi.

Chez plusieurs enfants, l'auteur a eu l'occasion d'observer un état fébrile, accompagné d'une sensibilité très accentuée de l'abdomen, notamment au niveau de l'hypogastre gauche et de la région splénique. Les petits patients ayant en même temps des selles diarrhéiques, on pouvait facilement songer à l'existence d'une fièvre typhoïde; toutefois, l'absence de taches rosées et d'hypertrophie de la rate, ainsi que l'aspect de la langue, uniformément saburrale, ne cadraient guère avec ce diagnostic. De plus, la maladie en question débutait par un frisson, ce qui est très rare dans la dothiénentérie; enfin, l'hyperthermie, au lieu d'être continue, présentait le type intermittent. Et de fait, il ne s'agissait, dans ces cas, nullement de fièvre typhoïde, mais d'une affection vermineuse que M. Barsi désigne sous le nom, assez impropre d'ailleurs, de *febris typhoides helminthiatica*. Sous l'influence de l'administration répétée de santonine et de calomel, qui amenait l'expulsion des lombrics, tous les troubles ne tardaient pas en effet à disparaître.

L'auteur pense que le tableau clinique dont il s'agit n'a pas encore été décrit, mais nos lecteurs se rappellent certainement qu'il a été signalé par M. Chauffard sous le nom de *lombricose à forme typhoïde* (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 505 506) et que, depuis lors, M. Schupfer en a également publié un cas (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 343). (*Wien. med. Wochensch.*, 1er août 1903.) — L. CH.

Transmission de la scarlatine par le lait, par M. K. Ekholm.

On sait que le lait de vache a été incriminé par plusieurs praticiens anglais comme agent de transmission de la scarlatine; d'après M. Hall, cette affection serait presque complètement inconnue en Chine et au Japon, où l'on ne fait pas usage du lait de vache pour l'alimentation des enfants.

L'auteur du présent mémoire a eu l'occasion d'observer à Wasa une petite épidémie qui semble confirmer le rôle du lait dans la propagation de la scarlatine. Cette épidémie porta sur six familles, qui habitaient différents quartiers de la ville et qui n'avaient eu aucun contact avec des sujets atteints de scarlatine. Or, les cas de scarlatine s'étant simultanément déclarés dans ces diverses familles, M. Ekholm croit avoir trouvé la source commune de l'infection dans ce fait que tous les malades appartenaient à la clientèle d'une même ferme laitière. A l'inspection de cette ferme, l'auteur ne découvrit rien d'anormal, mais il apprit que la servante occupée dans la vacherie, jeune fille de seize ans, avait été atteinte, une quinzaine de jours avant l'épidémie en question, d'une angine phlegmoneuse.

La ferme, il est vrai, fournissait journellement du lait à sept autres familles qui restèrent exemptes de toute infection. Mais il convient de tenir compte que, sur ces sept familles indemnes, deux seulement possédaient des enfants.

Quoi qu'il en soit, M. Ekholm serait porté à croire que l'angine phlegmoneuse de la servante de la ferme était de nature scarlatineuse et que le lait a servi de véhicule pour le contage. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — L. CH.

Des causes de l'arrêt de l'ovule fécondé dans la trompe, par M. E. Opitz.

Parmi les diverses causes de la grossesse tubaire, on cite volontiers les salpingites. Mais, d'une part, les patientes n'accusent que rarement un commémoratif de ce genre et, d'autre part, certains histologistes donnent comme une des conditions nécessaires de la grossesse tubaire l'intégrité de la muqueuse de la trompe. Le travail de M. Opitz semble fournir la clef de cette contradiction.

Par l'examen histologique de 23 pièces de grossesse tubaire, il a pu se convaincre que les trompes offraient toutes ou presque toutes des altérations microscopiques de nature inflammatoire. Ces lésions étaient le plus souvent légères, mais reconnaissaient évidemment pour cause une infection antérieure à la conception. Elles consistaient essentiellement en petits infiltrats leucocytaires qui se rencontraient soit dans la musculeuse, soit dans la muqueuse. Au niveau de celle-ci on observait, en outre, la soudure fréquente des villosités les unes avec les autres : il en résultait autant de petits tunnels de longueur et de diamètre variables. Parfois l'épithélium s'invaginait dans le chorion de façon à constituer un petit infundibulum plus ou moins profond. Sur ces trompes existait donc, le long de la paroi, toute une série de petits tunnels ou de culs-de-sac, s'ouvrant à la surface de la muqueuse et devant presque infailliblement retenir l'ovule, si celui-ci pénétrait dans un d'eux.

Une inflammation légère et cliniquement latente suffisant à produire les désordres précités, on comprend que les malades puissent n'accuser aucun commémoratif salpingien. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 1.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les courants de haute fréquence dans le traitement de la méralgie paresthésique.

On sait que le syndrome nerveux particulier qui a été signalé, pour la première fois, par Bernhardt en 1895 et décrit peu après par V. K. Roth sous le nom de *méralgie paresthésique* (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 195) reste en général rebelle aux moyens thérapeutiques usuels, tels que le repos au lit, le massage de la région paresthésiée, les bains sulfureux, l'hydrothérapie, voire même la galvanisation du tronc nerveux malade, qui pourtant rend habituellement de bons services dans le traitement des névralgies. Cela étant, il nous paraît utile de signaler ici les résultats favorables que M. le docteur H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, a obtenus par l'emploi des courants de haute fréquence chez trois patientes dont l'âge variait entre dix-neuf et vingt-neuf ans, et chez lesquelles l'affection remontait respectivement à trois ans, un an et un mois et demi.

Notre confrère a eu recours à des applications monopolaires, en se servant d'un solénoïde de haute tension, dont l'extrémité était mise en communication avec un excitateur métallique terminé par quatre petits balais en lames de clinquant d'où jaillissaient les étincelles que l'on dirigeait sur l'aire paresthésiée. On promenait de la sorte l'excitateur sur la face antéro-externe de la cuisse pendant cinq à six minutes, deux ou trois fois par semaine.

Les 3 malades en question, traitées auparavant sans le moindre succès par les divers moyens habituellement employés en pareille occurrence, guérirent rapidement sous l'influence des étincelles de haute fréquence. Dans le cas où l'affection datait déjà de trois ans, la guérison a nécessité deux mois de traitement; chez la seconde patiente, la disparition complète des douleurs fut obtenue après dix-huit séances, chez la troisième après sept.

A l'encontre de ce que l'on observe pour les étincelles des machines statiques, les applications dont il s'agit seraient très bien supportées par les sujets atteints de méralgie paresthésique; le malade se trouverait, toutefois, presque dans l'impossibilité de marcher immédiatement après la séance, de sorte qu'il serait nécessaire de le faire reposer pendant une heure environ avant de le laisser retourner chez lui.

La photothérapie des adénites et des arthrites tuberculeuses.

Ayant eu l'occasion d'observer, au laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital de la Charité, à Paris, une jeune fille de onze ans, atteinte d'arthrite tuberculeuse du coude avec fistule consécutive et chez laquelle la photothérapie amena, dans l'espace de cinq mois, la guérison complète et définitive, M. le docteur P. Bellemanière a institué, sur le conseil de M. le docteur Régnier, chef dudit laboratoire, une série de recherches en vue de se rendre compte de l'action des rayons actiniques sur l'évolution des tumeurs blanches et des adénites tuberculeuses.

A en juger d'après les observations que M. Bellemanière vient de consigner dans sa thèse inaugurale, l'exposition des parties malades, pendant une demi-heure environ, à la lumière des divers foyers électriques, placés à une distance moyenne de 20 centimètres, aurait pour effet immédiat d'amener une diminution de la douleur, de la raideur et de la gêne fonctionnelle, de sorte que de légers mouvements de flexion et d'extension de l'articulation lésée, que l'on ne pouvait pratiquer auparavant sans déterminer une vive douleur, deviendraient possibles et ne provoqueraient qu'une sensation douloureuse très atténuée. Cette amélioration s'accentuerait dans la suite et, dans les cas où le traitement est institué à temps, on ne tarderait pas à voir la tuméfaction entrer en résolution. Mais lorsque la lésion est déjà trop avancée, les radiations n'en arrêtent pas la marche et le processus aboutit à la suppuration. Toutefois, là encore la photothérapie donnerait des résultats assez favorables, en diminuant la durée du suintement séro-purulent et en empêchant la formation de ces trajets fistuleux intarissables que l'on a trop souvent l'occasion d'observer dans les tuberculoses chirurgicales.

Ajoutons que, tout comme pour le traitement des dermatoses, l'action des rayons ne doit pas être poussée jusqu'à production de phlyctènes : celles-ci semblent porter obstacle à la pénétration profonde des radiations, en formant une sorte de vernis isolant.

Traitement du lupus par les cautérisations ignées associées aux applications d'acide picrique.

M. le docteur Gailleton, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon, traite avec succès le lupus par l'association de deux moyens qui sont assez souvent employés séparément contre cette affection, mais sans donner alors des résultats aussi satisfaisants. Voici en quoi consiste le procédé préconisé par notre confrère :

Tous les cinq jours environ, on fait, à l'aide du galvanocautère, des piqûres très rapprochées, en insistant particulièrement sur la périphérie de la plaque, où le processus morbide est dans sa phase active de développement. Les brûlures ainsi produites sont ensuite traitées par des applications d'une solution d'acide picrique à 1 ou 2 %, applications que l'on fait immédiatement après l'ignipuncture et que l'on renouvelle souvent dans l'intervalle des séances de cautérisation.

L'acide picrique aurait pour effet non seulement de calmer la douleur produite par la cautérisation, mais agirait encore à titre de facteur kératoplastique et cicatrisant, en favorisant la transformation du tissu brûlé en un tissu nouveau et dur, peu propice à la pullulation des bacilles atténués.

A en juger d'après les observations que M. E. Duroux, interne des hôpitaux de Lyon, a eu l'occasion de recueillir dans le service de M. Gailleton, la méthode en question donnerait des résultats de beaucoup supérieurs à ceux de la photothérapie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen.

Depuis la première description donnée par M. Thomsen de la maladie qui porte son nom, on a publié un nombre relativement considérable d'observations de cette curieuse affection, de sorte qu'on en connait aujourd'hui parfaitement le syndrome. Il n'en est pas de même de sa nature, qui est encore totalement ignorée. On a formulé, il est vrai, différentes hypothèses à ce sujet, mais aucune ne s'appuie sur des faits positifs et probants.

I

M. Thomsen lui-même a émis l'opinion que les troubles moteurs caractérisant la myotonie congénitale sont dus à des phénomènes d'inhibition de la volonté, rendant celle-ci impuissante à commander aux mouvements; il considère l'affection comme une psychopathie. Encore que cette hypothèse ait trouvé peu de crédit, M. Thomsen n'en a pas moins persisté dans sa manière de voir, ainsi qu'en témoigne un second mémoire publié seize ans après le premier (1). Il s'appuie surtout sur le fait que, à propos de phénomènes d'ordre psychique pur, il a observé sur lui-même des troubles analogues à ceux de la motilité. C'est ainsi que lorsqu'il doit parler en public, il a, au début, de la peine à rassembler ses idées et n'arrive pas à les exprimer. La même hésitation se manifeste lorsqu'il est dérangé au milieu de son discours; dans des conditions normales, il s'exprime, au contraire, sans difficulté.

M. Westphal (2), de son côté, estime que le trait caractéristique de cette affection doit être recherché dans une anomalie congénitale de la tonicité musculaire, tandis que pour M. Seeligmüller il s'agirait d'une lésion congénitale siégeant au niveau des cordons latéraux de la moelle et appartenant au groupe de la paralysie spinale spasmodique.

Plusieurs auteurs, spécialement MM. Bernhardt, Strümpell, Ballet et Marie, ainsi que MM. Dejerine et Sottas (3), considèrent la maladie de Thomsen comme une myopathie primitive d'origine congénitale. M. Mœbius ajoute à cette définition un correctif, en ce sens qu'à son avis on ne doit pas y voir une affection musculaire vulgaire, comme la myosite rhumatismale, par exemple, mais une affection systématique des muscles de l'appareil locomoteur, accompagnée de lésions anatomiques dépendant intimement du système nerveux. Pour cet auteur, la maladie de Thomsen, de même que la paralysie pseudo-hypertrophique et la myopathie primitive, doit être rangée parmi les névroses.

M. Erb (4), à qui nous devons l'étude clinique la plus complète de l'affection qui nous occupe, observe une extrême réserve quant à la pathogénie. Il reconnaît que l'on peut faire valoir de sérieux arguments contre l'hypothèse d'une myopathie pure et qu'il n'est pas impossible que l'on ait affaire, en dernier ressort, à une affection nerveuse, mais il évite de prendre parti pour l'une ou l'autre de ces hypothèses.

L'anatomie pathologique, à laquelle la pathologie nerveuse doit tant de renseignements précieux, n'a pas fourni de base suffisante pour établir la pathogénie de la maladie de Thomsen. M. Erb avait observé, sur des fragments de muscles extirpés pendant la vie, certaines lésions histologiques caractéristiques qui furent retrouvées et étudiées avec plus de détail par MM. Dejerine et Sottas. Il s'agit d'une hypertrophie considérable d'une partie des fibres musculaires, accompagnée d'une prolifération des noyaux avec exagération du protoplasma non différencié et formation de vacuoles dans les fibres hypertrophiées.

L'importance de ces lésions pour la pathogénie de l'affection ne ressort cependant pas directement de l'examen anatomique, car dans le cas examiné par MM. Dejerine et Sottas les muscles des bras n'offraient, sauf une hypertrophie modérée des fibrilles, que des lésions insignifiantes; et cependant, du vivant du malade, les membres supérieurs avaient présenté les mêmes symptômes de myotonie que les membres inférieurs, dont les muscles étaient particulièrement altérés. L'examen du système nerveux ne révéla dans ce cas aucune altération appréciable de la substance grise ou de la substance blanche.

Dans ces conditions, tout fait paraissant de nature à ouvrir de nouvelles perspectives a son importance et mérite d'être relaté. C'est ce qui m'a décidé à publier l'observation d'un cas de maladie de Thomsen présentant dans les réactions musculaires certaines particularités que je n'ai trouvé jusqu'à présent mentionnées nulle part.

II

Je donnerai d'abord un résumé de l'observation clinique, de façon à ne laisser subsister aucun doute quant au diagnostic.

Le malade, âgé de vingt-six ans, se donne comme enfant naturel d'un père souffrant de la même affection. Dès son enfance, il se distingua par une certaine maladresse, qui le mettait en état d'infériorité vis-à-vis de ses camarades de jeu. A l'école, il fut dispensé de la gymnastique. La vraie nature de son mal fut reconnue en 1896. Jusqu'à cette époque, il avait pu travailler de son métier de cordonnier; depuis, la force musculaire des bras a diminué au point que tout travail soutenu, exigeant une certaine force, est devenu très difficile.

Lorsque le patient a été assis pendant un certain temps et qu'on lui ordonnne de se lever, il exécute ce mouvement lentement et avec effort, empêché, comme il dit, par une raideur subite des jambes. De même, si on lui commande de fermer le poing avec force — ce qu'il fait sans difficulté —, il a de la peine à ouvrir ensuite la main et à étendre les doigts. La flexion de l'avant-bras sur le bras se fait normalement; l'extension de l'avant-bras fléchi avec force est, par contre, accompagnée de raideur. Cette raideur diminue graduellement si l'on fait répéter le même mouvement plusieurs fois de suite. Lorsque le malade se met en marche, les premiers pas ont un caractère nettement spasmodique, qui disparaît peu à peu. Ces troubles de la motilité se retrouvent sur tous les muscles du mouvement volontaire : orbiculaire des paupières, masséters, muscles de la langue, etc.

Les muscles des extrémités inférieures et des fesses sont très développés et donnent au malade une apparence athlétique. Cependant, la force musculaire des jambes est inférieure à la normale. Par contre, les muscles des épaules et des bras ne sont pas hypertrophiés; il existe même une atrophie manifeste de la portion postérieure des deltoïdes et les faces antérieure et postérieure des avant-bras paraissent légèrement aplaties. La force musculaire des bras est sensiblement diminuée.

L'excitation faradique des nerfs au moyen de secousses isolées provoque une contraction rapide du muscle, ne persistant pas après l'excitation; la contraction ne dure que si l'on emploie un courant suffisamment fort et à secousses rapides. L'excitabilité des nerfs moteurs à l'aide d'un courant galvanique faible paraît de même normale. L'excitabilité mécanique des muscles, au contraire, est notablement augmentée. En percutant un muscle avec un marteau, on provoque la formation d'un bourrelet dur, persistant plusieurs secondes. L'excitation galvanique et faradique des muscles avec des courants d'intensité moyenne produit de même des contractions durables. Une tendance à la réaction de dégénérescence existe dans les deltoïdes et les muscles grands pectoraux. Par contre, il ne nous a pas été possible de provoquer les ondulations musculaires caractéristiques, décrites par M. Erb.

Il ne peut donc y avoir de doute sur la nature de l'affection dont est atteint notre malade. Au cours de certaines recherches myographiques exécutées sur lui, je fus frappé par la réaction des muscles antagonistes à chaque mouvement un peu énergique, ce qui m'amena à étudier d'une façon plus spéciale le jeu de ces muscles dans la maladie de Thomsen.

III

Pour se rendre un compte exact de la nature des troubles présentés par cet homme, il est nécessaire de bien connaître la façon dont se comportent les muscles antagonistes dans l'exécution des mouvements volontaires à l'état normal.

Contrairement à la doctrine de Galien, qui prétendait que les muscles antagonistes sont inactifs, demeurent passifs pendant les mouvements volontaires, et n'interviennent activement et concurremment avec d'autres muscles que pour maintenir les positions fixes, Duchenne (1) formula la loi dite de l'harmonie des muscles antagonistes, d'après laquelle tout mouvement volontaire, pour être exécuté avec précision, doit être modéré par les muscles antagonistes de ceux qui jouent le rôle principal dans le mouvement en question. Le principe de la contraction simultanée des antagonistes fut défendu aussi par Brücke (2), mais avec la restriction que l'action des antagonistes cesse dès que le mouvement à exécuter rencontre une opposition suffisante : si l'on appuie le bord cubital de l'avant-bras fléchi à angle droit sur un plan résistant, le bras et l'avant-bras se trouvant dans le même plan horizontal, et que l'on cherche à étendre l'avant-bras, on constate que le triceps seul se contracte, tandis que le biceps et le brachial antérieur restent complètement flasques.

M. Beaunis (3), qui a étudié sur l'animal l'action des antagonistes, a observé que ces muscles ne se comportent pas toujours de la même manière. Le tibia de l'animal en expérience étant fixé de façon à l'immobiliser d'une manière absolue, on relie les tendons de deux muscles antagonistes, ordinairement le gastrocnémien et le tibial antérieur, à deux tambours récepteurs de Marey, communiquant de leur côté avec deux tambours inscripteurs. Les animaux ainsi disposés, on pratique une série d'excitations mécaniques, chimiques ou électriques sur la peau, les muqueuses, les viscères ou les nerfs

(1) J. Thomsen. Nachträgliche Bemerkungen über Myotonia congenita (Strümpell), Thomsen'sche Krankheit (Westphal). (*Arch. f. Psychiatrie*, 1892, XXIV, 3, p. 918.)

(2) Pour l'historique et la clinique de la maladie de Thomsen, consulter les travaux suivants :
Möbius. Ueber die Thomsen'sche Krankheit. (*Schmidt's Jahrbücher der ges. Med.*, 1883, CXCVIII, p. 236.)
P. Marie. Contribution à l'histoire de la maladie de Thomsen (spasme musculaire au début des mouvements volontaires). (*Rev. de méd.*, 1883, p. 1064.)
J. Déléage. Etude clinique sur la maladie de Thomsen. (*Thèse de Paris*, 1890.)
A. Süsskand. Zur Kenntniss der Thomsen'schen Krankheit (Myotonia congenita [ineunto motu]). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1894, XXV, 1-2, p. 91.)

(3) J. Dejerine et J. Sottas. Sur un cas de maladie de Thomsen suivi d'autopsie. (*Rev. de méd.*, mars 1895, p. 241.)

(4) W. Erb. Die Thomsen'sche Krankheit. Leipzig, 1886. — Ueber die Thomsen'sche Krankheit. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1889, XLV, p. 529.)

(1) Duchenne (de Boulogne). Physiologie des mouvements démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique, et applicable à l'étude des paralysies et des déformations, p. 764. Paris, 1867.

(2) E. Brücke. Vorlesungen über Physiologie. 3e éd. T. I, p. 538. Vienne, 1885.

(3) H. Beaunis. Recherches physiologiques sur la contraction simultanée des muscles antagonistes, avec quelques applications à la pathologie. (*Arch. de physiol.*, janv.-avril 1889, p. 55.)

sensitifs, de façon à déterminer des contractions réflexes. Au point de vue du résultat obtenu, il y a lieu de distinguer trois cas différents : 1° les deux muscles (ou groupes de muscles) antagonistes se contractent simultanément; c'est le cas le plus habituel; 2° un seul des deux muscles se contracte, l'autre reste immobile; 3° un des muscles se contracte; le muscle antagoniste se relâche et s'allonge. Les phénomènes ne sont pas les mêmes chez les animaux auxquels on enlève les hémisphères cérébraux et les ganglions de la base et chez les animaux à cerveau intact : le relâchement musculaire réflexe n'a été observé que chez ces derniers. M. Beaunis n'a pu réussir à déterminer d'une façon précise les conditions expérimentales de ce relâchement, qu'il considère comme un phénomène d'inhibition; il a cependant l'impression qu'il se produit plutôt sous l'influence d'excitations légères.

M. Demeny (1) a étudié sur l'homme le rôle mécanique des muscles antagonistes au moyen de deux myographes de Marey fixés sur les biceps et triceps brachiaux. Il a pu de cette manière se convaincre qu'à l'état de contraction statique les antagonistes ne réagissent pas si l'on fait intervenir une résistance extérieure. Quand on soutient un poids dans la main, l'avant-bras étant fléchi sur le bras à angle droit, les fléchisseurs entrent en contraction violente, le muscle vibre tant que dure l'effort statique et les extenseurs sont relâchés. L'inverse se produit quand on exerce un effort statique d'extension. Les antagonistes se relâchent aussi pendant le mouvement toutes les fois qu'une résistance extérieure agit dans le sens de leur action, que cette résistance extérieure soit vaincue ou non par les muscles qui luttent contre elle, que ces muscles se raccourcissent ou bien subissent une élongation. Dans les mouvements naturels il y a, en général, synergie des antagonistes; dans les mouvements à vitesse lente et uniforme les antagonistes agissent simultanément; dans les mouvements à vitesse variable, ils agissent comme modérateurs de la vitesse et entrent en jeu un peu avant que le mouvement ait cessé ou changé de sens.

MM. Hering et Sherrington (2) ont, par contre, constaté une innervation contraire des muscles antagonistes pendant l'excitation électrique d'un centre moteur cortical. Si l'on excite, par exemple, le point de l'écorce cérébrale en rapport avec le mouvement de flexion du coude, chez le singe, il se produit un relâchement des extenseurs, simultanément avec l'entrée en action des fléchisseurs. De même, le biceps brachial se relâche et le triceps se contracte lors de l'excitation de la région corticale correspondant à l'extension du bras. En revanche, ces deux expérimentateurs n'ont jamais vu survenir une contraction simultanée des deux antagonistes. M. Sherrington avait déjà précédemment observé certains faits ne pouvant s'expliquer que par un relâchement des antagonistes pendant une action musculaire : ayant sectionné, chez un singe, le troisième et le quatrième nerf crânien du côté droit, il constata, dix jours après l'opération, que si l'on plaçait un fruit dans le champ visuel gauche en maintenant la tête de l'animal immobile, les deux yeux exécutaient un mouvement vers la gauche, durant lequel l'œil droit perdait sa déviation strabique pour reprendre sa position normale primitive.

Les conditions spéciales dans lesquelles se sont placés MM. Hering et Sherrington pour leurs expériences rendent un parallèle entre leurs résultats et ceux d'autres physiologistes difficile. Il est possible et même probable que dans les mouvements naturels et dans les mouvements réflexes les antagonistes entrent en action, car dans la majorité des cas ce n'est pas un seul groupe de muscles, mais bien plusieurs qui se contractent pour la production d'un mouvement compliqué exigeant l'action modératrice des antagonistes. C'est ainsi que dans les expériences de M. Beaunis on peut admettre que le mouvement réflexe provoqué par les irritations diverses n'est pas localisé aux fléchisseurs et aux extenseurs du tarse seul, mais embrasse aussi les muscles des orteils, ce qui nécessiterait un certain degré de fixation de l'articulation tibio-tarsienne et expliquerait en partie la synergie des muscles antagonistes.

Un point cependant doit être considéré comme définitivement acquis, c'est le relâchement des antagonistes dans les mouvements statiques ayant pour but de vaincre une résistance agissant dans le même sens que les antagonistes.

IV

Si j'insiste sur ce dernier point, c'est que j'en ai fait la base de mes recherches concernant les antagonistes dans la maladie de Thomsen. En effet, l'étude des antagonistes dans les mouvements naturels est rendue très difficile autant par la complexité des mouvements et la rapidité avec laquelle ils s'exécutent que par l'augmentation de consistance résultant de l'élongation du muscle. Dans les mouvements statiques, par contre, les membres ont une position fixe et on a tout le loisir d'examiner les changements survenant dans les différents muscles.

J'avais observé chez mon malade que, à chaque flexion énergique de l'avant-bras, le triceps se contractait avec force et restait contracté pendant un certain temps après la fin du mouvement. Le relâchement du muscle m'avait même paru plus lent dans le triceps que dans le biceps. Il en résulte que, lorsqu'on commandait au patient d'étendre le bras, les extenseurs déjà en action n'obéissaient qu'imparfaitement à l'impulsion de la volonté, et de leur côté les fléchisseurs, plus ou moins contractés, eux aussi, mettaient également obstacle à l'exécution du mouvement.

Ce jeu simultané des deux groupes de muscles se prêtant mal à une analyse exacte, j'ai procédé de la manière suivante, pour l'étude des réactions des antagonistes. Le sujet est assis, le bras plié à angle droit dans une attitude aisée, le coude reposant sur un support; le bord cubital de l'avant-bras appuie contre une traverse de bois portant un contact électrique et suffisamment forte pour résister à l'effort. Dans cette position, on ordonne au patient d'étendre énergiquement l'avant-bras. La pression de l'avant-bras ferme le contact électrique qui s'ouvre automatiquement dès que l'effort a cessé. Cet effort produit une contraction myotonique du triceps, comme dans tout mouvement d'extension, mais si l'on observe en même temps le biceps, on constate la formation d'un bourrelet dur partant du pli de l'aisselle pour aboutir à la face externe du bras un peu audessus du coude. Un second bourrelet, perpendiculaire au premier, partant du milieu du bras et allant à la partie interne du pli du coude, représente le brachial antérieur. En appliquant un myographe enregistreur sur le biceps, on obtient une courbe ayant tous les caractères de la courbe myotonique et persistant de six à neuf secondes après la cessation de l'effort.

Si l'on fait la même expérience avec un individu normal, on remarque, pendant l'extension, un relâchement complet des fléchisseurs. Le phénomène inverse se produit, si, au lieu d'un effort d'extension, on fait exécuter un mouvement de flexion. Chez le myotonique, les extenseurs entrent simultanément en action avec la réaction musculaire caractéristique, tandis qu'ils restent flasques chez l'individu normal.

On peut répéter l'expérience sur tous les autres groupes d'antagonistes, toujours avec le même résultat : les extenseurs du carpe se contractent simultanément avec les fléchisseurs dans l'effort de flexion du poignet, même lorsqu'un obstacle s'oppose au mouvement de la main. De même on observe la contraction du triceps fémoral dans tout effort de flexion statique de la jambe, et celle du demi-tendineux, du demi-membraneux et du biceps crural dans un effort analogue d'extension. Pour ce dernier essai, le sujet est couché sur une chaise-longue, le tronc légèrement relevé, les jambes fléchies à angle droit de façon que les pieds reposent sur le sol. Dans cette position, on l'engage à compléter la flexion ou à étendre la jambe sur la cuisse, et l'on met obstacle à l'exécution du mouvement, tandis qu'un aide fixe solidement le genou.

L'extension et la flexion statique du pied provoquent de même une réaction simultanée des antagonistes.

La différence entre l'état normal et les conditions pathologiques ressort aussi d'une manière évidente de l'examen de l'état électrique des muscles à l'aide de l'électromètre capillaire de Lippmann. Les électrodes sont représentées par deux aiguilles en platine iridié recouvertes à leur partie postérieure d'un enduit isolateur qui ne laisse libre que la pointe de l'aiguille sur une longueur d'environ 10 millimètres. Si l'on enfonce l'une de ces aiguilles à la partie moyenne du muscle, l'autre vers l'une des extrémités de celui-ci, chaque contraction fera osciller la colonne de mercure de l'électromètre. On peut fixer ce mouvement par la photographie et obtenir ainsi la preuve graphique de l'état d'activité du muscle.

Quand on examine à l'aide de ce dispositif expérimental l'état du biceps chez le myotonique au moment où il exécute un effort d'extension statique, l'activité de l'antagoniste se manifeste par une oscillation négative très accentuée de l'électromètre. J'ai répété l'expérience sur moi-même, les électrodes enfoncées dans le biceps; mais, malgré un effort d'extension considérable, l'électromètre n'a pas accusé la moindre oscillation. L'examen des extenseurs pendant l'activité des fléchisseurs a donné le même résultat.

Il s'agit donc ici d'un fait anormal, auquel on n'avait, jusqu'à présent, pour ainsi dire pas accordé d'attention. Si l'on fait abstraction des contractures, qui représentent un état musculaire tout différent, je n'ai trouvé qu'une observation de M. Nothnagel (1), caractérisée par la synergie des antagonistes. Un jeune homme fut pris, à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une paralysie motrice et sensitive de la jambe gauche et des deux bras, présentant les caractères d'une polynévrite et accompagnée de céphalalgie. Au cours de la convalescence, M. Nothnagel fut frappé par le caractère particulier des mouvements de l'articulation du coude droit et du genou gauche. Si l'on commandait au malade de fléchir l'avant-bras droit sur le bras, il ne pouvait exécuter le mouvement que lentement et avec le plus grand effort; en même temps, on observait une contraction évidente du triceps, débutant simultanément avec celle du biceps. Le biceps se contractait également lorsque le patient cherchait à étendre l'avant-bras fléchi passivement. L'extension et la flexion de la jambe gauche sur la cuisse s'accompagnaient de la même synergie des antagonistes que les mouvements de l'avant-bras droit.

Avant de rechercher la signification des faits que nous venons d'étudier, il importe de mentionner encore quelques observations sur les mouvements coordonnés, qui peuvent avoir aussi une certaine importance.

Lorsqu'on ferme énergiquement la main, le mouvement de flexion des doigts s'accompagne d'une extension de la main sur l'avant-bras, plus ou moins appréciable suivant l'énergie du

(1) G. Demeny. Du rôle mécanique des muscles antagonistes dans les actes de locomotion. (*Arch. de physiol.*, oct. 1890, p. 747.)

(2) Hering et Sherrington. Ueber Hemmung der Contraction willkürlicher Muskeln bei elektrischer Reizung der Grosshirnrinde. (*Arch. f. Physiol.*, 1897, LXVIII, p. 222.)

(1) Nothnagel. Ueber centrale Irradiation des Willensimpulses. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1872, III, p. 214.)

mouvement principal. Chez notre myotonique, cette hyperextension est très accentuée, de sorte que, quand il « fait le poing », le dos de la main est fortement relevé sur la face externe de l'avant-bras. A l'état normal, cette extension de la main est peu appréciable et peut même être corrigée par un effort de la volonté. Chez notre patient, la volonté est impuissante à rectifier l'attitude et si l'on empêche l'extension de la main, cet homme n'arrive plus à fermer complètement les doigts. L'extension des doigts est de même normalement accompagnée d'une légère flexion de la main; chez le myotonique, cette flexion est beaucoup plus accentuée que chez l'individu normal, et, si l'on y met obstacle, il n'arrive pas à étendre complètement les doigts. La coordination des mouvements correspond donc à la formule normale, mais, dans les deux exemples que je viens de citer, elle est exagérée au point de donner à la main une attitude vicieuse.

V

Si nous cherchons maintenant à interpréter les faits, il paraît hors de doute que nous avons affaire à un trouble de l'innervation centrale. Deux possibilités sont à discuter : l'excitation simultanée des antagonistes peut provenir soit d'une exagération des excitations motrices qui, au lieu de se localiser sur le groupe de muscles utiles au mouvement projeté, irradieraient sur d'autres muscles; soit d'une insuffisance des actes d'inhibition, qui seraient incapables de localiser au groupe de muscles utiles l'excitation psychomotrice et de ne faire intervenir les antagonistes qu'au moment où leur entrée en fonction devient nécessaire pour modérer ou changer le sens d'un mouvement. Nous ne disposons pas d'éléments suffisants pour trancher la question, quoique la seconde hypothèse nous paraisse la plus vraisemblable et qu'elle s'applique aussi à la coordination des mouvements. Quoi qu'il en soit, il me semble établi qu'il s'agit là d'un phénomène central, d'un acte de la volonté, de sorte que l'hypothèse de M. Thomsen serait, de ce fait, partiellement justifiée.

L'origine centrale de la réaction myotonique des muscles nous paraît, par contre, beaucoup moins probable. La réaction des musles à l'excitation des nerfs ne présente rien de particulier, tandis que l'excitation directe des muscles est suivie de réactions caractéristiques que seule une myopathie primitive est à même d'expliquer, soit que l'anomalie réside dans la fibre musculaire elle-même, soit qu'il existe une affection des plaques terminales, comme l'ont prétendu certains auteurs. Mais la myopathie primitive nous semble, en revanche, insuffisante pour expliquer l'intervention insolite des antagonistes.

Que si l'on recherche de quelle nature peuvent bien être les troubles nerveux et musculaires qui constituent la maladie de Thomsen, on est tout naturellement frappé par l'analogie qu'offrent ces troubles avec les réactions musculaires du nouveau-né.

Les mouvements de flexion et d'extension des bras et des jambes du nouveau-né ont, d'après M. Preyer (1), une analogie frappante avec ceux des animaux se réveillant subitement de leur sommeil hibernal. Ces mouvements semblent dirigés contre une résistance invisible; ce sont des contractions lentes ayant un caractère spasmodique. Si l'on cherche à se rendre compte par la palpation de l'état des antagonistes, on a l'impression que les muscles ont une tonicité uniforme et ce n'est qu'exceptionnellement que l'on constate le relâchement des antagonistes dans l'effort statique, comme c'est la règle chez l'adulte. Je ne voudrais cependant pas être trop affirmatif sur ce dernier point, qui pour être complètement élucidé exigera encore de longues et délicates études.

(1) W. Preyer. Die Seele des Kindes, p. 153. Leipzig, 1884.

D'autre part, les investigations de M. Soltmann (1) ont démontré que les muscles des mammifères nouveau-nés réagissent aux excitations électriques par des contractions paresseuses persistant un certain temps après la fin de l'excitation et présentant, à première vue, une analogie incontestable avec les réactions musculaires de la maladie de Thomsen.

Enfin on a même voulu établir certains points de contact entre l'état histologique des muscles dans la maladie de Thomsen et pendant la période embryonnaire, mais ce dernier point est loin d'être suffisamment élucidé.

Je n'ai pas eu l'intention, en formulant ces quelques considérations, d'augmenter le nombre des hypothèses que l'on a émises sur la nature de la maladie de Thomsen; mon but, en relevant les analogies qui me paraissent exister entre cette affection et l'état fœtal, a surtout été d'indiquer une voie que je crois fructueuse pour des recherches expérimentales ultérieures.

A. Jaquet,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

(1) O. Soltmann. Physiologische Eigenthümlichkeiten der Muskeln und Nerven der Neugeborenen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1878, XII, p. 1.)

MÉDECINE PRATIQUE

La dilatation forcée du sphincter anal comme moyen de traitement de l'entérocolite muco-membraneuse.

A côté de formes légères d'entérocolite muco-membraneuse, qui se laissent facilement influencer par une médication appropriée, il en est d'autres dans lesquelles le traitement médical le mieux dirigé échoue complètement ou ne fournit, tout au plus, qu'une amélioration passagère. Aussi a-t-on cherché à suppléer à cette insuffisance thérapeutique par des opérations chirurgicales, telles que la typhlostomie ou l'entéro-anastomose iléo-sigmoïdienne. Or, d'après l'expérience de M. le docteur A. Roussel, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, il serait possible d'obtenir la guérison des entérocolites pseudo-membraneuses à moindres frais, en pratiquant tout simplement la dilatation forcée du sphincter anal.

Notre confrère a été amené à faire, pour la première fois, cette constatation d'une manière fortuite, il y a de cela plus de cinq ans : appelé à donner ses soins à une femme de quarante ans, atteinte à la fois de fissure à l'anus et d'entérocolite muco-membraneuse, il procéda à la dilatation forcée du sphincter anal, dans le but de débarrasser la malade de sa fissure, et ne fut pas peu surpris de constater que cette petite opération avait suffi pour faire disparaître en même temps tous les troubles dus à l'entérocolite. La guérison se maintenait deux ans après.

Frappé de ce résultat, M. Roussel a eu, depuis lors, recours au même procédé de traitement dans 4 autres cas d'entérocolite muco-membraneuse sans fissure anale, et toujours l'intervention a été couronnée de succès. Une de ces malades a présenté, il est vrai, deux rechutes, provoquées d'abord par une grossesse, puis par l'allaitement; ces accidents ont, toutefois, été légers et de courte durée. Chez une autre patiente, on voit bien réapparaître de loin en loin les selles muco-membraneuses, mais quelques capsules d'huile de ricin et des lavements huileux suffisent pour faire avorter la crise imminente.

Reste à savoir quel est, en pareille occurrence, le mode d'action de la dilatation forcée de l'anus. Notre confrère serait porté à croire que cette intervention répond à une des principales indications du traitement de l'entérocolite muco-membraneuse, en réveillant la contractilité du côlon atonique et en détruisant le spasme de la portion terminale de l'intestin.

En ce qui concerne le manuel opératoire, M. Roussel préfère la dilatation digitale à la divulsion instrumentale. Il la pratique, d'ailleurs, sans anesthésie, la narcose générale étant, en l'espèce, assez dangereuse. Une heure ou deux avant l'opération, le patient prend un lavement évacuant; puis, au moment d'intervenir, on fait un abondant lavage du rectum et on procède à un nettoyage soigneux de l'anus et des parties avoisinantes. La dilatation est pratiquée d'abord transversalement, d'un ischion à l'autre; ensuite, sans retirer les pouces, on les fait agir dans le sens antéro-postérieur, en poussant cette fois la divulsion moins loin. On termine l'opération en introduisant dans le rectum une longue mèche de gaze antiseptique, et on engage le malade à garder le lit jusqu'au lendemain. La mèche une fois entraînée avec la première évacuation alvine, on se borne à tenir le rectum et l'anus en parfait état de propreté au moyen de lavements d'eau bouillie.

Au bout d'un laps de temps plus ou moins long, on verrait bien se manifester une certaine tendance à la constipation, mais — et ce serait là précisément l'avantage du procédé préconisé par M. Roussel — le traitement médicamenteux, infructueux avant l'opération, aurait facilement raison de ces rechutes.

Quoi qu'il en soit, comme l'intervention dont il s'agit est des plus simples et qu'elle permet aux patients de reprendre, dès le lendemain, leurs occupations, le praticien pourra sans inconvénient l'essayer toutes les fois qu'il se trouvera en présence d'une entérocolite muco-membraneuse rebelle aux remèdes usuels.

CHIRURGIE PRATIQUE

La méthode du « retournement » dans l'opération des fistules congénitales du cou.

On sait que les fistules congénitales, latérales, du cou, s'ouvrent en haut, derrière l'amygdale, dans une dépression connue sous le nom de fossette de Rosenmüller; on sait aussi que la dissection et l'extirpation de cette portion terminale sont particulièrement malaisées, qu'elles échouent souvent, et que telle est l'origine commune des récidives. Pour tourner la difficulté, M. le professeur von Hacker avait proposé le rebroussement, en doigt de gant, de bas en haut, du cou vers la bouche, du segment terminal de la fistule : par une incision cervicale, on libérait le trajet le plus haut possible, on le sectionnait, on faisait pénétrer un stylet aiguillé dans le bout restant, on l'y attachait, et, tirant le stylet par la bouche, on retournait le cylindre fistuleux, qui, finalement, se laissait arracher sans peine au niveau de sa continuité avec la muqueuse péri-amygdalienne. Ce n'était point là, d'ailleurs, un procédé théorique : M. von Hacker l'avait appliqué, avec plein succès, chez un enfant de huit ans.

Mais ce retournement ne laisse pas que d'être souvent impraticable, par le fait de l'épaisseur, de l'induration, des adhérences du trajet fistuleux. Aussi M. le professeur Fritz König, chirurgien de l'hôpital civil d'Altona, a-t-il modifié cette technique de la façon suivante : incision cervicale, dissection du canal fistuleux jusqu'au-dessus du muscle digastrique, et le plus près possible de la muqueuse buccale; ceci fait, à la partie profonde de la plaie, on introduit un stylet boutonné, une sonde cannelée, une pince, que l'on guide soigneusement au doigt, et avec lesquels on vient soulever la muqueuse, *au-devant et au-dessous de l'amygdale;* par la bouche, on incise la muqueuse sur ce conducteur, et, dès lors, la voie étant créée, il ne reste plus qu'à faire passer par cet orifice pré-amygdalien, dans cette seconde fossette de Rosenmüller, le canal fistuleux disséqué et libéré, à exciser la portion exubérante, et à fixer le moignon par deux catguts fins, aux lèvres de la fente muqueuse. Le segment profond du trajet

n'est pas extirpé, mais il est ouvert, à ses deux bouts, sur la muqueuse buccale, en avant et en arrière de l'amygdale, qu'il contourne; il figure un simple canal sous-muqueux, de libre accès des deux côtés; toute rétention est impossible, partant toute récidive.

M. Fritz König a employé 3 fois ce procédé, d'application délicate, sans doute, surtout chez les jeunes enfants, mais auquel les difficultés si réelles de la cure définitive des fistules cervicales congénitales assurent un véritable intérêt.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1903.

Modifications de la pression artérielle, d'origine stomacale.

M. Reynier communique les résultats d'une série d'expériences tendant à prouver qu'il suffit de distendre l'estomac au moyen de liquides ou de gaz pour provoquer une diminution de la pression artérielle, et inversement d'évacuer le contenu d'un estomac rempli de gaz ou de liquides pour faire remonter cette pression. Au cours de ces expériences, l'orateur a noté, en outre, des modifications parallèles de la courbe des pulsations du cœur.

Ces recherches semblent donc établir que la distension de l'estomac est le point de départ de réflexes qui modifient d'une façon plus ou moins notable la circulation artérielle; elles permettent, en outre, de se rendre compte des accidents graves que l'on observe souvent à la suite des opérations abdominales ou juxta-abdominales, et de la disparition rapide de ces accidents par l'évacuation du contenu de la cavité gastrique.

Traitement des ulcérations cancéreuses par des badigeonnages d'adrénaline.

M. Mahu relate les observations d'un certain nombre de malades atteints d'épithéliomas ulcérés de différentes régions, chez lesquels on a vu cesser les hémorragies et s'apaiser les douleurs en pratiquant tous les deux jours un badigeonnage des surfaces ulcérées avec une solution d'adrénaline à 1 ‰ fraîchement préparée.

Pour éviter les effets toxiques de ce médicament, l'orateur conseille d'en suspendre l'emploi toutes les trois ou quatre semaines. On devra s'abstenir de pratiquer des injections interstitielles dans la tumeur, sous peine de voir celle-ci augmenter de volume.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 9 et 16 novembre 1903.

Contribution au traitement du cancer par les rayons X.

M. Biraud. — J'ai eu l'occasion de soumettre au traitement par les rayons de Röntgen une femme de cinquante-quatre ans, pour une récidive de tumeur du sein. Le néoplasme primitif avait été enlevé au mois de janvier 1900 par M. Récamier, et l'examen histologique de la pièce avait pleinement confirmé le diagnostic clinique d'épithélioma. La récidive apparut au bout de trois ans; la présence d'un ganglion sus-claviculaire adhérent rendait l'intervention impossible.

C'est alors que j'instituai le traitement radiothérapique. Dès la quatrième séance les douleurs avaient disparu; à la sixième, le volume de la tumeur s'était réduit d'un tiers environ. L'état de la malade resta ensuite stationnaire jusque vers la quinzième séance, puis la régression s'accentua rapidement; actuellement — au bout de vingt-trois séances — la tuméfaction a diminué des trois quarts; toute douleur a cessé, et les ganglions ne sont plus perceptibles.

La durée des séances a varié de trente secondes à huit minutes, la cathode étant à 11 centimètres de la peau et le voltage atteignant 70 volts.

Les diverses lettres au point de vue de la rapidité de la lecture.

MM. A. Broca et **D. Sulzer** adressent une note dans laquelle ils s'efforcent de démontrer que les différentes lettres de l'alphabet ne sont pas perçues avec la même vitesse : c'est ainsi qu'il faut environ un tiers plus de temps pour reconnaître un E que pour reconnaître un T. Ils en concluent que l'alphabet est mal conçu au point de vue physiologique; il devrait être composé de lettres d'un dessin très simple, comme T ou L; la rapidité de la lecture en serait augmentée, et la fatigue cérébrale notablement diminuée.

Ils font en outre observer qu'il y aurait tout intérêt à imprimer blanc sur noir, au lieu de noir sur blanc, les lettres étant dix fois plus vite reconnues dans le premier cas que dans le second.

Sur l'oxydation du glucose dans le sang.

M. L. Jolly envoie une note relative à des expériences qui démontrent que le sang contient naturellement une certaine quantité d'alcool, provenant du dédoublement d'une partie du glucose charrié par le torrent circulatoire. Ce sont les globules qui opèrent ce dédoublement; ils ont même la propriété d'oxyder en partie l'alcool ainsi produit, le transformant en acide azotique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1903.

De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale.

M. Tuffier. — Je crois que, dans les faits cités par M. Richelot, il s'agit non pas d'une dégénérescence maligne du moignon utérin, mais d'une coexistence de fibromes et de cancer, comme j'en ai observé 2 exemples. Ces faits ne me feront donc renoncer ni à l'hystérectomie abdominale subtotale, ni à la myomectomie dont j'ai obtenu de très bons résultats (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 253). Il n'en est pas moins prudent de fixer toute son attention sur l'état de la muqueuse utérine, et d'enlever le col dans le cas où cette muqueuse paraît atteinte de lésions épithéliomateuses; dans l'hystérectomie subtotale, d'ailleurs, je pratique toujours l'évidement du col, dès qu'il est un peu volumineux, enlevant ainsi toute la muqueuse cervicale.

M. Faure. — Dans les cas ordinaires, où les fibromes utérins ne présentent pas une consistance anormale, je considère aussi l'hystérectomie subtotale comme devant être préférée à l'hystérectomie totale, au double point de vue de la bénignité et de la simplicité. A vrai dire, je crois que la dégénérescence maligne de ces tumeurs n'est pas très rare, et j'en ai pour ma part observé plusieurs exemples. Mais cette dégénérescence doit se produire surtout pendant l'évolution des fibromes, et il me semble que, après l'hystérectomie subtotale, il n'y a guère à redouter que le moignon utérin subisse la transformation cancéreuse.

M. Legueu. — En ce qui me concerne, je n'ai jamais observé cette transformation, et je déclare que les faits qui nous ont été communiqués ne m'ont pas convaincu de sa fréquence. Il ne peut d'ailleurs être question que d'une dégénérescence des éléments glandulaires de l'utérus, et non pas d'une transformation du tissu fibromateux, comme M. Richelot paraît le croire. Quoi qu'il en soit, la coexistence possible des fibromes, dont l'origine est très vraisemblablement inflammatoire et microbienne, et du processus épithéliomateux, dont la nature est essentiellement différente, ne constitue pas une raison suffisante pour faire préférer l'hystérectomie totale à l'opération supravaginale, dont la gravité est évidemment moindre.

M. Guinard. — De même que la plupart de nos collègues, j'estime que l'hystérectomie subtotale comporte un pronostic post-opératoire beaucoup plus bénin que l'ablation totale.

Toutefois, je dois dire que, sur 93 hystérectomies abdominales subtotales, j'ai observé 2 fois un épithélioma consécutif du moignon utérin; dans le premier de ces faits, j'ai dû faire secondairement une ablation du col, et la récidive s'est produite moins d'un an après cette deuxième intervention; dans l'autre fait, la malade est revenue dans mon service dix mois après l'hystérectomie subtotale, avec un épithélioma inopérable du col, et elle est actuellement en train de mourir. Mais, contrairement à l'opinion de M. Richelot, je ne crois pas que l'ablation totale eût mis ces deux femmes à l'abri des lésions cancéreuses qui se sont développées ultérieurement. J'ai vu, en effet, un cas de cancer du petit bassin, avec envahissement de la cicatrice vaginale, consécutif à une hystérectomie totale pour fibrome.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 novembre 1903.

Hyperchloruration et déchloruration.

M. Achard. — Diverses communications récentes sur le rôle des chlorures dans les hydropisies mettent en lumière deux faits connexes : le danger de l'hyperchloruration, l'utilité de la déchloruration.

Il y a hyperchloruration quand l'organisme élimine moins de chlorures qu'il n'en reçoit. Une dose minime de 1 à 2 grammes de sel constitue la *ration d'entretien*, nécessaire pour assurer le renouvellement des chlorures. Tout le reste est une *ration de luxe*, et ce luxe, dans l'état de maladie, peut avoir ses dangers, s'il y a une cause de rétention et si la perte ne compense pas le gain. Mais la *ration de compensation* ou *de tolérance* varie suivant les cas : une dose très faible de sel peut ne pas être tolérée, et de fortes doses peuvent ne produire aucun trouble lorsque la rétention a cessé. Ce qui fait l'hyperchloruration, c'est non pas la quantité de sel qui entre, mais celle qui reste dans l'économie, quelle que soit la cause de la rétention. C'est pourquoi l'action hydropigène de l'hyperchloruration s'observe aussi bien chez les brightiques que chez les cardiaques et les cirrhotiques.

La déchloruration résulte de l'excédent du sel éliminé sur le sel introduit. Le régime sans sel en est un élément très important. Mais il ne suffit pas toujours de déchlorurer les aliments pour déchlorurer le malade; il est parfois nécessaire, tout en empêchant les chlorures de pénétrer, d'accélérer leur sortie, en améliorant les fonctions rénales, la circulation, la nutrition des tissus, en établissant des éliminations complémentaires par les purgatifs et les diaphorétiques, en évacuant la sérosité saline au moyen de ponctions.

Le régime déchloruré produit donc comme effet maximum la résorption complète des hydropisies et comme effet minimum l'arrêt de leur progression. Les résultats sont les mêmes chez les brightiques, les cardiaques, les cirrhotiques, car la nature et le siège de la cause de rétention importent moins que son intensité. Il paraît seulement vraisemblable que les causes rénales sont des facteurs souvent moins intenses et moins durables de rétention que les causes mécaniques et irritatives siégeant dans la circulation et dans les tissus : c'est pourquoi, sans doute, le régime déchloruré permet plus souvent la résorption de l'hydropisie lorsqu'il s'agit des premières que des secondes.

L'hyper et l'hypochlorurie chez les cardiaques

M. Merklen. — J'ai étudié, avec MM. Pouliot et Harlay, plusieurs malades en état d'asystolie, au point de vue de leurs éliminations chloruriques et hydruriques. De la comparaison de leurs courbes urinaires se dégagent deux types principaux : l'hyperchlorurie avec polyurie et l'hypochlorurie avec oligurie.

L'hyperchlorurie avec polyurie caractérise la diurèse libératrice de l'asystolie avec œdème. C'est une hyperchlorurie *de rétention*. On la provoque aisément par le repos, le lait, la théobromine avec ou sans digitale. Dans quelques cas, quand l'œdème est très considérable et fait barrage, ce résultat n'est obtenu qu'après une déplétion préalable opérée par les émissions sanguines, les purgations ou les mouchetures. Cette déplétion succède également à l'action suspensive du régime déchloruré et mieux encore à un régime réducteur consistant en un demi-litre de lait et un litre d'eau pour les vingt-quatre heures.

L'hyperchlorurie avec polyurie de rétention

est un phénomène transitoire. On observe, au contraire, chez les asystoliques sans œdème et chez les gros mangeurs pléthoriques, une polyurie hyperchlorurique plus ou moins permanente qui tient à l'augmentation de leur masse sanguine du fait de la stase cardiaque et veineuse ou de leur grande capacité circulatoire liée à leurs habitudes alimentaires. C'est une polyurie hyperchlorurique *de pléthore*.

L'hyperchlorurie est, toutes choses égales, d'un pronostic favorable; il n'en va pas de même de l'hypochlorurie avec oligurie quand elle est permanente chez l'asystolique. Elle est en rapport avec des lésions irréductibles, cardiaques ou rénales, s'oppose à toute alimentation chlorurée et même à toute alimentation suffisante. La survie des asystoliques qui présentent ce type urologique n'est possible que si on les soumet à un régime déchloruré et réduit.

Albuminurie au cours d'une crise d'hystérie.

M. Dopter (médecin militaire) relate l'observation d'un homme qui fut admis à l'hôpital à la suite d'une crise convulsive et qui avait été atteint quelques jours auparavant d'une angine pultacée. Peu de temps après son entrée, ce malade eut une seconde crise d'hystérie, accompagnée d'œdème et de cyanose des membres inférieurs. En même temps on constata la présence, dans son urine, d'une certaine quantité d'albumine qui disparut le lendemain et ne reparut pas les jours suivants. Toutefois, cette albuminurie se montra de nouveau une vingtaine de jours plus tard, à l'occasion d'une troisième crise convulsive, mais cette fois encore elle avait cessé le lendemain.

Ce fait prouve que la présence d'albumine dans l'urine d'un sujet atteint de crises convulsives ne suffit pas pour qu'on soit en droit de rattacher ces crises à l'urémie. L'albuminurie peut s'observer au cours de simples crises d'hystérie; elle serait due, d'après l'orateur, à un ralentissement par vasodilatation de la circulation du rein.

M. Hirtz rappelle qu'il a interprété autrefois de la même façon un cas d'albuminurie orthostatique chez un hystérique.

M. Faisans dit avoir observé, il y a déjà plusieurs années, un homme de vingt-sept ans qui, pendant quinze jours, fut sujet à des accès d'asthme intenses et chez lequel la suppression brusque de ces accès coïncida avec l'apparition d'une albuminurie notable (12 à 14 gr. par jour). Celle-ci fut remplacée à son tour par des crises d'hystérie qui se renouvelèrent presque quotidiennement. Au bout d'une quinzaine de jours, ces crises cessèrent, mais les accès d'asthme se montrèrent de nouveau pour faire place après un certain temps à de l'albuminurie. La succession presque régulière de ces différents accidents prouve qu'ils reconnaissaient une même cause névropathique.

Sur certaines formes frustes de l'appendicite chronique.

M. Siredey appelle l'attention sur certaines formes frustes d'appendicite chronique, qui tantôt succèdent à des crises appendiculaires aiguës et tantôt apparaissent d'emblée. Les malades qui en sont atteints se plaignent de mauvaises digestions, de borborygmes; ils ont de l'atonie ou de la dilatation gastrique, des alternatives de diarrhée et de constipation, etc. Ils présentent, en outre, des phénomènes douloureux très variables comme siège et comme intensité, rappelant ou non ceux de l'appendicite aiguë. Mais le caractère qui doit surtout éveiller l'attention, c'est l'intermittence de ces phénomènes douloureux et leur réveil à l'occasion de la marche, d'un trajet en voiture ou quelquefois même sans cause appréciable. Les troubles dyspeptiques présentés par ces patients se font également remarquer par leur irrégularité, la soudaineté de leur apparition et de leur disparition, etc.

Dans ces formes frustes d'appendicite chronique, la conduite à tenir varie suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. Dans le premier cas, l'orateur conseille de ne pas attendre qu'une appendicite aiguë se déclare, pour avoir recours à l'opération. Chez l'adulte, au contraire, on pourra se contenter de prescrire le régime lacto-végétarien et la position horizontale après les repas. Ce traitement suffit, en effet, chez un certain nombre de malades, pour faire disparaître tous les accidents, mais il en est d'autres chez lesquels il ne donne aucun résultat; il ne faut pas hésiter alors à conseiller l'intervention chirurgicale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 14 et 21 novembre 1903.

Sur l'augmentation du pouvoir glycolytique du sang après la ligature du canal de Wirsung.

MM. R. Lépine et **Boulud** (de Lyon). — L'un de nous a insisté autrefois sur le fait que, chez le chien, le pouvoir glycolytique du sang était augmenté après la ligature du canal de Wirsung, ce qui s'explique en admettant que la résorption de la sécrétion interne du pancréas est plus considérable dans ces conditions qu'à l'état normal. Nous avons, dans ces derniers temps, repris ces expériences, avec une légère modification consistant en ce qu'après la ligature du canal nous avons fait ingérer aux chiens de l'eau acidulée, dans le but d'exciter la sécrétion du pancréas. Dans ces conditions nous avons trouvé, le plus souvent, que le sang présentait un pouvoir glycolytique *énorme*.

La ligature était faite avec asepsie absolue; d'ailleurs, l'ensemencement de 10 grammes de sang, plusieurs jours après, dans 90 grammes d'eau sucrée *stérilisée* ne donne pas lieu à une destruction de sucre. Nous avons même trouvé un léger excès de cette substance, ce qui s'explique par une production de sucre aux dépens des 10 grammes de sang (Voir notre note sur le « sucre virtuel » *in Semaine Médicale*, 1903, p. 354).

Cholémie familiale et cirrhoses alcooliques.

MM. Gilbert et **Lereboullet**. — Nous avons déjà montré que les cirrhoses biliaires et les diverses affections des voies biliaires se développaient le plus souvent chez des sujets antérieurement atteints de cholémie simple familiale. Celle-ci se retrouve également à l'origine d'autres affections du foie, et notamment des cirrhoses veineuses. Chez la plupart des malades atteints de cirrhose alcoolique, nous avons pu, en effet, mettre en évidence l'existence antérieure de la cholémie simple familiale. On comprend d'ailleurs, étant donnée la parenté embryologique de la cellule biliaire et de la cellule hépatique, qu'une même influence héréditaire puisse s'exercer sur ces deux ordres d'éléments: tandis que les cellules biliaires permettent aisément l'infection biliaire ascendante — d'où une angiocholite plus ou moins grave —, les cellules hépatiques peuvent être touchées facilement par un poison comme l'alcool.

La rétention des chlorures dans ses rapports avec l'œdème.

M. R. Marie. — On admet généralement que le chlorure de sodium retenu par l'organisme ne séjourne pas dans le sang, mais passe dans la circulation plasmatique interstitielle, où il se trouve à l'état de dissolution à 6 ‰ environ.

Or, j'ai observé un asystolique œdématié qui, dans la période d'évacuation de ses œdèmes, a perdu 7 kilogr. 800 de poids, ce qui, au taux de 6 ‰, correspondrait à 46 gr. 80 centigr. de chlorure; or l'élimination de ce sel a atteint en réalité 158 grammes.

Inversement, un sujet sain, soumis à un régime hyperchloruré, a retenu en douze jours 92 grammes de chlorure (dont la mise en solution à 6 ‰ aurait nécessité plus de 15 litres de liquide) et n'a cependant augmenté que de 1,200 grammes.

Je crois donc que la rétention des chlorures passe par deux stades différents : dans le premier ces sels sont fixés par les tissus ou les organes, et leurs variations ne se traduisent pas par des modifications corrélatives du poids du malade (*chlorure fixé*); dans le second ils passent dans la circulation interstitielle, et l'afflux de liquide que nécessite leur solubilisation entraîne une augmentation du poids du sujet (*chlorure libre*).

Echinococcose hydatique et échinococcose alvéolaire.

M. F. Dévé. — J'ai pu examiner un certain nombre de tumeurs échinococciques alvéolaires *vraies*, affection spéciale au Tyrol et aux régions voisines et qui ne doit pas être confondue avec les autres échinococcoses multiloculaires. Elle s'en distingue en effet, outre ses caractères anatomiques, par son évolution: l'échinococcose alvéolaire se comporte comme une néoplasie maligne, avec infiltration des tissus ambiants sains, soit de proche en proche, soit par fusées à distance, par traînées rameuses suivant les voies lymphatiques. Sa spécificité me semble incontestable.

Cette affection paraît cantonnée au Tyrol, au sud de la Bavière et du Wurtemberg, au nord de la Suisse; en France, un cas aurait été signalé chez un montagnard de la Haute-Savoie, un autre aurait été observé à Paris, mais chez un Bavarois; de même, aux Etats-Unis on en a publié 3 cas concernant des Allemands du sud immigrés. Dernièrement, M. Melnikov en a signalé un foyer en Russie.

Athérome aortique expérimental par injections répétées d'adrenaline.

M. Josué. — L'athérome est en général considéré comme une lésion chronique de l'endartère en rapport avec des intoxications lentes. A cet élément toxique, certains auteurs ajoutent un autre facteur, l'hypertension artérielle généralisée ou partielle.

J'ai déterminé des lésions d'athérome aortique chez le lapin en injectant pendant plusieurs mois, tous les deux jours, trois gouttes de la solution d'adrénaline à 1 ‰ dans les veines de l'oreille. Les altérations ainsi produites sont étendues et offrent l'aspect typique des lésions athéromateuses calcifiées. Dans une de nos expériences, une grande plaque s'est même laissée distendre, constituant un anévrysme cupuliforme, comme on en voit quelquefois chez les athéromateux.

L'adrénaline possède donc une action particulière sur les artères, capable d'y créer l'athérome, peut-être par le mécanisme de l'hypertension artérielle. Si l'on envisage que l'adrénaline est un produit de sécrétion des capsules surrénales, on peut supposer que ces organes sont susceptibles de jouer un rôle important dans la production des lésions athéromateuses.

MM. Gilbert et Lion disent avoir obtenu, il y a déjà plusieurs années, au niveau de l'aorte de lapins, par des injections de cultures et de toxines microbiennes, sans traumatisme préalable du vaisseau, des lésions consistant en une transformation scléro-calcaire qui rappelle, par ses caractères topographiques, macroscopiques et histologiques, les altérations athéromateuses que l'on observe chez l'homme.

Sur l'absence d'hyperglycémie dans la glycosurie uranique.

MM. R. Lépine et **Boulud** (de Lyon). — On sait que l'intoxication par l'urane, quand elle n'est pas foudroyante, produit de la glycosurie. Les expériences que nous avons faites prouvent que cette glycosurie n'est pas sous la dépendance d'une hyperglycémie. En effet, l'hyperglycémie, loin d'être la règle, est plutôt rare dans l'intoxication uranique; elle est, en outre, précoce, alors que la glycosurie est au contraire tardive. Enfin elle est très légère et ne dépasse guère 1 gr. 25 centigr. par 1,000 grammes de sang : or l'on sait, depuis Cl. Bernard, que pour qu'une hyperglycémie détermine de la glycosurie il faut, en général, que la proportion de sucre du sang atteigne 3 ‰.

Pleurésie typhoïdique.

MM. Widal et **Lemierre** relatent un cas de pleurésie survenue au cours d'une fièvre typhoïde. L'épanchement s'est montré dès le début de la maladie et une ponction exploratrice, pratiquée le huitième jour, a permis de retirer 80 c.c. de liquide sérofibrineux. Une deuxième ponction, quinze jours après, ne donna plus issue qu'à du sang.

L'examen cytologique du liquide a révélé l'existence de cellules endothéliales isolées, en quantité prédominante, quelques-unes vacuolaires et de très grandes dimensions, ainsi que de placards endothéliaux, de quelques globules rouges et, enfin, de très rares lymphocytes ou polynucléaires.

L'ensemencement de la sérosité a donné du bacille d'Eberth en culture pure. Le pouvoir

agglutinatif de ce liquide était de 1/10, alors que celui du sang était à la même date de 1/400. L'inoculation au cobaye est restée négative.

Accidents laryngés tabétiques sans lésions bulbaires.

M. J. Lépine (de Lyon) communique l'observation d'un homme de trente-neuf ans, tabétique depuis trois ans, qui fut pris de cornage d'abord nocturne, puis diurne et nocturne. Six mois après, le malade eut sans cause apparente un ictus laryngé : on pratiqua la trachéotomie, et on dut avoir, en outre, recours à la respiration artificielle pendant plus d'une demi-heure pour faire revenir à lui le patient. La nuit suivante, on vit apparaître un rythme de Cheyne-Stokes qui fut transitoire. Deux jours plus tard survint une nouvelle perte de connaissance, suivie de mort au bout de quarante-huit heures.

Le bulbe étudié en coupes sériées n'offrait aucune lésion. Les racines motrices et sensitives des nerfs pneumogastriques et spinal contenaient quelques fibres dégénérées, mais les lésions occupaient surtout les nerfs laryngés supérieurs des deux côtés, qui étaient à la fois atrophiés et dégénérés.

Influence de la chlorurémie sur l'albuminurie.

MM. Hallion et **Carrion** adressent une note tendant à démontrer que les injections chlorurées intravasculaires amènent des perturbations dans les matières albuminoïdes du sang, susceptibles d'expliquer les inconvénients des chlorures dans les néphrites, notamment au point de vue de l'albuminurie, sans que les auteurs veuillent nier pour cela la possibilité d'une action osmonocive des solutions chlorurées sur l'épithélium rénal, telle qu'elle a été admise par MM. Castaigne et Rathery (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 309-312.)

M. A. Dastre dépose, en son nom et au nom de MM. V. Henri, Stodel et Arthus, une série de notes tendant à établir que, contrairement à la théorie classique, le *fibrin-ferment* ne prend pas naissance par destruction du globule blanc, mais constitue une sécrétion de cet élément.

M. Sérégé (de Bordeaux) envoie une note sur l'existence d'un double courant sanguin dans la veine cave inférieure : de même que la veine porte (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 213), ce vaisseau peut être considéré comme virtuellement double sur une partie de son parcours, le sang provenant des deux membres inférieurs ne se mélangeant pas dès son arrivée dans la veine cave.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 4 et 11 novembre 1903.

Kyste du pancréas.

M. Steiner présente une femme qui a eu, il y a dix mois, une affection aiguë fébrile avec douleur dans la partie gauche de l'abdomen et tumeur au voisinage de la région stomacale; cette grosseur ne fit qu'augmenter, en même temps que l'état général de la patiente s'altérait et que se développaient des troubles gastriques.

Dans ces derniers temps, la tumeur avait acquis les dimensions d'une tête d'adulte; elle s'enfonçait sous l'arc costal gauche et repoussait l'estomac à droite et en haut, le côlon en arrière; elle offrait une consistance ferme, tendue, une surface lisse; sa mobilité aux mouvements respiratoires et à la palpation était modérée. Les urines ne contenaient pas de sucre; les graisses étaient normalement digérées. On posa le diagnostic de kyste pancréatique.

L'intervention montra qu'il s'agissait en effet d'une tumeur kystique du pancréas, dont les parois avaient subi la dégénérescence maligne. L'extirpation complète étant impossible, on fit l'opération de Gussenbauer; elle eut pour effet de mettre fin à la compression de l'estomac par le néoplasme, de sorte que la malade peut maintenant s'alimenter.

M. Brat montre un homme qui présente également un kyste pancréatique; cette affection a eu un début subit, par des vomissements et des douleurs, puis la tuméfaction augmenta progressivement de volume, au point d'avoir actuellement les dimensions d'une tête d'adulte. Une ponction a donné issue à un liquide fortement hémorrhagique; c'est d'ordinaire là un signe de malignité, et cependant il semble bien qu'ici le kyste soit bénin, car, quoiqu'il date déjà de près d'un an, l'état général du patient n'est nullement affecté.

Lipomatose symétrique améliorée par le traitement thyroïdien.

M. Max Rothmann présente 4 hommes atteints de lipomatose symétrique typique. Pensant que cette affection est liée à une insuffisance thyroïdienne — on sait que Madelung dans un cas a constaté l'absence complète du corps thyroïde —, l'orateur a soumis 2 de ces malades à la thyroïdothérapie, et ils en ont retiré un certain bénéfice; c'est ainsi qu'au bout de deux mois de ce traitement, le périmètre du cou, chez l'un deux, a passé de 44 centimètres à 36 centim. 1/2. Des tentatives analogues ont d'ailleurs été faites avec semblable résultat, notamment par M. Giudiceandrea.

Se basant sur ces effets favorables de la cure thyroïdienne, M. Rothmann met en parallèle le myxœdème et la lipomatose symétrique : la première de ces affections atteignant presque exclusivement la femme, tandis que la seconde est de beaucoup plus fréquente dans le sexe masculin, il est permis de supposer que, suivant le sexe, l'insuffisance thyroïdienne se traduit soit par un dépôt généralisé de graisse sous les téguments, soit par la formation de tumeurs graisseuses isolées.

Supériorité de l'opération vaginale sur la laparotomie en gynécologie.

M. Abel fait une communication dans laquelle il défend la supériorité de l'opération vaginale — moins grave — sur la laparotomie dans les affections gynécologiques. A l'appui de son opinion il cite une statistique de 121 opérations vaginales, avec 2 décès seulement, soit une mortalité de 1.65 %, tandis qu'un nombre égal de laparotomies a donné une mortalité de 6.61 %.

Un des principaux avantages de l'opération vaginale, c'est qu'elle est plus facilement acceptée par les malades, ce qui permet d'intervenir plus tôt. C'est là un point de grande importance, notamment dans le traitement des fibromes utérins qui, sans être des tumeurs malignes à proprement parler, n'en retentissent pas moins à la longue sur l'état général, et peuvent, par exemple, déterminer des complications cardiaques.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 21 novembre 1903.

L'importance diagnostique et pronostique des affections de la rétine dans les néphrites.

Dans la séance du 19 novembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. Elschnig** a dit avoir examiné le fond de l'œil dans 209 cas de néphrite; 10 de ces malades avaient des lésions graves de la rétine, mais sans rapport avec l'affection rénale. Sur les 199 autres, 74 (soit 37 %) avaient une rétine normale, 60 présentaient de l'artériosclérose ou de la périvasculite ou un léger œdème au niveau de la papille. Comme ces altérations se produisent également dans la syphilis et l'alcoolisme, elles ne peuvent pas être considérées comme pathognomoniques des néphrites; ces 134 cas doivent donc être considérés comme négatifs.

Par contre, chez 65 patients, soit 32.6 %, il y avait des altérations pathognomoniques de la rétine. Parmi ces lésions il faut citer : la rétinite albuminurique légère, atypique (artériosclérose, hémorrhagies isolées et petits foyers jaunâtres de dégénérescence dans la rétine), qui existait dans 15 cas ou 7.5 %; la rétinite atypique grave (infiltrations étendues de la pupille et de la rétine, altérations vasculaires graves, nombreux foyers de dégénérescence et hémorrhagies), dans 24 cas ou 12 %; la rétinite albuminurique typique, avec la figure caractéristique en étoile dans la région maculaire, dans 13 cas ou 6.5 %; la rétino-choroïdite albuminurique, dans 6 cas ou 3 %; enfin l'atrophie de la rétine consécutive à la rétinite, la rétinite proliférante, la thrombose des artères rétiniennes, dans 7 cas ou 3.5 %.

Sur 10 cas de néphrite aiguë, la rétine était 3 fois dans des conditions normales; 5 fois elle offrait des lésions vasculaires légères et 2 fois seulement il y avait une légère rétinite atypique. En ce qui concerne l'influence de l'âge, on constata des lésions rétiniennes chez 26 % des malades au-dessous de trente ans, et chez 36 % de ceux qui avaient dépassé cet âge.

Quant à l'importance pronostique des lésions rétiniennes, il y a un parallélisme très net entre la marche de la rétinite et celle de la néphrite; aussi l'aggravation de la rétinite est-elle un mauvais signe pour la néphrite. Pour ce qui est du pronostic *quoad vitam*, il est relativement défavorable. Des 74 malades à rétine normale, 3 sont morts au bout de six semaines par néphrite, tuberculose et affection cardiaque; des 60 qui avaient de l'artériosclérose, 4 succombèrent au bout de six semaines, 6 au bout de six mois : sur ces 134 cas sans lésions rétiniennes pathognomoniques, on compta donc 9 décès, soit 6.7 % dans un délai de six mois. Parmi les 65 sujets atteints de néphrite avec altérations pathognomoniques de la rétine, 16 moururent dans un délai de six semaines après la constatation de l'affection rétinienne et 17 au bout de six mois, soit une mortalité de près de 50 %. Enfin, les 6 patients atteints de rétino-choroïdite albuminurique succombèrent au maximum six semaines après la constatation de la choroïdite. Ce dernier fait est d'autant plus important à retenir que cette forme d'affection rétinienne néphritique paraît encore peu connue.

M. L. Königstein a trouvé, parmi les malades de l'hôpital, un nombre plus faible d'affections rétiniennes que ne l'indique M. Elschnig, mais la proportion était beaucoup plus élevée dans la clientèle de la ville, ce qui tient à ce que ce genre de malades vient consulter l'oculiste pour des troubles visuels et à cette occasion on découvre la néphrite. En général, la mort par néphrite survient de six à neuf mois après l'apparition de l'affection rétinienne.

M. Nothnagel fait observer que, d'après les observations cliniques, les lésions rétiniennes surviennent surtout dans le rein contracté.

M. Elschnig déclare qu'à l'autopsie de ses malades il a, en effet, presque toujours constaté l'existence de reins contractés.

Traitement des céphalalgies syphilitiques par les sulfocyanures.

M. Pauli a présenté un syphilitique qui avait des céphalalgies graves et une exostose crânienne, en même temps qu'une congestion de la papille optique au début. On lui administra chaque jour de 4 à 8 cuillerées d'une solution à 1 % de sulfocyanure de potassium ou de sodium. Sous l'influence de ce traitement les maux de tête et l'exostose disparurent complètement. Les sulfocyanures ne sont cependant pas doués de propriétés antisyphilitiques spécifiques.

M. Jungmann dit avoir expérimenté ce mode de traitement dans le service de M. Lang. Les sulfocyanures, administrés en solution aqueuse à la dose de 0 gr. 75 centigr. à 2 grammes par jour, ont une action très favorable sur la céphalalgie syphilitique. Les effets du sulfocyanure de sodium sont identiques à ceux du sulfocyanure de potassium; ces deux sels provoquent les mêmes symptômes d'intoxication que l'iode (coryza et acné).

La pression dans l'oreillette droite.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Gustav Gärtner** a fait connaître un procédé qu'il a trouvé pour mesurer exactement la pression dans l'oreillette droite.

Lorsqu'on fait relever lentement le bras à un homme sain, on observe que les veines, qui

proéminent sur la peau, s'affaissent au moment où le bras arrive au niveau du cœur, ou mieux de la région comprise entre la troisième et la cinquième côte. La différence de niveau entre le point où se produit ce phénomène et la valvule tricuspide mesure la pression dans l'oreillette.

Des recherches cliniques ont montré à l'orateur que la pression dans l'oreillette est toujours augmentée dans les cas où il faut admettre une stase dans la circulation pulmonaire (affections valvulaires de la mitrale, emphysème pulmonaire, péricardite, pleurésies, pneumonie, phtisie avancée). L'augmentation varie de 10 à 40 centimètres. Dans les cas où elle est très considérable, les malades doivent lever le bras jusqu'au niveau de la région pariétale pour obtenir l'affaissement des veines.

Ce procédé d'exploration aurait même permis à M. Gärtner de dépister des troubles circulatoires que l'examen physique était impuissant à révéler.

Spondylite cervicale syphilitique.

Dans la séance du 6 novembre de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Isidor Neumann** a présenté les pièces anatomiques provenant d'un syphilitique de trente-cinq ans, qui fut soumis pendant onze années au traitement spécifique. L'infection chez ce malade était en effet rebelle; il y avait sans cesse des récidives au niveau des différents organes, surtout du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx.

Trois ans avant la mort, on put constater, au fond d'une ulcération de la paroi pharyngienne postérieure, une surface osseuse dénudée et rugueuse. Cette lésion progressa continuellement et se traduisit par de la raideur de la tête et du cou, avec douleurs à l'occiput et dans les apophyses épineuses de la troisième et de la quatrième vertèbre cervicale. Dans le dernier mois la fièvre s'alluma et il survint une affection phlegmoneuse qui progressa le long des muscles cervicaux vers la plèvre et qui entraîna l'issue fatale. A l'autopsie on trouva une destruction du disque intervertébral entre la troisième et la quatrième vertèbre cervicale avec luxation de ces vertèbres.

On n'a publié jusqu'ici que 36 observations de syphilis vertébrale, le plus souvent cervicale, comme dans le présent cas; mais l'orateur estime que pour une partie de ces faits il s'agissait de processus tuberculeux ou d'inflammations chroniques n'ayant rien à voir avec la syphilis.

La valeur alimentaire des injections sous-cutanées de graisses.

Dans la séance du 13 novembre de la même Société, **M. Hofbauer** a dit avoir injecté, sous la peau de chiens inanitiés, de l'huile d'olive — colorée pour pouvoir la déceler plus facilement — à la dose de 2 c.c. : il s'agissait de vérifier la valeur pratique des injections sous-cutanées de substances grasses, jadis préconisées par M. von Leube pour les cas où l'alimentation rectale est insuffisante ou mal supportée (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 168). Or, lorsqu'il sacrifia ces chiens après quinze jours, l'orateur retrouva presque entièrement l'huile au voisinage du point de l'injection, dans le tissu conjonctif sous-cutané; elle n'avait donc été résorbée qu'en minime partie.

M. E. Lang estime que ces expériences ne sont pas très démonstratives, parce que la quantité d'huile injectée était trop faible.

M. Riehl a présenté un malade chez lequel il a obtenu la guérison d'un mycosis fongoïde par des applications radiothérapiques.

Dr Schnirer.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Le Corps médical aux Etats-Unis.

Je me propose de consacrer aujourd'hui ma correspondance hebdomadaire au Corps médical des Etats-Unis. Il serait peut-être plus juste de parler des corps médicaux des Etats-Unis. C'est qu'en effet, à côté des adeptes de ce que l'on appela jadis l'allopathie, existe toute une série de sectes médicales différentes qui renient les doctrines professées par les allopathes ou médecins *réguliers* et entendent traiter leurs malades suivant certains principes fort différents de ceux qu'enseigne la médecine classique. Tels sont les homéopathes, les ostéopathes, les éclectiques, les Eddyistes, les Dowiestes, etc., etc. En somme, il s'agit là de ce qu'en Europe on appelle plutôt des guérisseurs que des médecins : ce sont, pour désigner les choses par leur nom, les charlatans de la profession médicale. Aux Etats-Unis, d'ailleurs, les médecins dits réguliers ne se font pas scrupule d'employer ce terme à l'égard des dissidents.

Il faut tenir compte cependant que, dans la grande république américaine, toutes ces catégories de dissidents sont reconnues officiellement et ont leur existence légale. Elles ont leurs Sociétés, leurs Congrès, leurs Ecoles, leurs *State-Boards* particuliers, et ainsi de suite. On peut donc fort bien parler à propos de chacune d'elles d'un corps médical spécial. Je me suis naturellement fort peu occupé de ces différents groupes dans le cours de mon voyage. Mais l'importance de ces guérisseurs, leur nombre, leur influence sur l'exercice de la médecine sont tels que je n'ai pas laissé d'en entendre parler assez souvent. Je dois avouer, du reste, que les entretiens que j'ai eus à cet égard n'ont pas toujours suffi à éclairer entièrement ma religion. Je n'ai jamais, par exemple, pu me faire expliquer en quoi la chirurgie ou l'obstétrique homéopathiques se distinguaient de la chirurgie ou de l'obstétrique classiques. On m'a cité un « chirurgien homéopathe » exerçant son art avec beaucoup de distinction dans l'une des plus grandes villes de la côte de l'Atlantique, sans que toutefois il m'ait été possible de dépister la plus petite différence entre ses procédés et ceux de ses confrères dits réguliers.

En comprenant les dissidents dans le nombre des médecins qui exercent aux Etats-Unis et sont reconnus par la loi américaine, on arrive à un chiffre global actuellement estimé à plus de 130,000 médecins. Cela représente, pour une population d'à peu près 80 millions d'âmes, environ un médecin par 600 habitants. Cette proportion est près de deux fois plus forte aux Etats-Unis que dans les principaux Etats d'Europe, où l'on compte en moyenne un médecin par millier d'habitants. Cette pléthore tend d'ailleurs à s'exagérer encore de jour en jour : on a calculé, en effet, que, chaque année, les Ecoles de médecine des Etats-Unis forment environ deux fois plus de médecins qu'il n'y a de déchet par décès ou retraite.

Quoi qu'il en soit, il semble bien que — outre la tournure d'esprit de l'Américain, et aussi certaines conditions inhérentes à un pays neuf — cette pléthore de médecins contribue pour beaucoup à conférer à l'exercice de la médecine aux Etats-Unis ce caractère mercantile si frappant, je dirais presque si choquant, pour le médecin européen qui parcourt ce pays. Alors qu'en Europe la médecine est considérée et pratiquée comme une profession libérale, on ne saurait en dire autant pour la plus grande partie des Etats-Unis. En dehors de la région s'étendant le long du littoral de l'Atlantique, la médecine y est, en effet, exercée bien plutôt comme un commerce — *business* — que comme une profession libérale. Je sais bien que nombre de confrères américains protestent énergiquement contre un pareil jugement. Je ne saurais, cependant, me dispenser de le porter, et j'ajoute que certains médecins américains, fort bien placés pour connaître les choses par expérience, ont tout spécialement appelé mon attention sur ce point. Je puis citer particulièrement le sentiment maintes fois affirmé de ceux qui, après avoir exercé plusieurs années dans les grandes villes de l'Est, ont dû émigrer vers l'Ouest pour raisons de santé.

Dans cet ordre d'idées, on peut signaler l'usage répandu dans toute l'étendue des Etats-Unis — sauf dans les villes du littoral de l'Atlantique — qui consiste à avoir son cabinet de consultation en ville, dans le centre des affaires, et non dans son logement particulier. On voit ainsi certains *skyscrapers* (maisons à quinze et vingt étages) occupés exclusivement, ou presque, par des cabinets de médecins. Le *Reliance Building*, situé au 100 State Street, à Chicago, en est un exemple classique et bien connu à travers tous les Etats-Unis. Le plus souvent, une salle d'attente commune sert à un certain nombre de médecins à la fois. Ceux-ci, assez fréquemment, s'associent entre eux et l'arrangement qui en résulte peut prendre tous les caractères d'une véritable entente commerciale. Assurément, on ne saurait parler de *rabattage* dans tous ces cas, encore qu'un pareil état de choses semble tout fait pour y mener.

L'usage de l'enseigne — je dis à dessein *enseigne* et non *plaque* — est absolument général, même de la part de ceux que l'on a pu appeler les princes de la science. Pour qui n'y est pas accoutumé, l'effet, quand on se place en face d'un *skyscraper* médical, est vraiment bizarre, de toutes ces fenêtres sur lesquelles s'étalent en lettres d'or d'un demi-pied de haut le nom des docteurs un tel et un tel, avec l'indication des jours et heures de consultation.

Plus on va vers l'Ouest, plus le caractère de mercantilisme s'accentue. Il est par là-bas, fort loin dans la plaine, un bourg d'environ 4,000 habitants, où exercent deux frères, chirurgiens tous deux fort distingués dans leur spécialité et ayant fourni des preuves non seulement de leur savoir-faire, mais aussi de leur science. La façon dont ils exercent leur *business* est bien caractéristique; c'est pourquoi il me semble intéressant de donner quelques-uns des renseignements que j'ai recueillis à cet égard, quoique je n'aie pas eu de preuves absolues entre les mains. Ces deux chirurgiens se sont installés dans un rez-de-chaussée que leur *business* occupe tout entier. Huit aides, tous docteurs en médecine, les assistent, recueillant les observations et pratiquant les analyses microscopiques, cliniques, radiographiques, etc., qu'exigent les circonstances; ces aides sont choisis de telle façon que chacun d'eux ait une compétence spéciale dans une branche particulière de la médecine. Après avoir été préparé et retourné par les aides, le malade est présenté aux maîtres du logis, qui l'examinent à leur tour, et, après s'être consulté entre eux, décident s'il y a lieu à intervenir ou non et de quelle nature, le cas échéant, doit être cette intervention. Celle-ci est pratiquée le matin par l'un d'eux dans un hôpital particulier, possédé et géré par des religieuses, mais dont ils sont les seuls chefs de service. L'établissement en question, bien qu'il porte le nom d'*hôpital*, est plutôt une maison de santé, rien n'y étant gratuit. Les honoraires du chirurgien sont proportionnés à la bourse du malade et de la famille. Ils sont calculés, m'a-t-on affirmé, de façon à représenter un mois du gain du patient; les données servant à évaluer ce gain sont elles-mêmes recueillies par une caissière chargée de la comptabilité et devant laquelle le malade passe dès son arrivée, avant même d'avoir vu le médecin. Les Américains ne s'en choquent d'ailleurs nullement : c'est *businesslike*. Aux Etats-Unis on ne saurait traiter une question sans citer des chiffres. J'ajouterai donc que, d'après ce qui m'a été affirmé, les frais généraux du cabinet de consultation dont il s'agit ne seraient pas inférieurs à 100,000 fr. par année, chiffre qui ne paraîtra malgré tout pas excessif si l'on considère qu'à lui seul, le plus ancien des aides touche un traitement annuel de 40,000 fr.

Il est cependant un point par lequel l'exercice de la médecine abandonne aux Etats-Unis son caractère mercantile : je veux parler de la réclame, qui est absolument proscrite et par les coutumes et par les codes déontologiques. Il ne s'agit d'ailleurs pas seulement des réclames insérées à la quatrième page des journaux : on cite tout haut le nom de l'un des chirurgiens les plus éminents d'Amérique, qui fut pendant longtemps frappé d'ostracisme par ses confrères parce qu'il avait exposé, dans la salle d'attente de son cabinet de consultation, une note d'honoraires grassement payés par un client milliardaire. La réclame de la part d'un médecin est considérée aux Etats-Unis comme la marque indubitable des charlatans. Ceux-ci ne se privent pas d'y avoir recours dans les journaux politiques, souvent non sans succès, m'a-t-on affirmé.

Par tout ce que nous venons de dire on peut juger du degré de « commercialisation » de la médecine aux Etats-Unis, et aussi du rôle important que le charlatanisme joue dans l'exercice de la profession, double conséquence de cette pléthore si excessive sur laquelle nous insistions dès le début de la présente lettre.

Dr Francis Munch (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ITALIENNES

Recherches sur le sang et les échanges dans la cyanose congénitale (contribution à l'étude de l'hyperglobulie), par M. A. Calabrese.

Si la cause de la cyanose que l'on observe dans les cardiopathies congénitales est encore discutée, il n'en reste pas moins que cette cyanose s'accompagne d'hyperglobulie; mais celle-ci est-elle *absolue* ou bien *relative*, c'est-à dire due tout simplement à l'épaississement du sang? La question n'est pas dépourvue d'importance au point de vue pathogénique, car dans le premier cas il faudrait admettre une hyperproduction des hématies, tandis que dans le second on se trouverait amené à incriminer une stase sanguine généralisée. Aussi M. Calabrese s'est-il efforcé de la résoudre en mettant à profit les observations qu'il a pu faire sur un malade de vingt-quatre ans, atteint de rétrécissement pulmonaire avec perforation du septum interventriculaire, et hospitalisé dans le service de clinique médicale de M. le professeur Cardarelli.

Or, il a pu s'assurer qu'il existait chez cet homme une hyperglobulie absolue; le poids spécifique élevé du sang, ainsi que le taux de l'extrait sec, des cendres et des chlorures, auraient pu faire croire, il est vrai, à une concentration plus grande du liquide sanguin, mais ces particularités s'expliquaient tout aussi bien par l'augmentation du nombre des érythrocytes; en faveur de cette dernière hypothèse plaidaient, en outre, la présence d'hématies beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal (de 10 à 11 μ de diamètre), et aussi l'élévation de la richesse hémoglobinique.

Ce qui confirme encore M. Calabrese dans son opinion, qu'il y avait chez ce patient hyperactivité hématopoiétique, c'est qu'il a constaté que les résistances *maxima* et moyenne des globules étaient augmentées, sans qu'il en fût de même de leur résistance *minima*, ce qui est un caractère des érythrocytes jeunes. Les éléments nucléés faisaient à la vérité défaut, mais le fait n'a rien de surprenant, car ces hématies ne se rencontrent guère qu'à la suite des pertes sanguines brusques, que l'organisme cherche aussitôt à réparer. Par contre, il existait quelques globules cyanophiles, éléments que l'on observe en général dans les cas où les organes hématopoiétiques fonctionnent très activement, comme dans les anémies, chez le fœtus, etc.

Reste à déterminer quelle est la raison de cette hyperglobulie. A cet égard, M. Calabrese croit pouvoir incriminer la présence d'acide carbonique en excès dans le sang, qui, ainsi rendu « hyperveineux », exciterait d'une façon particulièrement intense les organes hématopoiétiques; les hématies produites en excès par suite de ce processus s'accumuleraient dans les capillaires dont elles entraîneraient la dilatation — directement constatée par divers auteurs — et ainsi se trouverait constituée la cyanose.

Ajoutons que M. Calabrese a pu reconnaître que chez son malade le sang avait un point de congélation élevé, mais qui devenait normal après qu'on avait fait barboter un courant d'oxygène dans le liquide à éprouver. Le point cryoscopique des urines était normal, ainsi que la diurèse moléculaire totale et le bilan de l'azote. (*Gazz. internazion. di med.*, 31 juillet, 15 et 31 août, 15 et 30 septembre 1903.) — F. F.

Un cas de syphilis contractée au début de la paralysie générale, par M. G. Garbini.

Si l'infection syphilitique doit être considérée comme un des facteurs les plus communs et les plus efficaces de la méningo-encéphalite diffuse, on ne saurait cependant soutenir qu'elle est la seule cause de cette affection, et que tous les paralytiques généraux sans exception sont d'anciens syphilitiques. A cet égard, l'observation relatée par M. Garbini, et qui s'ajoute à quelques autres faits semblables antérieurement publiés, est fort probante, car elle démontre que la paralysie générale ne met pas sûrement à l'abri de la contamination syphilitique; il faut donc en conclure qu'elle n'est pas toujours d'origine spécifique, à moins qu'on ne veuille admettre une réinfection chez un sujet déjà vérolé, hypothèse bien invraisemblable.

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, assez lourdement taré au point de vue héréditaire et ayant lui-même commis des excès vénériens et alcooliques. Après une existence assez mouvementée, témoignant d'une certaine faiblesse du sens moral, en même temps que d'une instabilité mentale assez prononcée, se déclarèrent chez lui les premiers signes d'une affection cérébrale sur la nature de laquelle une attaque apoplectiforme devait bientôt lever tous les doutes; mais entre temps — et alors que les troubles mentaux dataient déjà de six mois — cet individu avait contracté un ulcère vénérien qui fut reconnu comme de nature syphilitique par des médecins, et qui fut d'ailleurs suivi d'une éruption papuleuse, d'abord limitée à la poitrine, puis généralisée; enfin, pour que rien ne manquât à la certitude du diagnostic, le malade eut l'occasion de transmettre le contage à une femme. Admis au manicome de Messine, il y fut soumis à un traitement antisyphilitique énergique, qui parut amener quelque amélioration; mais peu après il succombait dans une phase d'excitation violente, et l'autopsie confirmait qu'il s'agissait bien de méningo-encéphalite diffuse. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.) — F. F.

Procédé nouveau de cure radicale de la hernie crurale, par M. T. Cavazzani.

Le but que doit se proposer toute opération visant à la cure radicale d'une hernie est de supprimer l'*infundibulum* péritonéal par où s'opère la descente des viscères, et qui, dans le cas particulier de la hernie crurale, est représenté par la fossette crurale interne. Aucune des interventions multiples imaginées pour remédier à cette variété de hernie ne remplit cette condition; aussi M. Cavazzani a-t-il imaginé un procédé nouveau, qui consiste essentiellement — le sac une fois bien isolé et réséqué — à abaisser le ligament de Fallope jusqu'au contact du pubis et à l'y maintenir au moyen d'un fil de soie fort (n° 3 ou 4). Dans ce but, le fil, monté sur une aiguille mousse très recourbée est mené, au-dessous de la branche horizontale du pubis, dans le canal obturateur, puis il traverse le bord inférieur du ligament; enfin ses deux chefs sont noués l'un à l'autre; on peut, pour plus de sûreté, établir quelques points de soutien réunissant le ligament au pectiné.

Cette opération, très simple, serait aussi très rapide. L'auteur a eu jusqu'ici l'occasion de la pratiquer dans 3 cas avec un plein succès immédiat, mais ces interventions sont encore trop récentes pour qu'on puisse dès à présent se prononcer sur la valeur du procédé. (*Clinica moderna*, 22 juillet 1903.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des hémorrhoïdes par le simple écrasement.

Nous avions la « volatilisation des hémorrhoïdes » avec la pince-cautère écrasante du professeur Richet : nous avons maintenant, par une nouvelle application de l'angiotribe, l'*écrasement* pur et simple. M. le docteur J. Landström décrit ce procédé, utilisé depuis un an à l'hôpital Sabbatsberg de Stockholm, dans le service de M. le docteur E. S. Perman, dont il est l'assistant.

On se sert, non point de l'angiotribe ordinaire, dont les mors sont trop larges, mais d'une pince écrasante spéciale, dont les mâchoires mesurent environ 7 centimètres de long et 4 à 5 millimètres de large; elles sont de surface presque unie et ont des bords soigneusement arrondis. Le patient étant couché sur le côté, on dilate fortement l'anus, et l'on saisit à leur base, isolément, les paquets hémorrhoïdaires, en veillant à ce que l'instrument ne « morde » ni sur la peau ni sur la muqueuse rectale. La constriction réalisée, on excise d'un coup de ciseaux la petite tumeur, et l'on peut tout de suite enlever la pince; le pédicule « écrasé » est réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier; il ne saigne nullement. Après avoir répété l'intervention, s'il y a lieu, sur les autres bourrelets, il ne reste plus qu'à mettre un tube de caoutchouc dans le rectum (est-ce bien nécessaire?) et à panser à plat.

Tout cela ne dure que quelques minutes, et peut être mené à bien sous l'*ivresse éthérée*, avec quelques bouffées d'anesthésique, d'après la méthode de Sudeck; le malade ne perd pas une goutte de sang, ce qui est d'importance, dans l'état d'anémie hémorrhoïdaire que l'on rencontre parfois.

D'après M. Landström, il n'y a pas de douleur consécutive, ni aucun danger d'hémorrhagie secondaire, si la constriction a été suffisante. On purge l'opéré du cinquième au sixième jour; au bout d'une semaine, la zone écrasée est représentée par une petite plaie de 5 millimètres à 1 centimètre de large, qui guérit en quinze jours.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par des injections intraveineuses d'éther iodoformé.

M. le docteur Th. W. Dewar (de Dunblane) traite, depuis quelque temps, la tuberculose pulmonaire par des injections intraveineuses d'éther iodoformé. Notre confrère commence par injecter, tous les cinq jours, de cinq à sept gouttes de ce liquide, en ayant soin de n'employer qu'une solution pas tout à fait saturée d'iodoforme dans l'éther. Il importe, en effet, de tenir compte que, l'éther s'évaporant en partie avant que l'on ait le temps d'introduire l'aiguille dans la veine, on risque de voir la canule se boucher par de l'iodoforme précipité, si l'on se sert d'une solution saturée (1 pour 7). D'après l'expérience de M. Dewar, le traitement donnerait des résultats d'autant plus favorables que le système veineux superficiel des membres serait plus développé. Aussi les hommes s'y prêteraient-ils beaucoup mieux que les femmes, et celles-ci mieux que les enfants. *A moins qu'il n'existe des lésions très avancées du poumon*, les injections seraient assez bien supportées, et, chez 2 patients, notre confrère a pu injecter en une fois jusqu'à XLV gouttes d'éther iodoformé. Il n'est, du reste, nullement nécessaire d'atteindre des doses aussi élevées.

Il va sans dire que l'on doit employer de l'iodoforme très finement pulvérisé et de l'éther absolument pur. La solution est préparée, autant que possible, immédiatement avant l'intervention et ne doit pas être exposée à la lumière.

Sous l'influence des injections pratiquées comme nous venons de le dire, M. Dewar a vu survenir une amélioration considérable dans les signes physiques, ainsi qu'une diminution de la fièvre et de l'expectoration, avec augmentation du poids du corps, et cela dans des cas où les deux poumons étaient pris et où les crachats contenaient des bacilles de Koch et des fibres élastiques.

Le carbonate de gaïacol contre la rougeole.

Ayant eu maintes fois l'occasion de se convaincre que le carbonate de gaïacol exerce une influence très favorable sur les bronchites aiguës fébriles, M. le docteur D. M. Paton (de Melbourne) décida d'expérimenter le même remède contre les phénomènes catarrhaux propres à la rougeole. Les essais que notre confrère a institués à cet égard lui ont donné d'excellents résultats : sans modifier l'évolution de l'exanthème, l'usage du carbonate de gaïacol ferait complètement avorter les troubles respiratoires et empêcherait l'apparition de complications, même dans les cas graves avec température dépassant 40°.

Chez les adultes, M. Paton administre le carbonate de gaïacol à la dose de 0 gr. 60 centigr., répétée toutes les trois heures. Pour les enfants, la dose varie suivant l'âge. Les petits malades acceptent, d'ailleurs, très bien le médicament en question, surtout si l'on a soin de l'additionner d'une égale quantité de sucre en poudre. Le traitement, institué dès que le diagnostic est posé, doit être continué jusqu'à ce que la température redevienne normale; de plus, pour assurer la guérison, on fera bien de prolonger pendant deux jours encore l'usage du remède, mais en en diminuant la quantité. En cas de vomissements ou de diarrhée, on pourra associer au carbonate de gaïacol un peu de bismuth ou de poudre de Dower.

Notre confrère n'a jamais vu échouer le moyen thérapeutique dont il s'agit, pas plus qu'il n'a eu à enregistrer le moindre symptôme fâcheux susceptible d'être mis sur le compte de cette médication.

REVUE CRITIQUE

De la glycolyse dans ses rapports avec le diabète sucré.

I

L'homme absorbe, normalement, beaucoup d'hydrates de carbone. Si son alimentation est exclusivement carnée et qu'il en ingère, par conséquent, très peu (1), il fait lui-même le sucre dont il a besoin, soit dans son foie — avec du glycogène et avec une autre substance récemment découverte par M. Seegen (2) —, soit dans d'autres organes pourvus de glycogène, soit dans son sang, comme je l'ai montré avec M. Boulud (3). Chez l'homme en état de santé, plusieurs centaines de grammes de sucre sont consommés chaque jour. Il en disparaît moins chez le malade atteint de diabète léger, *beaucoup moins* si le diabète est grave.

Le sucre, dans l'économie, est utilisé de plusieurs manières différentes : il peut entrer comme partie intégrante de la molécule de certaines matières protéiques; il peut se transformer en glycogène ou en graisse; enfin, il peut se détruire dans les tissus, pour le fonctionnement des organes. Le mot *glycolyse*, que j'ai proposé en 1890, signifie simplement *disparition du sucre*. Pour préciser de quelle manière ce sucre disparaît, il convient de dire: glycolyse par zoamylogénie, glycolyse par lipogénie, etc. La disparition du sucre par destruction fonctionnelle n'a pas encore reçu de nom particulier.

Dans le diabète, soit léger, soit grave, ces différents modes de glycolyse sont-ils également atteints? A première vue, il semble qu'on doive répondre par l'affirmative, car il résulte de la belle expérience de M. Hanriot (4) que certains diabétiques, au moins, sont incapables de transformer le sucre en graisse. D'autre part, le sang de quelques diabétiques lipémiques renferme une très forte proportion de graisse et on est ainsi conduit à penser que, chez ces malades, les hydrates de carbone en sont la source. Mais il se pourrait que la lipémie, rare d'ailleurs chez les diabétiques, fût le résultat d'un défaut du ferment qui normalement solubilise la graisse, c'est-à-dire d'une complication de la maladie. Il ne faut donc pas se hâter de conclure; et cependant la solution de cette question serait d'une grande importance, car si, dans le diabète, les divers modes de glycolyse étaient toujours parallèlement atteints, on pourrait affirmer que le vice essentiel de cette maladie, c'est seulement le *premier acte* du processus glycolytique.

Quel est ce premier acte? Il est extrêmement difficile de répondre d'une manière satisfaisante à cette question. Les chimistes ont tout d'abord pensé à une simple oxydation. Mais, comme on l'a justement fait remarquer, l'oxygène est incapable d'oxyder directement la plupart des substances oxydables de l'économie. Il lui faut l'*aide* d'un ferment. Me basant sur divers motifs, j'ai admis, il y a treize ans, l'existence d'un ferment soluble spécial, le ferment *glycolytique*. Puis M. Spitzer (5) a supposé que

(1) On sait que la viande, surtout non bouillie, renferme une *petite* quantité de glycogène et d'autres hydrates de carbone.

(2) Seegen. Ueber ein in der Leber gebildetes stickstoffhaltiges Kohlehydrat. (*Sitzungsberichte der kais. Akad. der Wissensch. in Wien, mathemat. Classe*, mai 1903.)

(3) Il résulte de nos recherches (*Semaine Médicale*, 1903, p. 330 et 354) qu'il se produit, dans le sang *circulant*, une notable quantité de sucre aux dépens du « sucre *virtuel* » que renferme ce liquide. S'il en est chez l'homme comme chez le chien, un calcul très simple montre qu'il doit se former, rien que dans la petite circulation, environ 100 grammes de sucre par jour.

(4) M. Hanriot. Sur l'assimilation du glucose chez l'homme sain et chez le glycosurique. (*Arch. de physiol.*, avril 1893, p. 249.)

(5) Spitzer. Die Bedeutung gewisser Nucleoproteide für die oxydative Leistung der Zelle. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1897, LXVII, p. 615.)

ce ferment pouvait bien être identique avec les oxydases (1), dont M. Schmiedeberg (2), M. Salkowski (3), M. Jaquet (4), MM. Abelous et Biarnès (5), etc., nous ont fait connaître l'existence dans les tissus animaux et végétaux. Mais je n'ai jamais admis qu'on pût assimiler le ferment glycolytique aux oxydases qui transforment l'aldéhyde en acide salicylique. Des différences capitales les séparent. Il est superflu de les rappeler (6). Je me contente de faire remarquer que le sérum sanguin, qui renferme une oxydase (Abelous et Biarnès), est dépourvu de tout pouvoir glycolytique (R. Lépine et Barral).

Ce n'est donc pas une oxydase quelconque qui peut disloquer la molécule de sucre; mais ce n'est pas à dire pour cela, avec Nencki, « que l'anomalie de nutrition des diabétiques n'a rien à voir avec les processus d'oxydation » (7).

L'observation clinique nous montre chaque jour que des oxydants ne sont pas inutiles aux diabétiques. L'asphyxie produit souvent une hyperglycémie suffisante pour amener une glycosurie (Dastre). Cette hyperglycémie ne tient pas seulement à une hyperglycogénie : elle dépend pour une grande part de la diminution du processus glycolytique (R. Lépine et Barral).

Il me paraît donc impossible que *chez l'animal* la glycolyse soit toujours un processus anaérobie, analogue à la fermentation de la levure de bière, ainsi que l'ont vu autrefois, dans des fruits, Lechartier et Bellamy, Pasteur, et, plus récemment, dans la betterave, MM. Stoklasa, Jelinek et Vitek (8). Je suis convaincu pour ma part que, chez l'animal, les processus glycolytiques — on verra plus loin qu'il en existe certainement plusieurs — sont infiniment plus complexes (9), et que, dans certains d'entre eux, l'intervention de ferments oxydants est nécessaire (10). Il n'est d'ailleurs pas contestable qu'il y a aussi intervention d'un ferment hydratant. M. le professeur A. Gautier (11) croit qu'il ouvre la scène. M. Bourquelot (12) est d'avis que

(1) Voir sur les oxydases : Bourquelot. Remarques sur les matières oxydantes qu'on peut rencontrer chez les êtres vivants. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1er mai 1897, p. 403, et 10 juillet 1897, p. 687.) — Voir aussi, sur les oxydases et sur les ferments oxydants indirects : E. Enriquez et J.-A. Sicard. Les oxydations de l'organisme (oxydases). Paris, 1902.

(2) Schmiedeberg. Ueber Oxydationen und Synthesen im Thierkörper. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1881, XIV, p. 288 et 379.)

(3) Salkowski. Ueber die Oxydation im Blut. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1882, VII, p. 115.)

(4) Jaquet. Recherches sur les oxydations organiques dans les tissus. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1892, p. 55, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 104.)

(5) J.-E Abelous et G. Biarnès. Sur le pouvoir oxydant du sang. (*Arch. de physiol.*, juillet 1894, p. 59.)

(6) R. Lépine. Genèse des différentes formes de diabète sucré. (*Semaine Médicale*, 1897, p. 278.)

(7) Nencki et Mme Sieber (*Journ. f. prakt. Chemie*, 1882, XXVI, p. 1) ont soutenu cette opinion en se fondant sur le fait que les diabétiques oxydent bien le benzol.

(8) Stoklasa, Jelinek et Vitek. Der anaerobe Stoffwechsel der höheren Pflanzen und seine Beziehung zur alkoholischen Gährung. (*Beiträge zur chem. Physiol. u. Pathol.*, 1903, III, p. 460.)

(9) Je ne conteste pas, d'ailleurs, la réalité d'un processus glycolytique anaérobie chez l'animal. MM. Stoklasa et Czerny (*Berichte der deutsch. chem. Gesellsch.*, 1903, XXXVI, p. 622) ont trouvé dans les cellules animales des enzymes qui détruisent le glucose par un processus anaérobie, avec production d'alcool; M. Feinschmidt (*Beiträge zur chem. Physiol. u. Pathol.*, 1903, IV, p. 511) a fait la même constatation et a même trouvé dans ce cas la glycolyse plus énergique.

(10) Cet article était déjà rédigé quand a paru un mémoire de Mme Sieber (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1903, XXXIX, p. 484), d'où il résulte qu'il existerait dans la fibrine du sang trois ferments oxydants : un serait soluble dans l'eau distillée, un autre dans une solution de sels neutres, et le troisième (peroxydase et non oxydase) dans l'eau alcoolisée. Ces trois enzymes — qui sont glycolytiques — sont incapables d'oxyder l'aldéhyde salicylique. Ce fait confirme pleinement ce que je disais plus haut, qu'oxydase n'est pas synonyme de ferment glycolytique.

(11) A. Gautier. La chimie de la cellule vivante. Paris.

(12) Bourquelot. Actions successives d'un ferment soluble hydratant et d'un ferment oxydant. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1896, p. 314).

Voir aussi une note plus récente de MM. Bach et Battelli. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 2 juin 1903.)

l'oxydation et l'hydratation sont des actions combinées. Il est possible que, suivant les conditions, suivant les organes, etc., la dislocation de la molécule de sucre, c'est-à-dire le premier acte de la glycolyse, se fasse de manières différentes.

On a isolé, plus ou moins complètement, des ferments glycolytiques (1).

Quant à l'origine de ces ferments, on tend de plus en plus à penser qu'ils proviennent du protoplasma cellulaire dont ils constituent une partie. On les extrait, comme a fait Buchner pour sa zymase, au moyen d'une forte pression (obtenue par une presse hydraulique) qui détruit la cellule elle-même. Les recherches de M. Blumenthal (2), qui, pour l'obtention des zymases animales, a ouvert la voie, celles de M. Simácek (3) et de M. Feinschmidt (4), ont montré que le *suc*, ainsi obtenu, de divers organes, est doué de pouvoir glycolytique.

II

Formation de produits intermédiaires. — La dislocation de la molécule de glucose amène la formation de molécules plus petites, et nécessairement plus nombreuses. Aussi n'est-il pas étonnant que le point de congélation d'une solution sucrée s'abaisse pendant la glycolyse.

Quelles sont les substances formées par la dislocation de la molécule de sucre? On est encore mal renseigné à cet égard. Les travaux de M. P. Mayer (5) semblent démontrer que l'acide oxalique est un des produits du glucose, et les expériences de M. Hildebrandt (6) témoignent dans le même sens :

Soumis au régime de l'avoine (à laquelle il faut ajouter de la chaux pour prévenir les effets pernicieux de l'intoxication acide qu'amènerait l'avoine seule), les lapins excrètent seulement quelques milligrammes d'acide oxalique par jour. Si l'on ajoute à ce régime 30 grammes de glucose par jour et par kilogramme, ils excrètent *dix* fois plus d'acide oxalique.

C. Ludwig et ses élèves, MM. Drechsel, Frey, Gaglio, Vaughan Harley (7), ont pensé que l'acide lactique est aussi un des produits dérivés du glucose. M. Berlinerblau (8), sous la direction de Nencki, a vu de son côté que le sang d'une circulation artificielle renferme beaucoup d'acide lactique quand il a été additionné de glucose. Malgré ce résultat, MM. Asher et Jackson (9), se fondant sur de nouvelles expériences

(1) Voir, pour le sang, les travaux de MM. R. Lépine et Barral (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 23 fév. 1891 et *Semaine Médicale*, 1891, p. 70), de M. Aronssohn (*Thèse de Paris*, 1902), de Mme Sieber (*Loc. cit.*).

En ce qui concerne les organes, M. Blumenthal (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, 1898, I, 3), M. Stoklasa (*Loc. cit.*) et M. Feinschmidt (*Loc. cit.*) ont précipité par l'alcool le suc des organes. Quant à MM. Herlitzka et Borrino (*Sperimentale*, 1902, p. 656), ils ont isolé une nucléo-protéide de divers organes, et une nucléo-histone du foie, qui, dans une solution sucrée, ont amené la destruction d'une notable proportion de sucre.

(2) Blumenthal. (*Loc. cit.*)

(3) Simácek. Ueber die anaerobe Athmung des Pankreas und die Isolirung eines glycolytischen Enzyms aus demselben. (*Centr.-Bl. f. Physiol.*, 11 avril 1903, XVIII, p. 3.)

(4) Feinschmidt. (*Loc cit.*)

(5) P. Mayer. Experimentelle Untersuchungen über Kohlenhydratsäuren. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1902, XLVII, 1-2.) — Experimentelle Beiträge zur Frage des interm. Stoffwechsels der Kohlenhydrate. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1903, XXXVIII, p. 135.)

(6) Hildenbrandt. Ueber eine experimentelle Stoffwechsel-Abnormität. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1902, XXXV, p. 141.)

(7) V. Harley. Ueber den physiologischen Abbau des Traubenzuckers. (*Arch. f. Physiol.*, 1893, fasc. suppl., p. 53.)

(8) Berlinerblau. Ueber das Vorkommen der Milchsäure im Blute und ihre Entstehung im Organismus. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1887, XXIII, p. 333.)

(9) Asher et Jackson. Ueber die Bildung der Milchsäure im Blute. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1901, XLI, p. 393.)

de circulation artificielle et sur d'autres expériences *in vivo*, contestent que l'acide lactique provienne du glucose. La question n'est donc pas absolument tranchée.

La présence d'alcool a été constatée dans les produits de la glycolyse *in vitro*. M. Borrino (1) et M. Feinschmidt (2) en ont trouvé alors même qu'elle a lieu en milieu aérobie.

En résumé, quant à la nature intime du processus glycolytique, et quant aux produits intermédiaires (3) de la destruction du sucre, nous sommes encore incomplètement renseignés. Mais ce sujet, jusqu'ici si obscur, a excité une telle émulation parmi les physiologistes, que de nouvelles lumières ne peuvent manquer de l'éclairer prochainement et il n'est pas douteux que les malades en profitent.

En effet, si, chez le diabétique, l'acte initial de la glycolyse est seul atteint — ce qui est admissible — et que l'on connaisse exactement les produits *immédiats* de la dislocation de la molécule du sucre, on aura la possibilité d'alimenter le malade avec un de ces produits. C'est ainsi que Schultzen avait autrefois proposé la glycérine, et que, plus récemment, M. Schwartz a conseillé l'acide gluconique. Malheureusement, la pratique n'a pas justifié les prévisions de la théorie.

III

Mesure de la glycolyse. — M. le professeur Bouchard (4) a institué chez l'homme des expériences qui ont prouvé l'insuffisance de la glycolyse chez le diabétique; mais aucune méthode connue n'est capable d'en donner chez lui l'exacte mesure.

Peut-on, au moins, déterminer rigoureusement l'état de la glycolyse chez le chien dépancréaté, en dosant comparativement le sucre du sang d'une artère et d'une veine? Quelque précise, en apparence, que semble cette méthode, elle ne conduit à aucun résultat sérieux, pour divers motifs que je vais examiner.

D'abord, la teneur en sucre d'un kilogramme de sang artériel ne diffère que de quelques centigrammes de celle du même poids de sang veineux. Dans l'état actuel de la chimie analytique, cette différence serait parfaitement appréciable s'il n'y avait dans le sang que du glucose. Mais le sang renferme diverses matières sucrées, qui se transforment sans cesse, notamment une proportion plus ou moins forte d'acide glycuronique, véritable protée qui rend illusoire toute recherche d'absolue précision, surtout dans un sang qui n'est pas complètement normal.

Admettons cependant que les progrès de la chimie permettent de triompher de la difficulté que nous signalons; il n'en restera pas moins deux causes d'erreur :

La première, c'est la formation plus ou moins active de sucre dans le sang, *aux dépens du sucre virtuel* (5). La seconde, c'est la variabilité incessante de la glycolyse, qui est influencée par une infinité de causes, notamment par l'état de dilatation des artérioles, par certaines conditions de l'organe, etc. La double prise de sang dure environ vingt secondes; mais il y a 86,400 secondes par vingt-quatre heures, et a-t-on le droit de multiplier par 4,320 l'erreur qu'on aura pu commettre? On voit qu'il est actuellement impossible, par la méthode précitée, de fixer le chiffre de sucre consommé en vingt-quatre heures, en raison d'une difficulté d'ordre chimique, et surtout de deux gros aléas d'ordre biologique.

Depuis plus de quinze ans, avec la collaboration successive de chimistes des plus compétents, MM. Barral, Métroz, Marty et Boulud, je détermine, sinon l'intensité de la glycolyse, au moins le *pouvoir glycolytique* du sang artériel, au moyen d'une méthode qui donne, le plus souvent, des résultats précis.

On sait que les divers tissus de l'animal ne meurent pas en même temps que l'animal entier. Le tissu nerveux meurt très vite; mais le sang a une vitalité plus durable. Même après la défibrination, qui lui fait subir une modification importante, il continue à vivre, ainsi que le prouve l'utilité de la transfusion. Il n'est donc pas illégitime d'étudier l'énergie de la glycolyse dans le sang, même défibriné, pendant le temps qui suit sa sortie du vaisseau (1). Il importe d'opérer avec le sang *artériel*, c'est-à-dire avec le sang tel qu'il arrive aux organes.

Dans ce but, on prend en même temps deux échantillons du même sang artériel : l'un tombe dans une solution bouillante de sulfate de soude (ou mieux de nitrate acide de mercure) et sert à doser les matières sucrées dans l'état où elles se trouvent au moment précis où le sang sort du vaisseau. L'autre échantillon est défibriné par l'agitation dans un ballon stérilisé renfermant du sable (2), et aussitôt maintenu, pendant un temps toujours le même (j'ai choisi arbitrairement une heure), à une température toujours identique (j'ai adopté la température de 39°). Ce n'est pas la température *optima*, car on n'obtient pas à 39° le *maximum* de la glycolyse. Une température plus élevée serait, sous ce rapport, plus avantageuse; mais 39° est la température normale du chien, animal sur lequel j'ai expérimenté, et, à cette température, on n'a pas affaire à une glycolyse artificielle.

Au bout d'une heure, cet échantillon, retiré du bain-marie, est traité exactement comme le précédent.

Dans les conditions sus-indiquées, la perte de sucre est relativement très forte; avec du sang *normal* de chien on trouve une diminution d'au moins 30 %. Ainsi, dans le cas où le premier échantillon renfermait 1 gramme de matières sucrées, le deuxième n'en contient plus que 0 gr. 65 centigr. environ.

Outre la diminution de la quantité totale des matières sucrées, il se produit *in vitro*, pendant une heure, des modifications *qualitatives* considérables des matières sucrées, notamment de l'acide glycuronique. Nous ne pouvons entrer dans l'examen minutieux de ces faits. Qu'il nous suffise de dire ici que ces modifications qualitatives diffèrent en raison de conditions très variées et très complexes.

Si l'on opère de même, non plus avec du sang, mais avec du sérum aseptique, on ne peut constater de glycolyse (R. Lépine et Barral). De ce fait, confirmé par plusieurs expérimentateurs (Spitzer, Portier, etc.), on doit conclure que les éléments figurés du sang sont la cause de la glycolyse *in vitro*, et plusieurs constatations sur lesquelles nous ne pouvons nous arrêter ici permettent de penser que le ferment glycolytique est contenu dans les globules blancs et s'en dégage plus ou moins vite. En effet, dans les premières minutes, la glycolyse est lente (1); puis, au bout d'une demi-heure environ, elle se fait d'une manière très régulière et proportionnellement au temps.

Si le sang est maintenu à l'abri de l'oxygène, il ne perd point de sucre (dans les conditions de température et de temps sus-indiquées). Ce fait, que j'ai observé autrefois avec M. Barral, prouve que, au moins *in vitro*, la dislocation de la molécule de sucre *du sang* ne peut se faire sans oxygène (2).

L'addition de fluorure de sodium et d'un grand nombre d'antiseptiques empêche, ou tout au moins diminue, la glycolyse.

Afin de ne pas trop allonger cet article, je me borne à ces indications sommaires sur les conditions de la glycolyse *in vitro*, et pour prévenir tout malentendu, je répète que ce mode de glycolyse est assurément différent de celui qui se produit dans les capillaires; car, *in vitro*, le sang ne reçoit pas les substances venant des tissus, substances qui favorisent ou retardent la glycolyse. Malgré ces conditions anormales, je persiste néanmoins à penser que la glycolyse *in vitro*, en nous renseignant sur le pouvoir glycolytique du sang, nous fournit, par induction, des indications précieuses sur l'activité glycolytique des autres tissus. Il faut seulement avoir présent à l'esprit le fait qu'elle peut, parfois, nous induire en erreur, par suite de l'intervention accidentelle de microbes, ou de conditions particulières du sang (variations de l'alcalinité, etc.).

IV

Voyons maintenant, à titre d'exemple, quelques états dans lesquels le pouvoir glycolytique du sang est plus ou moins modifié.

1° *États dans lesquels le pouvoir glycolytique du sang artériel est diminué.* — *Asphyxie :* L'asphyxie diminue beaucoup le pouvoir glycolytique du sang artériel, alors même que ce sang est oxygéné après sa sortie du vaisseau (3). — Un chien étant asphyxié par l'occlusion incomplète des narines (ou de la trachée), depuis une demi-heure au moins, et d'une manière suffisante pour qu'il se soit produit des mouvements convulsifs, si l'on prend du sang dans la carotide, et qu'on l'agite à l'air pour le défibriner, ce sang, qui au sortir du vaisseau avait la couleur du sang veineux, deviendra rutilant. On le met alors au bain-marie, à 39°, où il est traversé par des bulles d'oxygène; or, bien qu'il soit parfaitement oxygéné, il perd, en une heure, très peu de sucre.

Commotion cérébrale : L'assommement par un coup de maillet sur le crâne, assez violent pour suspendre momentanément la respiration, produit le même résultat, et, le plus souvent, encore plus marqué (4). Ce fait est d'une explication difficile, car on ne voit pas comment un choc nerveux peut agir sur le sang. J'ai sup-

---

(1) A. Borrino. Ueber die biochemische Tätigkeit der Nucleoproteiden im Bezug auf den respiratorischen Chemismus. (*Centr.-Bl. f. Physiol.*, 12 sept. 1903, p. 307.)

(2) Feinschmidt. (*Loc. cit.*) — Tout récemment, M. Jolly (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 9 nov. 1903 et *Semaine Médicale*, 1903, p. 384) a trouvé de l'alcool dans du sang de bœuf, additionné de glucose et laissé à l'étuve pendant douze heures.

(3) Pour les produits ultimes, l'eau et l'acide carbonique, il n'y a aucune difficulté. On sait que M. F. Kraus a démontré la production de cet acide dans la glycolyse *in vitro*.

(4) Ch. Bouchard. Traité de pathologie générale. T. III, p. 302 et suivantes. Paris, 1900.

(5) En 1890, j'avais trouvé, avec M. Barral, qu'*in vitro*, le sang fait du sucre d'une manière appréciable, si, par un artifice, on empêche la glycolyse. M. Boulud et moi avons récemment constaté (*Semaine Médicale*, 1903, p. 330) que cette glycogénie a lieu dans le sang *circulant* et qu'elle se fait aux dépens d'un hydrate de carbone (sucre virtuel) combiné aux matières albuminoïdes du sérum.

(1) On peut même étudier la glycolyse dans du sang non défibriné, et dans le vaisseau lui-même, par exemple, dans le sang de la jugulaire du cheval. M. Arthus avait prétendu que la glycolyse y était absente. Mais M. Barral et moi avons prouvé le contraire. Elle y est seulement plus lente qu'*in vitro*, ce qui est tout naturel, la glycolyse étant un processus de désassimilation (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 104.)

(2) Il faut éviter d'employer de la laine de verre qui cède de l'alcali au sang, d'où exagération de la glycolyse.

(1) Il est très difficile de préciser la marche de la glycolyse pendant le premier quart d'heure, à cause de la glycogénie qui se produit dans beaucoup de sangs, et qui a lieu surtout durant les premières minutes.

(2) Je souligne le mot *sang*, parce qu'il résulte des travaux de M. Stoklasa, de M. Feinschmidt, etc., que la glycolyse dans une solution sucrée, peut se faire *en milieu anaérobie*, ainsi que je l'ai dit plus haut, au moyen du suc de divers tissus. Or, il n'en est pas ainsi pour le sang (R. Lépine et Barral). Mais le sang est un tissu spécial abondamment pourvu d'oxygène, et on comprend que, dans ce tissu adapté à ces conditions particulières, la glycolyse se fasse *différemment* que dans les autres tissus, où domine la vie anaérobie (A. Gautier).

(3) R. Lépine et Barral. Sur les variations des pouvoirs glycolytique et saccharifiant du sang dans l'hyperglycémie asphyxique, dans le diabète phloridzique et dans le diabète de l'homme — et sur la localisation du ferment saccharifiant dans le sérum. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 28 déc. 1891 et *Semaine Médicale*, 1891, p. 509.)

(4) R. Lépine et Boulud. Sur la glycolyse dans le sang *in vitro*. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 12 janv. 1903 et *Semaine Médicale*, 1903, p. 49.) — Il y a quelques exceptions à cette règle.

posé qu'une substance toxique immédiatement produite dans les tissus pendant l'état syncopal pouvait mettre obstacle à la glycolyse. M. Boulud et moi, qui avons démontré l'existence de leucomaïnes diabétogènes (1), poursuivons des recherches dans cette direction.

Ablation du pancréas : Chez quelques chiens, vingt-quatre heures environ après l'ablation du pancréas, le pouvoir glycolytique du sang est *très diminué;* mais ce fait n'est pas constant. Plusieurs causes peuvent concourir à la conservation de la glycolyse *in vitro*. La principale est l'*infection du sang.* En effet, j'ai remarqué, depuis près de quinze ans, que, chez un animal atteint de péritonite, la glycolyse est augmentée. Or, malgré le soin avec lequel on enlève le pancréas, il est impossible qu'il ne se produise pas, après un certain nombre d'heures, de la péritonite, parce que l'ablation de cet organe, et surtout la ligature de l'artère pancréatico-duodénale, en produisant l'ischémie et la nécrose du duodénum, permettent le passage des microbes de l'intestin dans la cavité péritonéale. Si l'on cautérise la surface externe d'une artère chez un chien dépancréaté depuis vingt-quatre heures et qu'avec une aiguille stérile on prenne du sang dans le vaisseau, puis qu'on porte ce sang dans une solution sucrée stérilisée, il s'y détruit promptement du sucre. Ainsi la glycolyse dans le sang du chien dépancréaté ne prouve nullement que le ferment glycolytique *normal* soit conservé; elle dépend d'une complication pathologique, l'infection du sang et, comme cette infection, tout au moins à un certain degré, est inévitable après l'ablation du pancréas, les cas où l'on trouve une *diminution* de la glycolyse ont une très grande signification.

2º *Etats dans lesquels le pouvoir glycolytique du sang artériel est augmenté.* — Plusieurs conditions du sang, notamment un *léger* excès de son alcalinité (2) normale, augmentent son pouvoir glycolytique. Il n'y a pas lieu de s'appesantir sur ce point, mais je dois insister sur un autre fait que j'ai signalé depuis longtemps, l'augmentation de ce pouvoir lorsque le pancréas est excité.

Excitation du pancréas : Il y a plusieurs moyens d'exciter le pancréas; celui que j'ai, de beaucoup, le plus employé, consiste à faradiser les nerfs qui accompagnent l'artère pancréatico-duodénale.

Quelques heures après cette excitation, le pouvoir glycolytique du sang est *très augmenté* (3); souvent, la perte absolue du sucre dépasse 0 gr. 50 centigr., ce qui fait une perte relative considérable, attendu que, dans ces cas, il y a souvent hypoglycémie.

Je puis encore citer, comme augmentant le pouvoir glycolytique du sang artériel (mais moins que la faradisation des nerfs du pancréas), le *chauffage* de cette glande avec un appareil que j'ai décrit (4) et le massage de cet organe.

La simple ligature du canal de Wirsung, ainsi que je l'ai montré il y a plus de douze ans, a la même influence; et l'augmentation du pouvoir glycolytique du sang est beaucoup plus prononcée, si l'on y ajoute, comme je le fais aujourd'hui, l'ingestion d'eau acidulée (5). Ce fait présente un certain intérêt : on sait, en effet, depuis les travaux de M. Pavlov, que l'acidité de l'estomac provoque la sécrétion du suc pancréatique. Vu l'obstruction du canal, il y aura donc une contre-pression exercée sur les cellules glandulaires, d'où accroissement de la résorption des produits élaborés par le pancréas. Si dans ces conditions le pouvoir glycolytique du sang est augmenté, il y a lieu d'admettre que les produits de la sécrétion interne de la glande y ont contribué.

(1) R. Lépine et Boulud. Sur les leucomaïnes diabétogènes. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 9 juin 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 197.)

(2) J'emploie ici le mot *alcalinité* dans le sens ordinaire. On sait que la question de savoir si le sang est *alcalin* est litigieuse.

(3) R. Lépine, *in* Cinquantenaire de la Société de biologie. Paris, 1900, p. 352 — Cette hypoglycémie, en général très marquée quelques heures après la faradisation des nerfs du pancréas, est un effet de l'augmentation de la glycolyse générale, car il y a aussi *hyperglycogénie* dans ces cas.

(4) R. Lépine. Sur l'exaltation des propriétés des organes au moyen du chauffage artificiel de ces organes. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 180.)

(5) R. Lépine et Boulud. Sur l'augmentation du pouvoir glycolytique du sang après la ligature du canal de Wirsung (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 21 nov. 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 385.)

V

Des îlots de Langerhans, organes de la sécrétion interne. — Quand on a commencé à admettre la réalité de la sécrétion interne (1), on a pensé que celle-ci provenait des cellules des *acini* sécréteurs, qui auraient eu ainsi une sécrétion double (2). De même, les cellules du foie cèdent au sang du glucose, et, d'autre part, versent de la bile dans les canalicules excréteurs. Mais, depuis quelques années, un anatomiste français a émis une ingénieuse hypothèse qui mérite d'être discutée :

On sait qu'il existe dans le pancréas de petits groupes de cellules (îlots de Langerhans), ayant même origine que les cellules sécrétoires des *acini* (leur développement le prouve), mais en différant par le fait qu'elles n'ont aucune communication avec les canaux excréteurs (3). Ce sont ces cellules qui, d'après M. Laguesse, seraient les organes de la sécrétion interne. Cette hypothèse est étayée par le fait que, dans un certain nombre de cas de diabète, ces cellules ont été trouvées plus atteintes que celles des *acini* (4).

En somme, l'étude du développement des îlots, leur indépendance des canaux excréteurs, et certains faits d'ordre pathologique (5), contribuent à rendre infiniment probable et légitime l'hypothèse de M. Laguesse. Mais on ne peut affirmer que les îlots soient les organes *exclusifs* de la sécrétion interne; car il n'est pas démontré que les cellules des *acini* ne cèdent rien aux vaisseaux. Il se peut qu'au point de vue de la sécrétion interne il n'y ait entre les unes et les autres qu'une question de *degré.*

Un fait, en tous cas, semble bien prouver que les cellules des îlots servent à la glycolyse, c'est la diminution de leur volume quand l'économie est saturée de sucre, tandis que l'inanition seule ne diminue pas le volume des cellules des îlots. Ce fait, indiqué par M. Ssobolew (6), a été récemment vérifié par M. J. Lépine, dont les recherches ont été faites sur le cobaye, animal chez lequel les îlots de Langerhans sont particulièrement favorables à l'étude.

VI

L'action glycolytique exercée par le pancréas n'est pas DIRECTE, *mais* FAVORISANTE. — Quand, il y a quatorze ans, j'ai émis l'idée que le pancréas exerçait une action glycolytique, j'ai supposé que sa sécrétion interne renfermait un *ferment*, non du même ordre que l'amylase ou la trypsine, mais un ferment *spécial*, très différent des enzymes connues, et particulièrement *délicat* vis-à-vis des antiseptiques, de la chaleur, etc. Puis, après des tentatives longues et pénibles, pour l'isoler, et infructueuses (1), j'ai admis que la sécrétion interne du pancréas n'était pas *directement* glycolytique, mais *favorisait* la destruction de sucre que réalise le protoplasma cellulaire (2). Aujourd'hui, la découverte des kinases permet de mieux comprendre l'action exercée par la sécrétion interne du pancréas. M. O. Cohnheim (3) a montré que le mélange de suc musculaire, obtenu avec la presse hydraulique, et de *suc* (4) du pancréas, préparé de la même manière, possède un pouvoir glycolytique beaucoup plus énergique que l'un des deux sucs isolés. Avec un mélange de bouillie de foie et de *suc* pancréatique, Mlle Hirsch (5) a fait une constatation analogue, à savoir que le pouvoir glycolytique de la bouillie de foie est *très augmenté* par l'adjonction de *suc* du pancréas (6).

(1) R. Lépine et Barral. Sur le ferment glycolytique. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 25 avril 1891, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 179.)

(2) R. Lépine. La pathogénie du diabète. (*Revue scientifique*, 28 fév. 1891, p. 273.)

(3) Les recherches de M. Schmidt (*Münch. med. Wochensch.*, 14 janv. 1902, p. 52) ont montré qu'une matière à injection, poussée par le canal de Wirsung, ne pénètre jamais dans les îlots de Langerhans.

(4) Il y a d'ailleurs des cas parfaitement observés de diabète même grave où les îlots de Langerhans ont été trouvés *intacts;* mais ils ne contredisent pas la théorie de M. Laguesse, car il n'est nullement probable que *tous* les diabètes aient une pathogénie pancréatique.

(5) Les premiers appartiennent à M. Opie. Ils ont été depuis confirmés par beaucoup d'autres.

(6) L. W. Ssobolew. Zur normalen und pathologischen Morphologie der inneren Secretion der Bauchspeicheldrüse (die Bedeutung der Langerhans'schen Inseln). (*Arch f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1902, CLXVIII, 1, p. 107) — Je ferai remarquer à l'occasion de ce mémoire que, page 119, M. Ssobolew me prête gratuitement une opinion absurde : je n'ai jamais parlé de la sécrétion *externe*.

L'action du *suc* du pancréas est-elle exclusivement de l'ordre des kinases ? Il serait téméraire de l'affirmer, car les expériences que j'ai faites il y a quelques années avec la collaboration de M. Martz (7) montrent que, *même bouilli*, le tissu du pancréas, suivant les conditions où il a été recueilli, exerce une action plus ou moins favorable et qui n'est pas toujours la même. Nos expériences, il est vrai, ont été faites avec la levure de bière et non avec des sucs d'organe, mais elles sont assez probantes pour que je mentionne ici le fait parfaitement établi par nous, à savoir qu'un fragment de pancréas bouilli, pris sur l'animal *après* l'excitation des nerfs du pancréas, a favorisé la fermentation alcoolique beaucoup plus qu'un fragment de même poids, bouilli de même, recueilli chez le même animal, mais *avant* l'excitation du pancréas. Dans certaines de nos expériences, l'excès d'acide carbonique formé dans le premier cas a été d'un tiers.

Ultérieurement (8), j'ai constaté, avec M. Boulud, que la lymphe du canal thoracique d'un chien favorise davantage la fermentation alcoolique si elle est recueillie après l'excitation des nerfs du pancréas qu'avant cette excitation.

En résumé, il se fait dans les tissus des processus glycolytiques, variables sans doute suivant chacun d'eux; il existe plusieurs ferments glycolytiques : celui du sang est particulièrement aérobie. D'une manière générale, la glycolyse est diminuée dans le diabète; elle est *favorisée* par la sécrétion interne du pancréas.

(1) Je rappelle que M. Barral et moi avons assez aisément réussi à extraire des globules du sang un ferment glycolytique.

(2) R. Lépine. Le diabète et son traitement, p. 26, Paris, 1899.

(3) O. Cohnheim. Die Kohlehydratverbrennung in den Muskeln und ihre Beeinflussung durch das Pankreas. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1903, XXXIX, p. 336.)

(4) Je souligne le mot *suc* pour qu'on ne confonde pas le suc (du tissu) avec la sécrétion *externe*.

(5) R. Hirsch. Ueber die glycolytische Wirkung der Leber. (*Beiträge zur chem. Physiol. u. Pathol.*, 1903, IV, p. 535.)

(6) A cet égard, il n'est pas sans intérêt de rappeler que M. Jacoby (*Verhandlungen des 16. Kongresses für innere Medicin*, Wiesbaden, 1898), M. Blumenthal (*loc. cit.*) et M. Feinschmidt (*loc. cit.*) ont noté que le foie diabétique n'a pas de pouvoir glycolytique.

(7) R. Lépine et Martz. De l'action favorisante exercée par le pancréas sur la fermentation alcoolique. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 10 avril 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 135.)

(8) R. Lépine et Boulud. Influence favorisante de la lymphe sur la fermentation alcoolique. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 28 juillet 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 281.)

Ce fait, que j'ai indiqué il y a plusieurs années, a reçu des travaux récents une éclatante confirmation (1).

R. LÉPINE,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

MÉDECINE PRATIQUE

La crépitation laryngée, signe de tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire est généralement des plus faciles. L'auscultation de la poitrine et l'examen des crachats suffisent d'ordinaire pour l'établir.

Il se présente pourtant des cas où ni l'un ni l'autre de ces moyens d'investigation ne permet de découvrir la maladie, surtout lorsque celle-ci est à son début. L'altération du tissu pulmonaire peut être alors si minime qu'elle ne se traduit pas par un bruit pathognomonique, reconnaissable par les procédés habituels d'auscultation, ou bien elle peut siéger trop profondément pour qu'il soit possible de la percevoir avec netteté.

D'autre part, l'analyse bactériologique des crachats — même répétée — donne parfois un résultat négatif, alors que l'infection bacillaire est cependant positivement démontrée par la marche ultérieure de la maladie ou par l'autopsie.

Si l'on considère enfin que le diagnostic par la tuberculine n'est applicable qu'aux cas apyrétiques, et que la réaction à la tuberculine n'est d'ailleurs pas tout à fait spécifique, on ne trouvera pas inutile que nous fassions connaître un procédé clinique qui nous paraît de grande valeur, et que les auteurs ne décrivent pas, à l'exception, toutefois, de M. le docteur Cybulski (de Görbersdorf) (2); ce confrère y a eu recours pour reconnaître les bruits caverneux lorsque ceux-ci sont difficiles à percevoir au moyen du stéthoscope, parce que des bruits de voisinage les couvrent.

Ce procédé est très simple : le malade étant de préférence debout, le médecin se place en face de lui et l'invite à ouvrir modérément la bouche; puis, mettant sa main droite sur l'épaule gauche du patient et appuyant son pouce gauche sur le menton de ce dernier, il rapproche son oreille gauche de la bouche du sujet et l'y maintient à une distance de 5 à 10 centimètres. Dans cette attitude, il ne tarde pas à percevoir, s'il s'agit de tuberculose pulmonaire, une fine crépitation que nous appelons *laryngée* parce que son maximum d'intensité est dans le larynx, celui-ci ayant pour effet d'amplifier les bruits qui prennent naissance au niveau des lésions tuberculeuses pulmonaires.

Ce bruit est comparable à celui que fait la pointe fine d'une plume grattant lentement du papier. Il se produit aux deux temps de la respiration, mais est généralement plus prononcé pendant l'expiration.

La crépitation laryngée persiste pendant tout le cours de l'affection. Elle augmente, diminue ou disparaît à mesure que les lésions s'aggravent, s'atténuent ou guérissent. Elle est parfois assez intense pour être perçue sans qu'il soit nécessaire que le patient tienne la bouche ouverte, et nous ajouterons qu'il nous est même arrivé, dans quelques cas, de l'entendre nettement à la distance de cinquante centimètres à un mètre, chez des malades qui se trouvaient assis en face de nous. Lorsque les sujets qui présentent le phénomène de façon si marquée se mettent à parler, et qu'aucun bruit de voisinage ne vient troubler l'observation, une oreille attentive et un peu exercée reconnaît, entre les paroles, une crépitation fine, qui part du fond de la gorge et qui est l'indice révélateur de lésions tuberculeuses pulmonaires, que viendront confirmer les autres méthodes d'examen dont disposent la clinique et le laboratoire.

Nous avons constaté régulièrement la crépitation laryngée chez une centaine de phtisiques que nous avons traités durant ces deux dernières années ; nous avons fait vérifier l'existence de ce signe par nos élèves de l'hôpital et par plusieurs de nos confrères.

Il nous a été possible, grâce à lui, de poser le diagnostic de *phtisie débutante* chez des personnes qui n'offraient, à première vue, aucun symptôme de cette affection, et avant même qu'elles nous eussent donné le moindre renseignement sur la nature du mal qui les amenait à notre consultation.

La tuberculose pulmonaire n'est pas, à vrai dire, la seule maladie dans laquelle l'auscultation des bruits au niveau de l'orifice buccal, sans l'aide d'aucun instrument, fournit des indications précieuses.

On peut dire, en effet, que, d'une façon générale, tout bruit se produisant dans le poumon s'entend au niveau de la bouche ouverte; il y a cependant des exceptions, comme pour la pneumonie franche, l'œdème pulmonaire, la congestion pulmonaire.

Le retentissement buccal des bruits anormaux est, au contraire, très prononcé lorsqu'il existe des cavernes. Les gargouillements, les craquements, etc., se font entendre avec une netteté remarquable. Dans la bronchite, les râles ronflants, sibilants, sous-crépitants sont très accusés, mais aucun de ces bruits ne saurait être confondu avec la crépitation de la tuberculose.

Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que se pose la question du diagnostic différentiel. Ainsi, au début de la bronchite limitée au sommet, les bruits de râles muqueux à petites bulles donnent lieu pendant peu de jours à un bruit laryngé qui rappelle la crépitation, mais s'en distingue en ce qu'il est toujours accompagné de râles ronflants et sibilants. Il en est de même pour l'accès d'asthme bronchique, où d'ailleurs le bruit cesse dès que l'accès a pris fin.

En résumé, nous avons pu nous convaincre que la crépitation laryngée *permanente* est caractéristique de la tuberculose pulmonaire dès le stade initial de cette affection et que, dans les cas où le diagnostic de phtisie reste en suspens, l'absence — permanente aussi — du signe en question permet d'exclure ce diagnostic. Inversement, si chez un phtisique l'auscultation de la poitrine ne fait plus reconnaître aucun bruit pathologique et si l'examen des crachats ne démontre plus la présence des bacilles tuberculeux, nous croyons pouvoir néanmoins affirmer que le processus morbide n'est pas éteint tant que nous entendons persister la crépitation laryngée.

Dr REMOUCHAMPS,
Médecin de l'hôpital de Gand.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1903.

Essai de traitement de la tuberculose avec le sérum de Marmorek.

M. Dieulafoy. — Pendant les mois d'août, septembre et octobre 1902, 7 tuberculeux de mon service ont été traités par le sérum de Marmorek.

Ces 7 cas de tuberculose peuvent être classés de la façon suivante: 4 malades étaient atteints de tuberculose pulmonaire à divers degrés, 2 de tuberculose à la fois pulmonaire et laryngée, 1 de tuberculose pleurale avec épanchement.

M. Marmorek a pratiqué lui-même les injections de sérum, il en a déterminé les doses et il a répété les injections aussi souvent qu'il a jugé nécessaire.

La quantité de sérum injecté était chaque fois de 5 à 10 c.c., et les injections étaient faites tous les jours, tous les deux jours ou à intervalles plus éloignés.

Voici les résultats qui ont été obtenus :

Le sérum ne nous a pas paru avoir un effet favorable sur la fièvre, voire que l'un de nos malades, qui était atteint de tuberculose pulmonaire apyrétique, a présenté une forte élévation de température à la suite des premières injections.

L'action du sérum sur l'expectoration a été nulle, sinon défavorable : dans plusieurs cas, la quantité de crachats rendus en vingt-quatre heures a doublé et triplé après les injections. Celles-ci n'ont pas non plus modifié l'évolution des lésions tuberculeuses, et même, chez certains malades, des lésions de voisinage, pulmonaires ou pleurales, ont apparu dans le cours du traitement. Enfin, le sérum ne nous a pas semblé avoir une action favorable sur la nutrition, car les patients ont continué à maigrir, et parfois même l'amaigrissement a été rapide malgré la suralimentation.

Pour ces différentes raisons, l'insuffisance du traitement nous ayant paru notoire, nous n'avons pas cru devoir le continuer et nous avons prié M. Marmorek de cesser ses injections.

Il est intéressant de savoir ce que sont devenus les 7 tuberculeux traités par le sérum : l'un d'eux, qui était atteint de tuberculose pulmonaire apyrétique d'apparence fibreuse, est toujours vivant; un autre, qui était entré pour une pleurésie avec épanchement — pleurésie reconnue tuberculeuse par le cytodiagnostic et par l'inoculation aux animaux —, présente actuellement une énorme caverne pulmonaire. Les 5 autres sont morts.

Passons maintenant au côté expérimental de la question. Le 17 novembre 1902, l'expérimentation sur les animaux a été pratiquée dans mon laboratoire, par M. Marmorek, avec le concours de M. Griffon.

Deux lots de cobayes ont été identiquement rendus tuberculeux par inoculation sous-cutanée de parcelles de crachat d'un phtisique. Le premier lot a été soumis aux injections de sérum, tandis que les animaux du second lot devaient servir de témoins.

Or, non seulement le sérum injecté n'a pas empêché la tuberculose d'évoluer progressivement et très rapidement chez les cobayes inoculés, mais ceux-ci sont même tous morts avant les animaux témoins.

Tels sont les résultats cliniques et expérimentaux dont j'ai été témoin.

M. Monod. — Des injections de sérum antituberculeux ont été pratiquées par M. Marmorek chez un certain nombre de malades de mon service, qui étaient atteints de tuberculoses ganglionnaires ou locales. Tous ont été améliorés par ce traitement.

Je sais bien qu'il s'agit là de tuberculoses qui rétrocèdent en général assez facilement; cependant quelques-uns de ces patients étaient trop gravement atteints pour qu'on pût attribuer uniquement leur amélioration aux modifications de leur régime alimentaire et hygiénique. Aussi j'estime que, d'une façon générale, les résultats obtenus par M. Marmorek dans mon service sont plutôt encourageants.

M. Le Dentu. — Un seul malade a été traité dans mon service par les injections de sérum de Marmorek : c'était un homme robuste, qui était atteint d'une tuberculose de l'extrémité supérieure du tibia avec lésions pulmonaires commençantes.

M. Marmorek fit à ce patient de douze à quinze injections de sérum, mais aucune amélioration n'étant survenue, il jugea inutile de continuer le traitement. Depuis cette époque, on a pratiqué sans résultat, chez cet homme, d'abord l'évidement de la partie supérieure du tibia, et un peu plus tard l'amputation de la cuisse.

Malgré cette double intervention, le malade a succombé aux progrès de ses lésions pulmo-

(1) Au moment du tirage de cet article, j'ai connaissance d'une communication faite le 16 novembre 1903 par M. F. Blumenthal à la Société de médecine interne de Berlin, à laquelle je renvoie, en remarquant avec une grande satisfaction que M. Blumenthal et mo soutenons les mêmes opinions (Voir plus loin, p. 394).

J'ajoute enfin que je viens de constater, avec la collaboration de M. Boulud, que les rayons X peuvent, dans le sang *in vitro*, et chez le chien *in vivo*, augmenter *notablement* la glycolyse. Nous poursuivons nos recherches sur ce sujet.

(2) H. CYBULSKI. Ein Beitrag zur Diagnose der Lungen-Kavernen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 nov. 1902.)

naires. Il est donc manifeste que dans ce cas le sérum de Marmorek a été impuissant à enrayer la marche de la tuberculose.

M. Hallopeau. — Des injections de sérum antituberculeux de Marmorek ont été pratiquées à 7 malades de mon service atteints de tuberculose cutanée. Non seulement ces injections ont eu un effet presque nul au point de vue curatif, mais encore chez plusieurs patients elles ont provoqué l'apparition de nouvelles poussées tuberculeuses, soit dans les anciens foyers, soit à leur pourtour, soit dans des parties jusque-là indemnes.

Enfin, chez 2 malades, il s'est développé des altérations au niveau même des inoculations, sous forme de très volumineuses nodosités dont l'évolution a été fort longue; c'est seulement au bout de trois mois qu'elles se sont ramollies et l'ulcération consécutive a persisté dans un cas pendant près de dix mois. Des suppurations aussi prolongées et aussi rebelles ne s'observant jamais à la suite d'injections d'autres sérums, il faut admettre que celles qui se sont produites dans ces cas ont été provoquées par les toxines contenues dans le sérum de Marmorek.

Pseudo-asthme d'origine gastrique.

M. Hayem. — J'ai observé un homme de soixante ans qui était en proie à une crise de dyspnée d'une violence extrême et qui se plaignait, en outre, de troubles dyspeptiques datant déjà de plusieurs années. Chaque inspiration donnait lieu chez ce malade à un bruit hydro-aérique se produisant dans l'abdomen. L'estomac était, en outre, considérablement dilaté et distendu par des gaz et des liquides.

Dans ces conditions, j'estimai que le bruit hydro-aérique inspiratoire n'était qu'un bruit de clapotage déterminé à chaque inspiration par l'abaissement brusque et saccadé du diaphragme. Il n'existait, du reste, ni toux, ni expectoration.

Pensant que la dyspnée était le résultat d'une simple gêne mécanique des organes thoraciques, produite par la forte distension de l'estomac, je prescrivis une diète sévère (un demi-verre de lait toutes les trois heures, soit un litre de lait par jour), une série de lavages stomacaux et deux lavements alimentaires par vingt-quatre heures.

Douze heures après l'institution de ce traitement, la suffocation cessa brusquement; ensuite la dyspnée diminua progressivement et disparut bientôt pour ne plus revenir. Le malade ayant été revu à diverses reprises, j'ai pu m'assurer que l'estomac était peu à peu remonté jusqu'à l'ombilic et ne refoulait plus le diaphragme. Depuis lors, la guérison s'est maintenue.

On peut conclure de ce fait que la dilatation de l'estomac est capable de produire mécaniquement des accès de suffocation et de la dyspnée paroxystique et continue, réalisant ainsi un pseudo-asthme d'origine gastrique que le bruit de clapotage synchrone aux mouvements respiratoires permet de reconnaître à distance et qui disparaît rapidement sous l'influence d'un traitement approprié à l'état stomacal.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 novembre 1903.

Sur les tuberculines.

M. Béraneck. — Le bacille tuberculeux produit deux sortes de toxines : les unes, diffusibles, entraînent des effets à distance, surtout sur le système nerveux; les autres, adhérentes aux corps bacillaires, agissent par contact sur les tissus ambiants en provoquant la réaction de défense qui se traduit par la formation du tubercule.

Etant donnée cette multiplicité des toxines tuberculeuses, il paraît indiqué de renforcer le pouvoir de résistance de l'organisme, plutôt que de chercher à les neutraliser par des antitoxines. C'est qu'en effet on constate que, par suite de la chimiotaxie positive qu'ils exercent, les bacilles tuberculeux attirent les phagocytes et sont englobés par ces éléments, mais en général ces derniers sont impuissants à les digérer. Le problème qui se pose est donc d'augmenter la puissance bactériolytique des phagocytes au moyen d'une vaccination obtenue pendant l'évolution même de la maladie. Les substances vaccinantes pouvant exister et dans les milieux où a végété le bacille de Koch, et dans ce bacille lui-même, voici comment je procède à la préparation du vaccin :

A 600 c.c. de bouillon de veau j'ajoute 400 c.c. d'hydrate de chaux fraîchement préparé; après filtration, stérilisation, ensemencement, ce bouillon est mis à l'étuve à 37°-38° pour deux mois à deux mois et demi; le milieu, devenu acide, est filtré au papier, puis neutralisé par l'eau de chaux, filtré sur bougie et évaporé dans le vide à froid jusqu'à consistance sirupeuse; les toxines ainsi obtenues sont désignées sous le nom de *basitoxines* (TB).

D'autre part, les bacilles tuberculeux, lavés à fond et séchés dans le vide, sont traités au bain-marie pendant deux heures, à 70° environ, par une solution d'acide orthophosphorique à 1 % (dans la proportion de 300 c.c. de solution pour 7 gr. de bacilles secs), en agitant fréquemment; après refroidissement on filtre plusieurs fois sur papier; à chaque centimètre cube du filtrat correspondent environ 0 gr. 002 milligrammes de substances extraites des corps bacillaires; je désigne ces dernières sous le nom d'*acidotoxines* (AT).

Je me suis servi, dans mes essais sur le cobaye et sur l'homme, d'un mélange à parties égales de AT et de TB préalablement diluées. Chez le cobaye, je n'ai jusqu'ici obtenu que la survie des animaux traités, mais pas leur guérison. Chez l'homme, ces tuberculines, depuis plus de deux ans, ont été employées dans 90 cas, avec ou sans fièvre; bien que les deux tiers de ces tuberculeux fussent arrivés déjà à la seconde ou à la troisième période, on a constaté, chez 60 % d'entre eux, une amélioration portant sur l'ensemble de phénomènes morbides.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1903.

Rupture traumatique de l'urèthre membraneux.

M. Bazy. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une communication que M. Riche nous a faite au sujet d'un cas de rupture de l'urèthre membraneux, consécutive à une fracture du bassin. Il s'agit d'un homme de trente et un ans qui, à la suite d'une chute violente, fut amené à l'hôpital Cochin, et eut une uréthrorrhagie presque aussitôt après l'accident; M. Schwartz fit des tentatives infructueuses de cathétérisme, et M. Riche fut alors chargé d'intervenir directement. Notre confrère pratiqua une incision périnéale et, ayant constaté une rupture complète de l'urèthre, trouva le bout postérieur de l'urèthre en prenant comme point de repère le bec de la prostate; mais il essaya sans succès de rapprocher les deux bouts et dut se contenter de laisser une sonde à demeure.

Il n'est pas nécessaire, comme on le voit, de faire le cathétérisme rétrograde de l'urèthre pour retrouver le bout postérieur, dans les cas de rupture de l'urèthre membraneux, et l'incision périnéale peut parfaitement suffire pour cette recherche. L'observation de M. Riche vient à l'appui de cette manière de voir. J'ajoute que notre confrère a pratiqué l'incision transversale du périnée, qu'il juge préférable à l'incision médiane.

M. Legueu. — Je crois qu'il est des cas où, même avec l'incision transversale, il est impossible de découvrir le bout postérieur, dans la plaie profonde et anfractueuse au fond de laquelle on doit le rechercher; on sera trop heureux, en pareille occurrence, d'avoir recours au cathétérisme rétrograde.

M. Lucas-Championnière. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Legueu, et il y a certainement des ruptures de l'urèthre membraneux dans lesquelles on ne pourra pas retrouver le bout postérieur par l'incision périnéale, qu'elle soit médiane ou transversale.

M. Reynier. — L'incision médiane m'a toujours suffi jusqu'à présent pour découvrir le bout postérieur, mais je n'en conclus pas qu'il ne m'arrivera jamais d'être obligé de recourir au cathétérisme rétrograde.

M. Schwartz. — J'ai assisté à l'opération pratiquée par M. Riche et j'ai été frappé de la facilité avec laquelle il a pu retrouver le bout postérieur, en se guidant sur le bec de la prostate.

De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale.

M. Monod. — Il est admis, par beaucoup d'anatomo-pathologistes, que la sclérose constitue un terrain prédisposé à la dégénérescence cancéreuse. Or, le moignon consécutif à l'hystérectomie subtotale est forcément voué à la sclérose; il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'il soit susceptible de subir la cancérisation.

Bien que les observations apportées par M. Richelot ne soient pas sans valeur, et malgré l'appui que ce que je viens de dire semble prêter aux idées de notre collègue, je suis un partisan convaincu de l'hystérectomie subtotale et je reste fidèle à l'opinion que j'ai exprimée ici même, il y a quelques mois (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 145).

M. Rochard. — Je puis vous citer un cas dans lequel, quatre ans après une hystérectomie subtotale pratiquée par moi, Bouglé avait observé une dégénérescence cancéreuse du col; j'ai revu moi-même cette femme il y a quelques mois et je n'ai pu que confirmer ce diagnostic. Mais je considère un fait de ce genre comme exceptionnel et ne diminuant en rien les avantages de l'hystérectomie subtotale.

M. Walther. — D'après tout ce que j'ai pu observer, l'hystérectomie subtotale me paraît d'une exécution plus facile que l'ablation totale de l'utérus; d'autre part, je n'ai jamais constaté de dégénérescence secondaire du col après une hystérectomie subtotale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1903.

Appendicite larvée et menstruation.

M. Soupault attire l'attention, à propos de la communication faite par M. Siredey dans la précédente séance, et relative aux formes frustes de l'appendicite chronique, sur la coïncidence fréquente de crises appendiculaires avec des troubles de la menstruation. Caractérisées par une douleur au niveau de la fosse iliaque, des vomissements, de la diarrhée, de la fièvre, etc., ces crises surviennent habituellement au début de la période menstruelle ou quelques jours avant son apparition; elles s'atténuent au moment de l'écoulement sanguin et disparaissent en général assez rapidement. Leur véritable nature est souvent méconnue, car elles simulent à s'y méprendre, tantôt de simples « coliques de règles », tantôt des exacerbations de colite muco-membraneuse.

Ces crises d'appendicite larvée pouvant donner lieu par leur répétition à des accidents graves, l'orateur estime qu'on ne devra pas hésiter à avoir recours à l'ablation de l'appendice lorsqu'elles se seront reproduites un certain nombre de fois.

M. Ménétrier dit qu'il y a lieu de faire quelques réserves sur le degré de fréquence de ces appendicites larvées simulant des coliques menstruelles, car, dans un certain nombre de cas jugés tels, et traités chirurgicalement, il a pu s'assurer que l'appendice était sain macroscopiquement et microscopiquement.

M. Soupault déclare que chez les 4 malades atteintes d'appendicite larvée, qu'il a fait opérer, l'appendice a été trouvé altéré.

M. Mathieu fait remarquer qu'il n'est pas rare de constater des altérations au niveau de l'appendice, mais il peut s'agir de lésions banales, ne donnant jamais lieu à de véritables appendicites. D'autre part, chez les sujets atteints de colite muco-membraneuse, et en même temps d'appendicite, il est très difficile de déterminer exactement quels sont les accidents qui appartiennent à l'appendicite et ceux qui sont liés à la colite muco-membraneuse. Il faut, en outre, bien savoir que si l'ablation de l'appendice soulage presque toujours les malades atteints de colite muco-membraneuse, elle ne les guérit jamais. Enfin, une dernière particularité qui ne doit pas être perdue de vue, c'est que les sujets atteints de ptose rénale ou hépatique présentent souvent, à la suite d'une station debout prolongée ou d'une longue marche, des phénomènes douloureux du côté de l'hypocondre droit avec tendances syncopales, pouvant éveiller l'idée d'une crise appendiculaire.

M. Béclère dit avoir observé une petite fille de neuf ans, qui présentait de temps en temps,

comme seul phénomène morbide, une décomposition des traits du visage, assez manifeste pour que son entourage s'en aperçût. En palpant la fosse iliaque droite, on remarqua que la pression était douloureuse au point de McBurney et que l'appendice était perceptible. L'ablation de cet organe ayant été pratiquée, on constata l'existence d'une folliculite hémorrhagique accompagnée de deux petites érosions, et cela bien que la jeune malade n'eût jamais présenté de crises d'appendicite.

M. Triboulet croit que certaines infections naso-pharyngées (adénoïdites, rhino-pharyngites, amygdalites), plus particulièrement à streptocoques, ne sont pas étrangères au développement de l'appendicite chez les enfants. Il y aurait donc lieu de rechercher si le traitement local de ces infections du naso-pharynx n'est pas susceptible d'améliorer ou même de guérir certaines formes d'appendicite chronique.

Œdème pulmonaire provoqué par l'injection de sérum artificiel chez un artérioscléreux.

M. Bergé communique l'observation d'un vieillard artérioscléreux, atteint de sclérose rénale et d'insuffisance aortique, chez lequel une injection sous-cutanée d'eau salée à 7 ‰ provoqua, à deux reprises différentes, une poussée d'œdème pulmonaire caractérisée par l'apparition brusque, deux heures environ après l'injection, d'une dyspnée intense avec cyanose légère et râles sous-crépitants à la base des deux poumons.

Bien que ces accidents aient disparu au bout de quelques heures, ils fournissent la preuve que, comme l'ingestion du sel avec les aliments, les injections de chlorure de sodium présentent des dangers chez certains malades tels que les brightiques et les artérioscléreux.

M. Babinski fait remarquer, à propos de l'observation communiquée au cours de la précédente séance par M. Dopter, que les crises d'hystérie ne s'accompagnent jamais d'abolition des réflexes tendineux ou cutanés, et que, jusqu'à présent, il n'existe aucun fait établissant d'une façon formelle que l'albuminurie puisse être liée à l'hystérie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 novembre 1903.

Purpura expérimental.

M. Grenet. — Nous avons reproduit chez le lapin, dans des conditions rigoureusement déterminées, un purpura exactement semblable au purpura exanthématique de l'homme Pour cela nous avons d'abord réalisé une lésion du foie en pratiquant une ligature temporaire du pédicule hépatique. L'animal étant rétabli, nous avons injecté dans la substance nerveuse médullaire une certaine quantité de sang d'hémophile dans la première expérience, de lapin purpurique dans la deuxième. Le purpura apparaît de deux à cinq jours après cette injection et il est disposé d'une façon absolument symétrique.

En lésant le foie et en traumatisant la moelle, nous n'avons, au contraire, jamais réussi à provoquer de purpura; il en a été de même lorsqu'après une lésion du foie nous avons injecté soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans la moelle, du sang de purpuriques.

Trois facteurs sont donc nécessaires pour produire le purpura : 1° une altération hépatique qui agit en modifiant la coagulabilité du sang et en favorisant la prédisposition aux hémorrhagies; 2° une lésion nerveuse; 3° une intoxication agissant localement sur les nerfs. Le rôle de l'intoxication nerveuse est de régler le siège et la topographie de l'hémorrhagie.

Sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux.

MM. Ardin-Delteil et **Moussin** (de Montpellier). — Nous avons étudié la toxicité du liquide céphalo rachidien de 34 paralytiques généraux. Nous avons pu injecter dans les veines du lapin des doses de ce liquide variant de 4 c.c. 07 jusqu'à 99 c.c. par kilogramme (ces dernières doses par réunion de liquides provenant de plusieurs malades), sans constater le moindre phénomène d'intoxication actuelle ou éloignée. Ces recherches permettent d'affirmer que le liquide céphalo-rachidien n'est pas toxique, quelles que soient la nature, la marche ou la période évolutive de la maladie.

Sur la motricité du tube digestif.

M. E. Maurel (de Toulouse) adresse une note dans laquelle il fait observer que la motricité du tube digestif, récemment étudiée au moyen de la radiographie par MM. Sicard et Infroit (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 370), peut être explorée cliniquement d'une façon plus simple en instituant le régime lacté ou en faisant absorber au sujet quelques grammes de poudre de charbon végétal et en notant au bout de combien de temps la coloration des selles se modifie.

L'auteur a constaté de la sorte que la durée d'une digestion normale varie de trente-six à quarante-huit heures; il a pu se convaincre en outre que, chez certains sujets, il existe, malgré des selles quotidiennes, une véritable constipation *latente*, les résidus alimentaires n'étant expulsés que plus de deux jours après le repas; cet état est susceptible d'entraîner toutes les conséquences de la constipation.

Saphrophytisme du coccobacille de Pfeiffer.

M. Rosenthal dit avoir recherché le coccobacille de Pfeiffer dans les premières voies aériennes de sujets sains ou atteints d'affections diverses non thoraciques, et l'y avoir rencontré une fois sur six environ. Pour l'orateur, ce saphrophytisme confirmerait la non-spécificité grippale du microorganisme en question; il lui semble incompatible, en outre, avec le rôle essentiel que quelques auteurs veulent faire jouer au coccobacille dans la pathogénie de la rougeole.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 16 novembre 1903.

Sur le ferment glycolytique.

M. F. Blumenthal fait une communication dans laquelle il passe en revue les connaissances actuelles sur la glycolyse. Cette fonction a d'abord été attribuée exclusivement au pancréas, et on a pensé soit qu'elle était dévolue à une sécrétion de cet organe, soit qu'elle représentait une propriété de la cellule pancréatique; mais pour d'autres auteurs, il s'agirait simplement là d'une conséquence des propriétés oxydantes des divers tissus, ou encore d'une action bactérienne. Toutefois les recherches de l'orateur lui ont démontré que la glycolyse est en réalité un processus fermentatif, différent de la fermentation alcoolique, et aboutissant à la transformation du sucre en anhydride carbonique et eau.

Récemment, la présence du ferment glycolytique a été démontrée dans des organes autres que le pancréas, notamment dans les reins, le foie, le tissu musculaire; les leucocytes renferment aussi un ferment très énergique, mais la glycolyse ne se produit cependant pas dans le sang, en raison de l'action antiglycolytique du sérum. Enfin, M. Cohnheim et Mlle R. Hirsch ont constaté que l'adjonction de tissu pancréatique activait notablement la glycolyse dans le foie ou le muscle. Cette dernière donnée permet de concevoir que le rôle du pancréas consiste à sécréter une substance favorisant l'action du ferment glycolytique.

Si cette conception est exacte, on doit trouver, dans le diabète pancréatique, une diminution de la glycolyse dans les divers tissus, par suite de la suppression de cet élément favorisant; c'est en effet ce que l'orateur a observé dans 3 cas. On pourrait dès lors espérer obtenir des résultats favorables dans cette forme de diabète par l'administration et de ferment glycolytique et de substance activante; toutefois, il est douteux qu'un pareil traitement réponde à toutes les indications, car il existe, dans le diabète pancréatique, d'autres modifications des échanges que celles qui portent sur la consommation du sucre.

M. Kraus dit avoir démontré aussi la formation d'anhydride carbonique dans les processus glycolytiques; mais ce gaz a d'autres sources, de sorte qu'il ne saurait servir à mesurer l'activité de la glycolyse.

Mlle Hirsch déclare n'avoir pu constater la fonction glycolytique du pancréas.

M. Arnheim dit au contraire que, dans les expériences qu'il a faites avec M. Rosenbaum au moyen de poudres d'organe, il a observé que le pancréas, le foie et les muscles avaient un pouvoir glycolytique considérable.

Fistule trachéo-œsophagienne.

M. Schütze montre les pièces d'un homme qui a succombé à des complications pulmonaires quelques jours après avoir subi une opération pour fistule trachéo-œsophagienne. Outre cette fistule, il existait un amincissement extrême de la paroi de la trachée au-dessus de la bifurcation, faisant craindre une rupture dans le médiastin. Ce processus était vraisemblablement d'origine syphilitique.

M. A. Fränkel demande si l'on peut exclure la possibilité d'une perforation par fonte purulente de ganglions trachéaux tuberculeux; il a vu plusieurs cas de ce genre.

M. Benda fait observer que les ganglions sont fortement anthracosiques sur cette pièce, ce qui a pu faciliter la perforation.

M. Kraus est au contraire convaincu de l'origine syphilitique de cette lésion; il a publié un fait de même ordre.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 novembre 1903.

Sur un procédé de craniectomie occipitale.

M. Thiriar. — Dans une note sur laquelle je dois vous faire un rapport, M. Willems (de Gand) relate un cas de tumeur cérébrale, à l'occasion duquel il décrit une technique particulière de craniectomie occipitale.

Il s'agissait d'un néoplasme de la protubérance annulaire, qui fut pris pour une tumeur du cervelet. L'erreur s'explique par l'existence d'un vertige à caractères cérébelleux très nets, et par l'absence de l'hémiplégie alterne ou croisée qu'on observe ordinairement dans les tumeurs du pont. Pour découvrir le lobe gauche du cervelet, où l'on pensait trouver le néoplasme, l'auteur fit une craniectomie occipitale d'après le procédé de Picqué et Mauclaire (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 425-426) légèrement modifié, et put s'assurer que la brèche ne permettait d'inspecter que le segment postérieur du lobe cérébelleux. Le malade mourut dans le coma au bout de quelques heures.

A propos de ce cas, M. Willems étudie la technique de la craniectomie occipitale. Après avoir fait la critique des divers procédés auxquels on a eu recours dans les 53 cas connus d'interventions sur le cervelet, il décrit le procédé auquel il s'est arrêté, et qui consiste à tailler d'abord le lambeau de Picqué et Mauclaire, mais en plaçant le pédicule en bas, et à pratiquer ensuite, au besoin, un second volet surmontant le premier, et à pédicule externe.

La première brèche permettra d'enlever la tumeur si elle occupe le segment postérieur du lobe; sinon, on taillera le second lambeau, et cela très rapidement, parce que le décollement du sinus transverse est rendu facile dans la plaie existante. Il suffira ensuite de détacher partiellement la tente du cervelet de ses connexions avec le rocher et de la soulever, pour mettre bien à découvert le segment antérieur du lobe.

Ce procédé permet donc de graduer l'étendue de la craniectomie d'après les difficultés qu'on rencontre, et il met à l'abri de la blessure du sinus transverse, mieux que ne le font les craniectomies larges d'emblée.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 28 novembre 1903.

Leucémie lymphatique à grosses et à petites cellules.

Dans les deux dernières séances de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE a été discutée cette question.

M. C. Sternberg, s'appuyant sur 7 observations personnelles et sur un certain nombre de faits qu'il a recueillis dans la littérature médicale, a fait une communication dans laquelle il s'est efforcé de démontrer qu'il y a lieu de distinguer deux types de leucémie lymphatique, selon que l'augmentation de nombre des éléments blancs porte surtout sur les petits lymphocytes d'Ehrlich ou sur les gros lymphocytes; c'est ainsi que, sur les 7 cas observés par l'orateur, 3 appartiennent à la première variété (de 95 à 99 % de petits lymphocytes) et 4 à la seconde (de 46 à 93 % de gros lymphocytes). Il ne s'agit pas là seulement d'une différence hématologique; au point de vue anatomique on constate, en effet, que, dans la leucémie lymphatique à petits éléments, les tumeurs ganglionnaires restent limitées, tandis que, dans les cas où ce sont les gros lymphocytes qui entrent en jeu, les lésions sont diffuses (lymphosarcome, chlorome), sinon à l'œil nu, du moins au microscope; ces cas ont donc une gravité particulière.

M. Türk conteste vivement la légitimité de la distinction établie par M. Sternberg. Il fait observer d'abord qu'il existe des formes de transition entre les petits et les gros lymphocytes; que, chez nombre de malades, ces deux sortes d'éléments se trouvent en proportion à peu près égale; qu'enfin il n'est pas exceptionnel de voir, au cours de l'affection, le type leucocytaire se modifier complètement, et les gros lymphocytes, par exemple, prédominer sur les petits, jusqu'alors en majorité.

Pour ce qui est de la bénignité plus grande de la leucémie à petits éléments, l'orateur ne croit pas davantage pouvoir l'admettre. A l'appui de son opinion, il montre les pièces d'un homme qui présentait cette variété de leucémie, et dont l'autopsie a révélé que les ganglions rétropéritonéaux et mésentériques avaient les caractères du lymphosarcome.

M. Sternberg fait remarquer que, dans les cas où les gros et les petits éléments existent en proportion égale, il ne faut pas oublier que normalement les petits lymphocytes sont dans la proportion de 20 à 25 %, les gros dans celle de 1 à 2 %; on peut donc parler de leucémie à gros éléments quand l'équilibre est rétabli au profit de ces derniers. D'autre part, l'orateur est loin de nier la possibilité d'une évolution maligne de la leucémie à petits lymphocytes, évolution dont il a lui-même observé un exemple.

Cathétérisme des uretères et diagnostic fonctionnel des affections renales.

M. Kapsammer a rendu compte de ses expériences sur l'homme et sur le chien, ayant pour but de vérifier s'il est exact que, à l'état normal, les deux reins sécrètent, dans le même laps de temps, des quantités égales d'une urine identique comme composition. Pour cela, il a pratiqué le cathétérisme des uretères, de façon à recueillir séparément les urines de chaque rein, après avoir injecté sous la peau 0 gr. 10 centigrammes de phloridzine; quand le sucre commençait à apparaître dans l'urine, il faisait une injection de bleu de méthylène pour étudier l'élimination de cette substance.

Dans la majorité des cas, il a pu s'assurer ainsi que l'urine des deux reins est différente au point de vue de la quantité, du poids spécifique, du point de congélation, de la proportion de sucre et de la durée de l'élimination du bleu de méthylène. Par l'expérimentation sur le chien, il a reconnu en outre que la quantité d'urine excrétée ne dépend ni du volume ni du poids du rein.

Ces expériences établissent que, dans des conditions normales, la sécrétion des deux reins est différente tant au point de vue quantitatif qu'au point de vue qualitatif. Par conséquent, les éléments dont on s'est jusqu'ici servi pour apprécier l'état fonctionnel des reins n'offrent pas de garanties suffisantes.

Dr SCHNIRER.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Sociétés et Associations médicales aux Etats-Unis.

L'esprit d'association, qui est un des traits dominants du caractère anglo-saxon, se manifeste également dans les choses de la médecine. On peut, à cet égard, signaler les innombrables Sociétés médicales, petites et grandes, dont les Etats-Unis d'Amérique sont couverts comme d'un vaste réseau à mailles étroites. Pas de ville, si petite soit-elle, qui n'ait sa Société de médecine organisée et fonctionnant suivant les règles du code parlementaire. Dans les grandes villes existe une infinité de ces petites Sociétés, comprenant trois, quatre, six membres qui se réunissent périodiquement pour travailler en commun. Le plus souvent, les membres de ces Sociétés embryonnaires comprennent un médecin, un chirurgien et un représentant des principales spécialités. Conformément à un programme établi et distribué d'avance, on y donne lecture d'observations personnelles et qui généralement soulèvent certaines difficultés de diagnostic, de traitement, etc., etc.; au cours de la discussion qui ne manque pas de suivre la lecture de la communication, les assistants font connaître à tour de rôle leur opinion sur la question en litige. C'est, on le voit, à une sorte de consultation qu'aboutit alors la communication. C'est aussi un véritable enseignement mutuel, car, en raison des éléments constitutifs de ces Sociétés, et grâce à l'existence des discussions, chacun est mis au courant de questions dont il ne s'occupe pas spécialement, mais sur lesquelles un autre membre de la Société est renseigné, du fait de ses études spéciales.

Assurément, les cénacles dont il vient d'être question exercent sur l'instruction individuelle la plus heureuse influence. Toutefois, ils ne sauraient prétendre à un rôle d'utilité publique. C'est là une fonction que s'attribuent les grandes Sociétés, dont la puissance et l'autorité sont considérables aux Etats-Unis. Pour bien en saisir l'importance, il convient de répartir ces Sociétés en deux catégories distinctes. Sur les unes j'aurai peu à insister, car ce sont des groupements constitués sur le même modèle que les Sociétés savantes françaises. Les Sociétés du second type, au contraire, jouent dans la vie professionnelle du médecin américain un rôle considérable, rôle dont l'importance tend même à augmenter tous les jours, et ces institutions n'ont guère d'analogue en France.

De la première catégorie, le Collège des médecins de Philadelphie, l'une des plus anciennes et des plus puissantes Sociétés médicales des Etats-Unis, fournit un bon exemple. Il s'agit là de Sociétés dont les membres, en nombre limité, se recrutent parmi le Corps médical de la ville qui est le siège de la Société. L'admission y étant soumise à l'élection, la plupart de ces Sociétés sont arrivées à se borner exclusivement à l'élite du Corps médical. Des savants ne résidant pas dans la ville même peuvent être admis à titre de membres correspondants, etc. Les séances sont hebdomadaires, bi-mensuelles ou mensuelles. J'ajoute que les grandes bibliothèques médicales des Etats-Unis appartiennent pour la plupart aux plus importantes de ces Sociétés.

Les autres Sociétés ou Associations médicales des Etats-Unis ont un but très particulier : leur raison d'être, en effet, n'est pas exclusivement d'ordre scientifique. Toutes gravitent autour de l'*American Medical Association;* il convient donc, pour en bien faire comprendre l'organisation et le fonctionnement, d'exposer, au préalable, la constitution de l'*A.M.A.*

Fondée en 1847 avec, à l'origine, des vues analogues à celles qui présidèrent à la naissance de sa sœur aînée, la *British Medical Association*, l'*American Medical Association* dut sa création au désir des membres de la Société de médecine de l'Etat de New-York d'instituer un *Congrès* périodique national auquel prendraient part des médecins venus de toutes les parties de l'Union. Mais le but poursuivi par les promoteurs de ces réunions ne tarda pas à être quelque peu laissé de côté, tant et si bien qu'à l'heure actuelle la réunion annuelle, d'où était sortie l'A.M.A., tend de plus en plus à passer au second plan des préoccupations de ses membres. La tâche que poursuit aujourd'hui l'*American Medical Association* est plus ambitieuse : il ne s'agit de rien moins que de constituer une sorte de corporation englobant et absorbant la totalité du Corps médical des Etats-Unis, avec lequel, en fin de compte, l'Association s'identifierait au point même de se substituer à lui.

Le motif que l'on allègue officiellement pour légitimer d'aussi vastes projets est la nécessité qui se fait incontestablement sentir en Amérique d'éloigner d'une profession toute d'honorabilité et de dignité les éléments suspects, qui sont légion aux Etats-Unis, ainsi que j'ai eu l'occasion de le montrer à propos du charlatanisme dans ce pays. Exclure publiquement ces médecins d'un corps reconnu pour l'honorabilité de ses membres, en leur en refusant l'accès, serait à la fois les clouer au pilori et stigmatiser leurs procédés. C'est un rôle pareil que certains confrères voudraient réserver à l'*American Medical Association*. On voit combien on est loin du but que se proposèrent les médecins new-yorkais en fondant cette Association.

Pour permettre toutefois à l'*American Medical Association* de jouer le rôle dont il s'agit, il importait d'embrigader dans ses rangs tous les médecins présentant les garanties de respectabilité professionnelle : à ce prix seulement, on pouvait faire admettre que les exclus méritaient leur sort et rentraient dans la catégorie des « brebis galeuses ». Or, actuellement, sur plus de 130,000 médecins qui exercent aux Etats-Unis, à peine 12,500 appartiennent à l'A.M.A., bien que le travail de réorganisation de cette Société se poursuive depuis plusieurs années avec la plus grande activité. Ce serait certainement faire à nos confrères américains une injure gratuite que de supposer qu'il n'y a même pas un médecin honorable sur dix dans leur pays. La faible proportion des élus s'explique probablement par la lenteur fatalement inhérente à une sélection qui doit être opérée parmi un si grand nombre d'individus. Cette sélection constitue évidemment la partie la plus ardue et la plus délicate de la tâche d'épuration que l'on s'est proposée. Les difficultés sont même telles qu'elles entraînent tout un vaste plan d'organisation, d'hiérarchisation et d'affiliation. En raison du nombre considérable des médecins exerçant aux Etats-Unis, par suite aussi de l'immense étendue du territoire, il est impossible au comité directeur de l'*American Medical Association*, chargé de l'enquête préalable qui a lieu à propos de chaque candidature, de recueillir avec une sincérité et des garanties satisfaisantes les renseignements concernant l'honorabilité professionnelle du postulant. Aussi impose-t-on à celui-ci la formalité d'une sélection préalable : ne peuvent, en effet, faire partie de l'A.M.A. que les membres des Sociétés médicales des différents Etats. Or, ces Sociétés régionales, affiliées à l'*American Medical Association*, ou plutôt placées sous sa tutelle, exigent précisément de leurs adhérents les conditions requises pour être admis à l'Association nationale, et dans le cercle limité de l'Etat, il est relativement facile d'établir, avec quelques garanties d'exactitude, le casier moral d'un homme dont les moindres actes sont, du fait même de sa profession, constamment livrés à l'appréciation du public.

Enfin, pour plus de sécurité, l'*American Medical Association* vient encore de décider que le membre d'une Société d'un Etat déterminé doit également se faire admettre dans la Société médicale d'intérêt local, comme il en existe dans la plupart des districts dont l'ensemble constitue l'Etat et qui portent, suivant les cas, le nom de comté ou de paroisse. Voilà donc le cercle de surveillance encore plus circonscrit et une observation rigoureuse rendue plus facile.

On voit quel est le but poursuivi : il ne s'agit de rien moins que de substituer au titre de docteur, dont nous avons montré l'origine et la valeur si inégales aux Etats-Unis, le diplôme de membre de l'Association, faisant ainsi de ce diplôme un brevet d'honnêteté, d'honorabilité et de compétence professionnelles.

L'un des moyens mis en œuvre dans ce but par l'A.M.A. consiste, nous venons de le voir, dans la hiérarchisation et la bonne organisation des Sociétés régionales et locales. Un autre réside dans l'adoption d'un code d'éthique professionnelle, auquel tous les membres de l'Association sont tenus de se soumettre sous peine d'exclusion. Je n'ai pas à insister sur les différents points que soulève ou que règle ce code. Aux Etats-Unis, l'adoption en est envisagée comme un progrès considérable. J'ajouterai seulement qu'en France il serait certainement considéré comme un strict minimum.

De ce que nous venons de dire, on peut conclure que l'*American Medical Association* paraît exercer actuellement une action plutôt bienfaisante sur le développement de la vie médicale aux Etats-Unis. Je dis *actuellement*, parce que ce qui se passe en ce moment dans certain pays d'Europe nous met en garde contre un optimisme par trop exagéré et nous oblige à réserver l'avenir.

Supposons un instant, en effet, que le but poursuivi par l'*American Medical Association* soit atteint, ce qu'il n'est, somme toute, pas impossible de concevoir. Quand alors cette Association occupera la place à laquelle elle prétend, qu'elle aura tout centralisé et qu'elle aura monopolisé le droit de distribuer les brevets d'honnêteté à ceux qui veulent bien se laisser enrégimenter sous sa bannière, que deviendra la liberté, cette liberté dont on parle tant aux Etats-Unis, dont on y est si fier, dont on croit si volontiers avoir le monopole? En France, pays de 38 millions d'habitants et dix-huit fois plus petit que les Etats-Unis, nous souffrons de la centralisation. Mais que sera-ce alors dans un pays ayant une population double et une surface infiniment supérieure à celle de la France, où par suite les contrastes sont violents et heurtés? Peut-on admettre que ce qui convient au Maine soit bon pour la Louisiane, que New-York et Denver, la Californie et les grands lacs renoncent à l'individualité propre que ces régions doivent à leurs conditions naturelles si dissemblables? Une fois la centralisation opérée, tout se passera sous le couvert de l'*American Medical Association*, et cependant cette étiquette impersonnelle ne cachera, en fait, que la personnalité très réelle des quelques membres qui sont l'âme dirigeante de l'Association. Sous leur joug devront se courber tous les médecins américains : hors de l'Association, point de salut, et l'Association, c'est eux. Ce serait vraiment méconnaître la marche naturelle des choses que de douter qu'une fois l'Association bien dans la main, les quelques personnages influents qui la dirigent — quel que soit d'ailleurs le désintéressement qu'on leur suppose — n'escamotent à leur profit un instrument rendu puissant et docile uniquement dans un but d'intérêt public.

Il y a plus. L'A.M.A. a un organe officiel qui porte le nom de *Journal of the American Medical Association*. Or, ce périodique, au lieu d'être un simple bulletin de Société, est un véritable journal de médecine dans toute l'acception du terme, avec cette particularité que l'abonnement y est obligatoire pour tout membre de l'Association, puisque la cotisation de membre et la souscription à l'abonnement se confondent. Or, on sait que l'importance d'un journal se mesure à l'étendue de sa circulation, et n'est-ce pas créer une circulation absolument factice et exprimer l'importance de cette circulation par un nombre d'abonnés fictifs que d'imposer l'abonnement à tout médecin qui ne se soucie pas d'être publiquement flétri comme charlatan? Car c'est bien cette conclusion que comporte logiquement le programme de l'*American Medical Association* : tout médecin digne de ce nom fait partie de l'Association et comme tel est nécessairement abonné au journal. On comprend dès lors facilement quelle concurrence l'organe de l'Association, dès qu'il sort de son rôle de « Bulletin et compte rendu », est susceptible de faire à la presse médicale indépendante. Et que deviendra en outre la liberté de la tribune si, pour émettre une opinion, il faut au préalable passer sous les fourches caudines des trois censeurs qu'impose le règlement de l'*American Medical Association?*

Quelque sombre que puisse paraître un pareil tableau, il n'est cependant nullement poussé au noir. Il suffit, pour s'en convaincre, de voir ce qui se passe en Angleterre. Là existe, depuis près de trois quarts de siècle, une Association médicale créée, à l'origine, dans le but de rapprocher les médecins qui en font partie, de rassembler et de publier les cas intéressants qu'ils ont observés, d'étudier la topographie médicale du pays, les épidémies, etc. De provinciale qu'elle était au début, l'Association est devenu plus tard nationale, et c'est alors qu'elle a augmenté son programme en s'occupant de tout ce qui touche au Corps médical : déontologie, enseignement, réformes des lois médicales ou sanitaires, etc. Ce travail de réorganisation parachevé, et la presque totalité des médecins une fois incorporée, on s'est trouvé en présence d'un organisme puissant, docile et bien dans la main de quelques personnages habiles ou influents. Or, un pareil organisme, qui doit la cohésion de ses éléments à la communauté du but poursuivi, est obligé de se modifier le jour où ce but commun est atteint. C'est ce qui menace effectivement de se produire dans l'Association médicale britannique où semblent actuellement se faire jour des velléités sérieuses de transformation en une Société mutuelle de prévoyance; on peut d'ores et déjà prédire que, dans un avenir plus ou moins prochain, il se fera une dislocation des deux camps en présence, à moins que la seule raison d'être de l'Association ne soit désormais de commanditer le journal qui, modeste au début, a fait peu à peu une concurrence acharnée et funeste aux autres journaux médicaux en prenant un véritable caractère commercial et est devenu, par ce fait même, une source de gros revenus, bien qu'il ait une circulation aussi factice que celle du périodique américain.

Un sort semblable est-il réservé à nos confrères d'Amérique? L'avenir seul le montrera. Toutefois, s'il est vrai que l'histoire n'est qu'un perpétuel recommencement, il est bon d'établir des rapprochements qu'impose la comparaison de deux organisations parvenues à des étapes diverses de leur évolution, mais d'origine et d'aspirations semblables, et que sépare seule leur différence d'ancienneté.

D[r] Francis Munch (de Paris).

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Dangers de l'emploi de l'adrénaline dans les stades avancés de la maladie d'Addison.

M. le docteur E. Boinet, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille, a récemment eu l'occasion d'observer deux cas de maladie bronzée, dans lesquels une injection sous-cutanée d'une faible dose d'adrénaline a donné lieu au développement d'une intoxication rapidement mortelle.

Dans l'un de ces faits, il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, présentant tous les signes classiques de la maladie d'Addison et chez lequel l'opothérapie, pratiquée sous forme d'injections hypodermiques soit d'extrait glycériné de capsules surrénales, soit de solution d'adrénaline, avait produit une amélioration rapide, lorsque, sous l'influence d'une grande fatigue coïncidant avec une injection d'un tiers de milligramme d'adrénaline, éclatèrent des phénomènes graves, qui devaient entraîner la mort en quarante-sept heures. Dix minutes après l'injection, le malade éprouva une sensation de froid, accompagnée de frisson avec tremblement généralisé et vasoconstriction. Au bout de cinq heures, le patient était dans un état d'abattement extrême, la respiration ralentie et pénible, les lèvres bleuâtres et le visage cyanosé; il existait une arythmie considérable avec crises d'angoisse cardiaque et tachycardie paralytique. Vers la fin du second jour, cet homme finit par succomber, au milieu des symptômes d'une asphyxie croissante avec collapsus cardiaque.

Chez un autre patient, âgé de cinquante-cinq ans et qui, habitant la campagne, était obligé de se fatiguer pour venir, en ville, se faire pratiquer des injections sous-cutanées d'adrénaline, la première injection d'un milligramme fut suivie de malaise avec vomissements, frissons, sensation de froid, vasoconstriction des extrémités et tremblement presque généralisé. Huit jours plus tard, on fit une nouvelle injection d'adrénaline à la même dose et, le surlendemain, le malade mourait avec des phénomènes semblables à ceux que l'on avait notés dans le cas précédent.

En se basant sur ces deux faits — qui, du reste, cadrent bien avec les recherches expérimentales de M. Battelli sur l'action des injections intraveineuses d'adrénaline ou d'extrait surrénal chez les animaux décapsulés —, M. Boinet estime qu'on doit s'abstenir de recourir aux injections hypodermiques d'adrénaline chez les addisoniens avancés et fatigués. L'opothérapie surrénale ne serait, par conséquent, indiquée que dans les cas de maladie bronzée au début ou assez peu avancés pour que l'on pût obtenir une hypertrophie compensatrice des portions indemnes des capsules surrénales, et encore conviendrait-il de ne pas dépasser la dose d'un tiers de milligramme d'adrénaline, l'injection d'une quantité élevée de cette substance pouvant déterminer l'arrêt brusque du cœur (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 55).

Les injections intraveineuses d'une solution faible de nitrate d'argent comme moyen de traitement des infections généralisées.

Un médecin américain, M. le docteur J. Hume (de Baltimore) a, depuis quelque temps, recours à des injections intraveineuses de nitrate d'argent pour combattre les infections généralisées. Notre confrère injecte, à chaque fois, 500 c.c. d'eau portée à la température de 43° à 46° et dans laquelle on a, au préalable, versé un demi-centimètre cube d'une solution de nitrate d'argent à 10 %. L'injection, qui est suivie d'un frisson avec élévation thermique et transpiration profuse, exercerait une influence très favorable sur l'évolution du processus infectieux. C'est ainsi que M. Hume a eu l'occasion d'observer une jeune fille de seize ans, atteinte d'une streptococcie consécutive à une intervention opératoire, et chez laquelle deux injections intraveineuses de nitrate d'argent ont suffi pour faire complètement disparaître des phénomènes de toxémie grave. Notre confrère a vu le même traitement réussir dans un cas d'abcès volumineux du péritoine avec fièvre atteignant 40°, délire et prostration : après trois injections, la malade était tout à fait guérie. Dans un autre cas d'infection streptococcique accompagnée de symptômes de toxémie très accentuée et de délire, la guérison fut également obtenue après la troisième injection. Enfin, M. Hume a appliqué le procédé en question chez 10 sujets atteints d'infections pyogènes et n'a eu à enregistrer qu'un décès; encore celui-ci est-il survenu par suite d'une maladie intercurrente.

Les injections n'ont jamais donné lieu à des accidents locaux, sauf dans 2 cas où l'on a noté l'existence d'une légère phlébite.

L'opothérapie rénale contre les suppurations du rein.

Partant de cette considération que la sécrétion interne du rein est antitoxique, on avait essayé, il y a quelques années, d'utiliser les injections d'extrait de parenchyme rénal pour combattre le mal de Bright et, en particulier, les accidents urémiques. La plupart de ces tentatives n'ayant pas été couronnées de succès, l'opothérapie rénale a été à peu près complètement abandonnée. Or, M. le docteur E. Cassaët, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, a récemment eu l'occasion de se convaincre que, si la médication dont il s'agit échoue chez les brightiques, elle est, par contre, susceptible de rendre d'excellents services dans les cas de suppuration des reins. Appelé à donner ses soins à une malade atteinte d'une pyonéphrose grave consécutive à la lithiase, notre confrère la soumit, en désespoir de cause, à l'opothérapie rénale, en lui faisant ingérer, tous les jours, des rognons crus. Au bout de quinze jours de ce traitement, les urines, auparavant très purulentes, s'étaient déjà éclaircies. Le régime en question fut continué, sans interruption, pendant six mois environ et n'a donné lieu à aucun symptôme d'intoxication; actuellement la patiente peut être considérée comme guérie.

Ajoutons que ce cas est à rapprocher des constatations faites par M. le docteur Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui, à diverses reprises, a été à même de remarquer que les sucs organiques exercent une action favorable sur les suppurations des viscères.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des diverses formes de rechutes typhoïdiques.

A part la classification donnée dans sa thèse d'agrégation par M. Hutinel (1) — lequel divisait les rechutes de la dothiénentérie en rechutes régulières, rechutes thermiques sans symptômes typhiques et sans complications, rechutes irrégulières, rechutes à grandes oscillations — ou bien la description, chez quelques auteurs, d'une des formes précédentes et parfois la simple mention d'une forme abortive, on ne trouve guère en général, dans les écrits sur les rechutes typhoïdiques, qu'une exposition plus ou moins détaillée de symptômes se rapportant à la définition communément admise, d'après laquelle la rechute ou réversion est la reproduction, après l'établissement apparent de la convalescence, de la totalité ou d'une partie des symptômes qui ont caractérisé l'atteinte typhoïdique précédente. La rechute ne serait donc, comme on l'a dit, du reste, qu'un reflet de l'atteinte antérieure, par conséquent l'apparition, au bout d'un certain nombre de jours, de symptômes dont l'ensemble doit forcément réveiller toujours l'idée d'une dothiénentérie.

Telle n'était point cependant celle que faisaient naître dans tous les cas les rechutes offertes par les 43 fièvres typhoïdes à réversion observées dans ma salle de dothiénentériques pendant l'épidémie de 1895 et les quatre années qui ont suivi. Plusieurs, malgré les modifications profondes que présentait la marche de la température, les faisant s'écarter d'une façon très marquée des types connus, donnaient, il est vrai, encore l'impression d'un état dothiénentérique. Mais un certain nombre s'en distinguaient tellement qu'elles permettaient toutes les suppositions, excepté celle d'une rechute typhoïdique : formes bizarres, sans doute, inconnues, je crois, du moins d'après les recherches que j'ai pu faire. Elles méritent pourtant d'être étudiées, ne serait-ce qu'au point de vue pratique.

Afin de mieux faire ressortir les grandes divergences qui séparent ces dernières rechutes des autres, je vais esquisser à grands traits une description de toutes les formes de rechutes de la dothiénentérie, ce qui me permettra en même temps de montrer le peu d'analogie que les réversions présentent entre elles et de compléter, autant qu'il m'est possible, grâce aux éléments fournis par les observations que j'ai recueillies, la classification commencée par M. Hutinel. Voyons d'abord les modalités de réversion décrites par cet auteur.

I

Rechutes régulières. — La rechute peut rappeler par son évolution celle d'une fièvre typhoïde ordinaire avec des symptômes cependant le plus souvent moins sérieux et moins accentués. Cette forme dite régulière présente communément certaines variantes qui ne l'empêchent pas de reproduire suffisamment la forme normale. Ainsi l'ascension thermique en offre d'assez notables, qu'on peut avec M. Hutinel rapporter aux quatre modes de début suivants : 1° la température s'élève d'emblée à son maximum, 39° et même 40°; 2° elle monte rapidement, mais en échelon, en deux ou trois zigzags, le maximum étant atteint après trente-six ou quarante-huit heures; 3° elle s'élève lentement comme dans la première atteinte et l'ascension se fait par oscillations ascendantes; le maximum n'est alors atteint que le cinquième ou le septième jour; 4° l'élévation de la température, par son ascension brusque accompagnée parfois, mais rarement, de frissons et de sueurs, simule un accès intermittent.

La période d'état peut aussi offrir plusieurs types : ou les oscillations sont régulières comme dans la période d'état d'une fièvre typhoïde simple, ce qui est très rare; ou bien elles affectent le type rémittent irrégulier, quelquefois le type rémittent régulier, voire même le type tierce, ainsi qu'on le constate dans certains tracés de Wunderlich (1). D'après M. Jaccoud (2), le maximum thermique, le plus souvent inférieur à celui de la première atteinte, peut cependant s'élever jusqu'à 40°, voire 41°. Il se montre d'ordinaire dans les trois premiers jours, mais souvent le sixième. La défervescence est la partie du tracé thermique qui présente le moins de variété. Dans le plus grand nombre des cas elle se fait par grandes oscillations descendantes en vingt-quatre ou trente-six heures, ou bien se prolonge plusieurs jours, comme l'ont vu Potain et M. Jaccoud.

On a cru pouvoir tirer de certaines particularités offertes par la marche de la température quelques déductions pronostiques. Ainsi, d'après Wunderlich, lorsque l'ascension est brusque ou rapide, la rechute est le plus souvent courte. Elle se prolonge, au contraire, quand l'ascension est lente. Pour M. Jaccoud la durée de la rechute est d'autant plus faible que le maximum thermique est plus précoce, quel que soit ce maximum.

Les taches lenticulaires apparaissent du deuxième au cinquième jour, plus tôt par conséquent que lors de la première atteinte. Le pouls est toujours plus ou moins fréquent. La durée de la forme régulière est ordinairement de trois ou quatre septénaires (3).

Rechutes thermiques sans symptômes typhiques et sans complications. — Cette forme de rechute, dont parle seul M. Hutinel, est ainsi décrite par lui : « Dans quelques cas, pendant la fausse convalescence, on voit le thermomètre monter rapidement à 39° ou 40° et la courbe reproduire plus ou moins exactement celle de la rechute régulière, et cependant les symptômes typhiques n'existent pour ainsi dire pas, et de plus aucune complication ne peut expliquer cette marche de la température en dehors d'une action normale des poisons typhiques. » Il cite à l'appui de cette description un fait de Labbée (1) et un de M. Brouardel, publié dans la thèse de M. Guyard (2).

Les taches lenticulaires, au dire des auteurs les plus autorisés, ne sont pas absolument nécessaires sans doute pour établir le diagnostic de fièvre typhoïde. Il faut avouer cependant qu'on serait aisément porté à considérer ces sortes de rechute comme des cas de typhobacillose, c'est-à-dire comme un état typhoïde causé par l'infection tuberculeuse précédant la phase des localisations, celles-ci n'ayant lieu que longtemps après. Les observations citées par M. Hutinel étant muettes à ce sujet, et ayant été publiées, en outre, bien des années avant la description de la typho-bacillose par M. Landouzy, il me paraît plus sage, jusqu'à plus ample informé, de réserver les faits de ce genre.

Rechutes irrégulières. — Mais la marche de la température peut offrir des variations encore plus grandes que celles que nous avons constatées déjà dans la forme régulière, et le tracé s'écarter alors d'une façon très marquée de celui qui est communément fourni par la fièvre typhoïde ordinaire, au point de ne le rappeler que très vaguement. C'est ce qui constitue la forme irrégulière. Cette rechute, une des plus fréquentes, sinon de beaucoup la plus fréquente, a été, d'après M. Hutinel, ainsi décrite par Irvine (3) : « La température s'élève d'une manière continue et atteint son chiffre le plus élevé vers le cinquième jour. Du cinquième au huitième ou au neuvième jour, elle offre peu de variations, mais présente cependant une légère tendance à descendre. Le huitième ou le neuvième jour elle tombe soudainement de plusieurs degrés, atteint parfois un chiffre inférieur à la normale. De là elle peut se relever jusqu'au chiffre des jours précédents, mais dans les cas simples d'une façon éphémère seulement. La fièvre persiste quelquefois, à un moindre degré, il est vrai, jusqu'au quinzième jour, éprouve une nouvelle chute et offre encore quelques oscillations jusqu'au vingt et unième jour. Alors commence la convalescence. »

La température est loin cependant d'avoir toujours une pareille marche. Les deux tracés ci-dessous (*fig. 1* et *2*), si différents l'un de l'autre, si différents aussi du schéma d'Irvine,

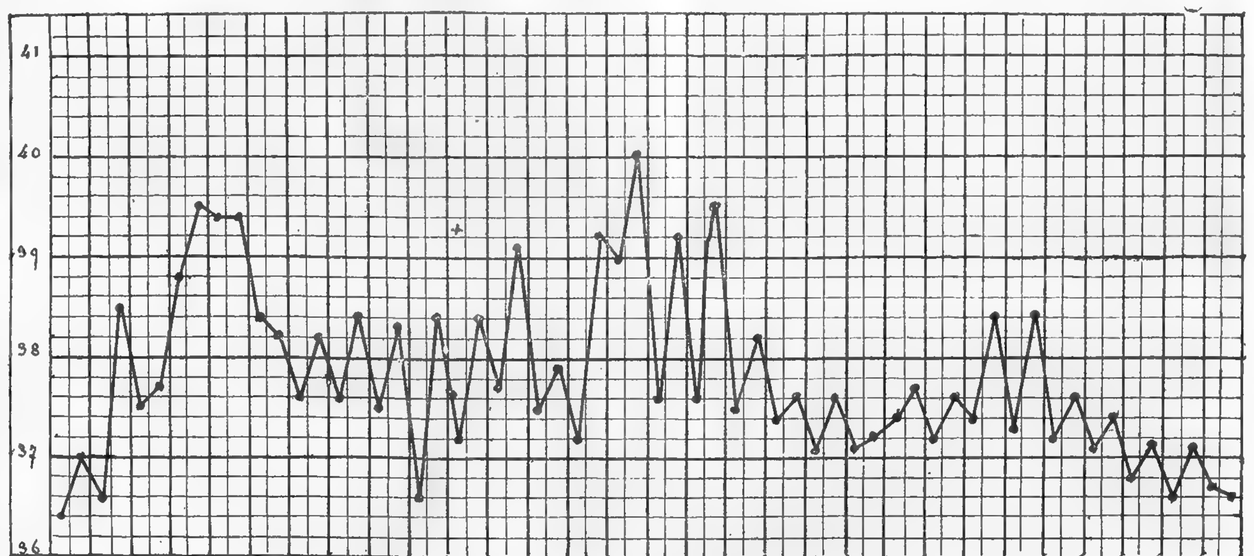


Fig. 1. — Dans ce tracé, comme dans les suivants (sauf cependant pour le tracé 7), le signe + correspond à l'apparition des taches lenticulaires.

(1) V. Hutinel. Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. (*Thèse d'agrég.*, 1883.)

(1) C. Wunderlich. La température dans les maladies. (Trad. de l'allemand par Labadie-Lagrave.) Paris, 1872.

(2) S. Jaccoud. Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1883-84). Paris, 1885.

(3) La marche de la température dans cette forme de rechute étant assez connue, je ne crois pas devoir en donner de tracé.

(1) E. Labbée. Recherches cliniques sur les modifications de la température et du pouls dans la fièvre typhoïde et la variole régulière. (*Thèse de Paris*, 1868.)

(2) A. Guyard. Etude sur la fièvre typhoïde à rechute. (*Thèse de Paris*, 1876.)

(3) J. P. Irvine. Relapse of typhoid fever, especially with reference to the temperature. Londres, 1880.

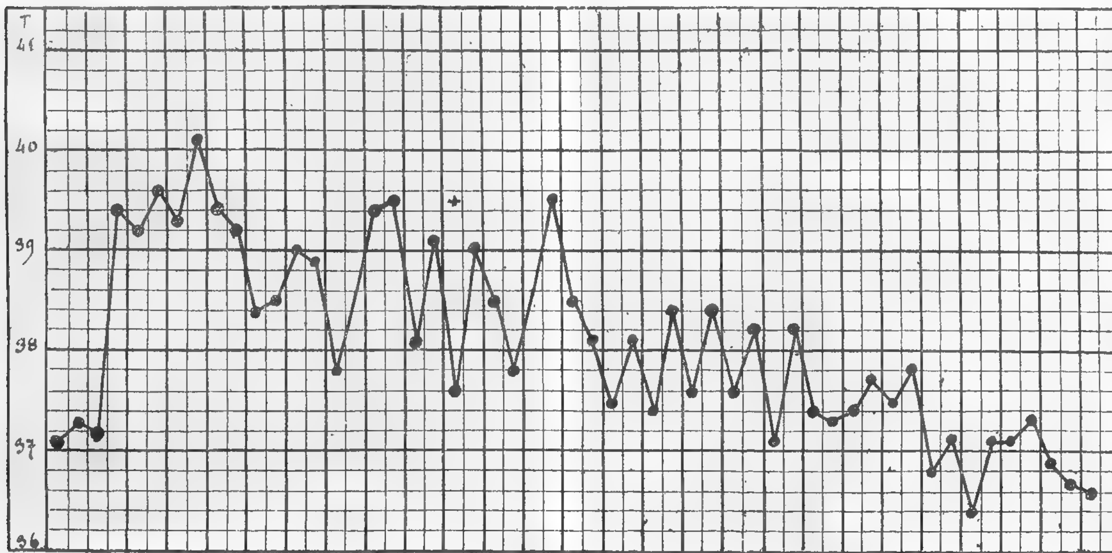


Fig. 2.

donnent certainement encore mieux que toute description une idée suffisante des nombreuses variantes que la courbe thermique est susceptible de subir : ainsi, l'ascension brusque par laquelle débute parfois cette courbe, les chutes nombreuses et les dépressions assez longues qui peuvent également se montrer dans le cours de la période d'état, les modifications que subit parfois la défervescence elle-même.

Ces deux tracés font voir, en outre, que dans cette forme de rechute le maximum thermique peut s'élever jusqu'à 40° et quelques dixièmes; que de plus, et quelle que soit la durée de cette rechute, ce maximum peut être atteint dès les premiers jours, ou seulement au milieu de la période d'état — et j'ajouterai même, car je l'ai vu une fois, à la fin seulement de cette période —, mettant ainsi en défaut la loi posée par M. Jaccoud, d'après laquelle la rechute serait d'autant plus courte que le maximum thermique, quel qu'il soit, est plus précoce.

Ces deux tracés semblent infirmer aussi la manière de voir de Wunderlich, soutenant que lorsque l'ascension est brusque ou rapide, la rechute est le plus souvent courte.

Une grande irrégularité dans la marche du tracé thermique semble donc la caractéristique de ce groupe de rechutes. On doit ajouter que ces irrégularités ne sont pas les seules que l'on constate. En effet, les taches lenticulaires peuvent bien se montrer du deuxième au cinquième jour, mais elles n'apparaissent quelquefois que le dixième jour (voir les deux tracés précédents); je ne suis même parvenu à les découvrir, dans un cas, que le quatorzième jour. Le pouls peut s'élever jusqu'à 120; chez un de mes malades il a oscillé tout le temps entre 60 et 80 pulsations. C'est dans ces formes irrégulières surtout que l'on constate, du moins d'après ce que j'ai observé, les frissons, les vomissements et la constipation du début. La durée de cette réversion n'est point, comme l'a prétendu Irvine, de trois septenaires, mais varie entre trois et jusqu'à près de cinq septénaires.

Rechutes à grandes oscillations. — Cette forme est ainsi nommée à cause de l'amplitude beaucoup plus grande que présentent du matin au soir les oscillations thermiques : aisément elles mesurent 2° et peuvent parfois atteindre jusqu'à 3°. Voici comment d'ordinaire on envisage cette rechute. Brusquement, pendant la période intercalaire, la température s'élève en trois ou quatre jours à 39° et même 40°, puis, par de grandes oscillations, revient à la normale en huit ou douze jours, en sorte que la période de défervescence, comme le dit M. Hutinel, semble seule se produire dans cette rechute. Mais c'est encore là une règle qui offre par trop d'exceptions, d'autant plus intéressantes à connaître qu'elles font subir à ce tracé type des modifications très importantes et le transforment d'une façon absolue.

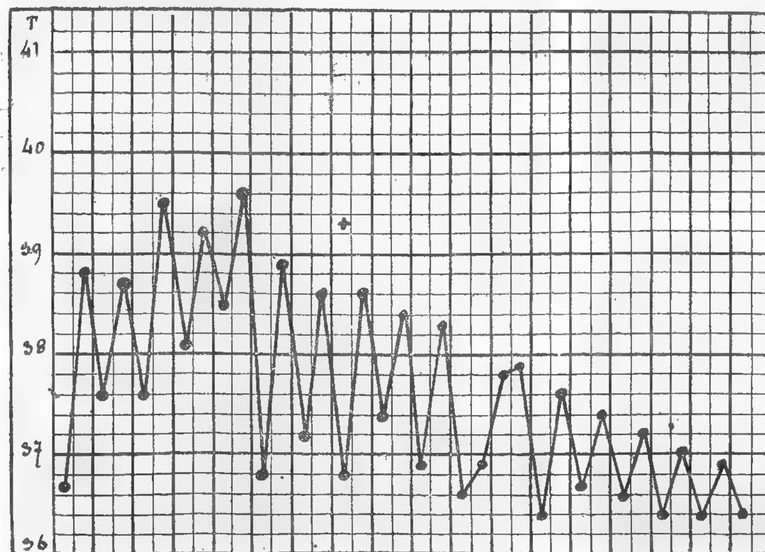


Fig. 3.

Ainsi, les grandes oscillations peuvent déjà se montrer pendant le cours plus ou moins long de la période d'ascension; à celle-ci succédera une période d'état de quelques jours, caractérisée également par de grandes oscillations; puis, au moyen d'une longue série de grandes oscillations descendantes qui peut durer dix jours (*fig. 3*), la température revient à la normale. D'autres fois, l'ascension précédente est suivie d'une période d'état d'une dizaine de jours avec grandes oscillations régulières, comme dans la période d'ascension; ensuite survient une chute brusque et la défervescence a lieu en deux ou trois petits zigzags (*fig. 4*). Ou bien encore, précédée par de grandes oscillations qui se développent déjà lors de la défervescence de l'atteinte typhoïdique précédente et semblent vouloir se continuer — moins accentuées sans doute — pendant la période intercalaire (*fig. 5*), l'ascension thermique met trois ou quatre jours à se faire aussi par grandes oscillations. Cette ascension donne suite à une période d'état pouvant durer vingt jours, pendant laquelle ont lieu des oscillations plus ou moins étendues, entrecoupées d'autres moins accentuées, même nor-

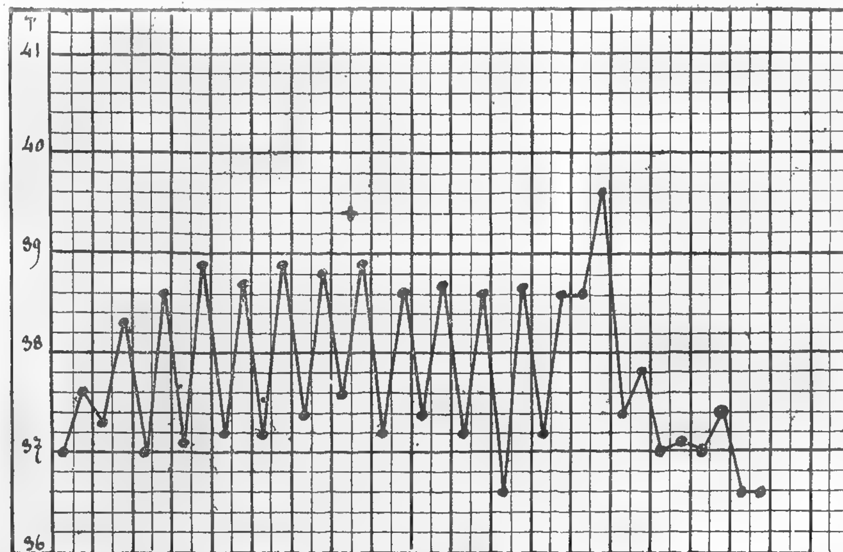


Fig. 4.

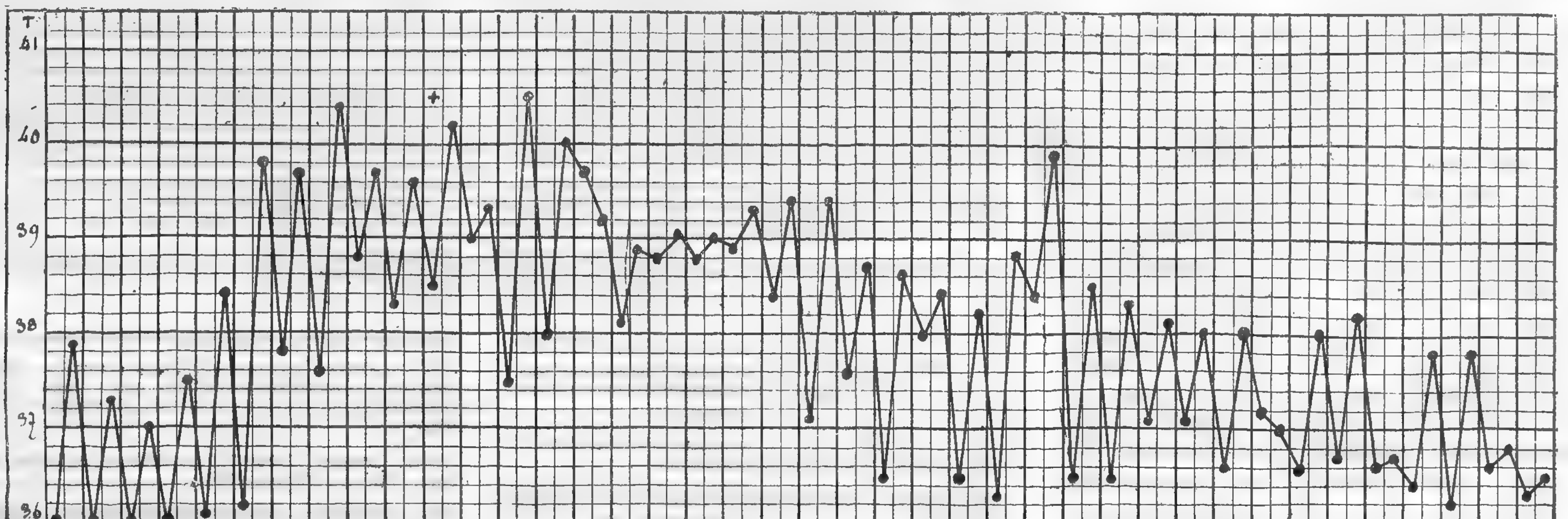


Fig. 5.

males ou, au contraire, plus prononcées. A cette longue période d'état succède une défervescence qui peut se prolonger pendant dix à douze jours et s'effectuer comme la période d'état par grandes oscillations entrecoupées d'autres très petites. Dans cette forme de rechute, le maximum thermique peut dépasser 40° et se montrer au début de la période d'état, réapparaître parfois dans le cours de cette période et sembler même vouloir encore précéder la défervescence, ainsi qu'on le voit sur la *figure 5*, ou bien, n'avoir lieu qu'à la fin de la période d'état (*fig. 4*) pour être suivi d'une défervescence brusque. L'époque de l'apparition du maximum thermique et le mode d'ascension de la température paraissent donc également ici n'exercer aucune influence sur la longueur de la rechute. Le pouls ne s'élève guère généralement au-dessus de 100 pulsations ou reste entre 70 et 90.

Les taches lenticulaires font quelquefois défaut. Je les ai vu le plus souvent n'apparaître que le septième jour ou bien survenir par poussées successives. Malgré l'allure présentée par la marche de la température et le degré que celle-ci peut atteindre, les autres phénomènes typhoïdiques restent peu marqués, ce qui n'est certes pas fait pour aider au diagnostic.

D'après M. Devic (1), les rechutes à grandes oscillations ne s'observeraient pas chez les dothiénentériques soumis au traitement balnéaire. Que ces sortes de rechutes soient moins fréquentes chez eux, cela est possible. Mais on ne saurait, à mon avis, partager l'absolutisme de M. Devic, puisque l'un des tracés précédents a été fourni par un malade soigné par les bains.

La durée de cette rechute est loin d'être, ainsi qu'on le soutient, d'un à deux septénaires. Elle peut, en effet, se prolonger pendant trois septénaires ou même, comme le montre la *figure 5*, pendant plus de trente jours.

II

A côté des variétés précédentes prennent place les *rechutes abortives*.

Cette forme de rechute tire son nom bien moins de son faible degré thermique que de sa courte durée. Aussi peut-elle facilement donner lieu à des erreurs. Elle n'en devient donc que plus intéressante à connaître, d'autant qu'elle paraît être très fréquente dans certaines épidémies. J'ai pu, en effet, en observer en très peu de temps jusqu'à 13 cas. Dans ces rechutes, qu'on trouve à peine citées par quelques auteurs, la marche de la température est loin, sauf la durée, d'être la même chez tous les malades. Ainsi l'ascension thermique se fait parfois par oscillations régulières en trois ou quatre jours. Puis sans transition aucune, la défervescence commence et se continue aussi par oscillations régulières pendant quatre ou cinq jours (*fig. 6*). Ou bien l'ascension thermique s'effectue en deux ou trois jours par oscillations irrégulières. A celles-ci succède une période d'état qui dure une demi-journée et le cycle se termine par des oscillations descendantes également irrégulières en trois ou quatre jours (*fig. 7*). D'autres fois,

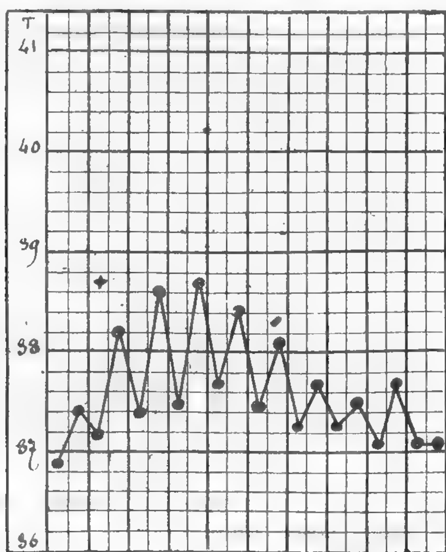


Fig. 6.

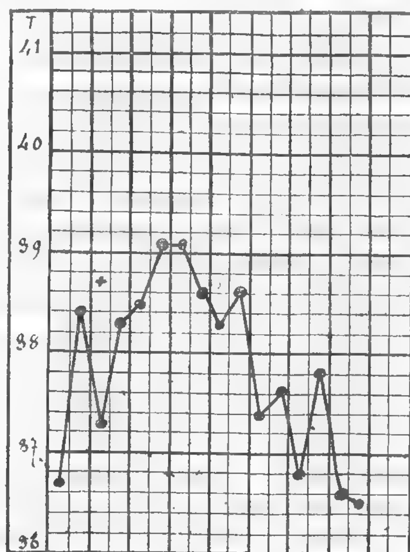


Fig. 7. — Le signe + correspond à l'apparition de la douleur spontanée de la rate.

il n'existe que la période d'ascension, constituée par des oscillations irrégulières qui s'élèvent graduellement pendant plus d'un septénaire pour se terminer par une défervescence brusque (*fig. 8*). Ou bien, au contraire, à la suite d'une ascension brusque, apparaît une période d'état, laquelle est suivie, au bout d'une demi-journée, d'une défervescence qui se prolonge par oscillations irrégulières pendant six ou sept jours (*fig. 9*). Tels sont les principaux types auxquels on peut rattacher les diverses variétés de rechutes abortives, si différentes les unes des autres dans leur évolution et semblant n'avoir de commun entre elles que leur courte durée, ainsi que le montrent ces divers tracés que j'ai cru devoir reproduire afin de donner de cette forme une idée aussi complète que possible.

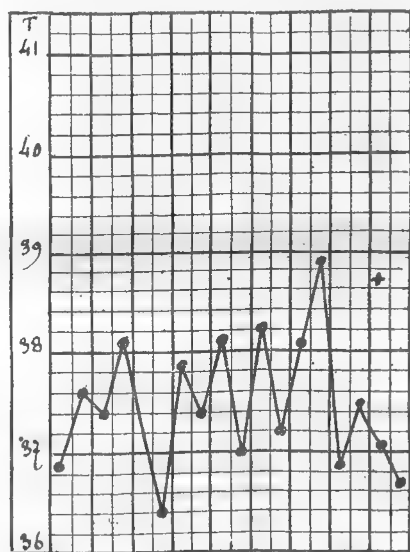


Fig. 8.

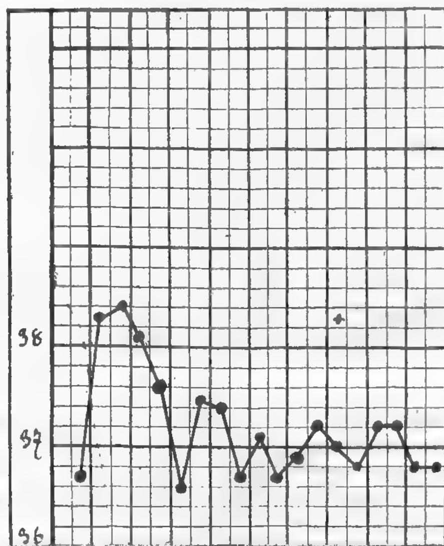


Fig 9.

Dans ces rechutes, quelle que soit la marche de la température, celle ci peut atteindre jusqu'à 39° et ce maximum se montrer au début, au milieu ou à la fin de la réversion sans influer encore en aucune sorte sur la durée de la rechute. On peut en dire tout autant du mode d'ascension, que celle-ci soit brusque ou longue. Malgré la courte durée de la période thermique, le pouls peut s'élever jusqu'à 120. Le plus souvent il se maintient dans les environs de 90 pulsations. Les taches lenticulaires apparaissent parfois le premier jour (*fig. 6*), mais le plus souvent le huitième jour, même si — comme dans le tracé représenté par la *figure 9* — ce septième jour coïncide avec la fin de la défervescence. Chez un de mes malades les taches n'ont apparu que le neuvième jour, le lendemain de la chute de la température (*fig. 8*).

Quoique les symptômes typhoïdiques soient habituellement peu accentués, ils peuvent cependant, chez certains patients, éclater tout à coup avec une grande intensité et faire croire à l'explosion d'une rechute des plus graves. Ainsi, dans une de mes observations (*fig. 7*), cette rechute a débuté par une douleur spontanée de la rate avec ascension brusque de la température, gargouillements et sensibilité vive de la fosse iliaque droite, diarrhée intense, épistaxis. Puis, au bout de quarante-huit heures au plus, tous ces symptômes se sont amendés, ont avorté bien vite et la guérison définitive s'est implantée le septième jour, légitimant ainsi l'épithète d'abortive par laquelle on caractérise ces sortes de rechutes. Leur durée est ordinairement d'environ un septénaire. Rarement elles se prolongent plus de dix jours. Vu la marche de la température dans ces rechutes et surtout la courte évolution de celles-ci, on pourrait être porté à n'en faire que de simples recrudescences. Il ne saurait cependant en être ainsi, puisque toutes celles que j'ai observées sont survenues après une période intercalaire variant entre trois et vingt-trois jours. Ce sont là, par conséquent, de véritables rechutes, comme le prouve du reste suffisamment l'apparition des taches lenticulaires.

III

Telles sont les seules formes de réversion que l'on attribue à la fièvre typhoïde. Il en existe d'autres cependant que l'on ne nomme même pas et qui méritent néanmoins d'autant plus d'être étudiées qu'elles peuvent très facilement passer inaperçues, par suite donner lieu plus aisément encore à des erreurs de diagnostic. Je veux parler des formes que j'appellerai *anormales*.

Jusqu'ici la température, par son élévation plus ou moins grande, son maintien plus ou moins long au-dessus de la normale, avait indiqué la marche de la rechute, révélé tout particulièrement son existence. En outre, le cycle thermique, malgré les modifications profondes qu'il pouvait subir suivant les formes de rechute, offrait au moins, même dans les variétés les plus écourtées, le tracé d'une recrudescence de fièvre typhoïde, semblant ainsi donner une apparence de raison à ceux qui soutenaient en 1869, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, avec C. Paul, que la rechute n'est qu'une simple recrudescence. Dans les variétés que nous allons étudier maintenant, la fièvre se présente parfois sous forme seulement de faibles poussées thermiques uniques que séparent toujours des intervalles apyrétiques d'une durée très variable; ou bien elle fait absolument défaut. Dans les deux cas, ces particularités, venant se joindre à l'atténuation des

(1) E. Devic. Des rechutes dans la fièvre typhoïde, d'après trente-trois observations nouvelles avec tracés thermométriques. (*Thèse de Lyon*, 1886.)

symptômes de la dothiénentérie, ne pourraient, certes, que contribuer à induire en erreur, si l'apparition des taches lenticulaires ne venait mettre sur la voie.

Bien que je n'aie trouvé chez les auteurs aucune mention de ces rechutes anormales, le nombre d'observations que j'ai pu recueillir dans mon service me paraît suffisant pour que j'essaye d'en esquisser une description. Prenant l'ascension thermique comme base du classement, je les diviserai en formes frustes et en formes apyrétiques.

a) *Rechutes frustes*. — J'appelle frustes ces rechutes, parce que les symptômes typhoïdiques qu'elles présentent sont tellement effacés qu'il semble de prime abord bien difficile de reconnaître là une rechute. Cette forme est spécialement caractérisée par l'apparition de simples poussées thermiques ayant lieu seulement le soir et que séparent des intervalles apyrétiques ou même hypothermiques plus ou moins longs. En sorte que ces poussées peuvent, comme chez 2 de mes malades, simuler une fièvre quarte, sans que rien cependant dans les antécédents soit de nature à faire soupçonner une tare paludéenne. Dans un troisième cas (*fig. 10*), il y a eu entre les ascensions thermiques deux périodes apyrétiques : l'une de neuf jours, l'autre de trois jours. Enfin, chez un quatrième sujet, la rechute a été constituée par une ascension thermique initiale et une terminale que séparait une période apyrétique de quatre jours (*fig. 11*). Dans un cas seulement, l'ascension thermique initiale s'est encore en partie reproduite le jour suivant, et le même phénomène a reparu le lendemain de l'ascension thermique finale. Le maximum thermique n'a jamais été très élevé : de 38° à 39°. Deux fois ce maximum a été atteint lors de la première ascension, une fois avec l'ascension terminale (*fig. 10*); une fois enfin (*fig. 11*) les poussées thermiques ont toutes atteint le même degré.

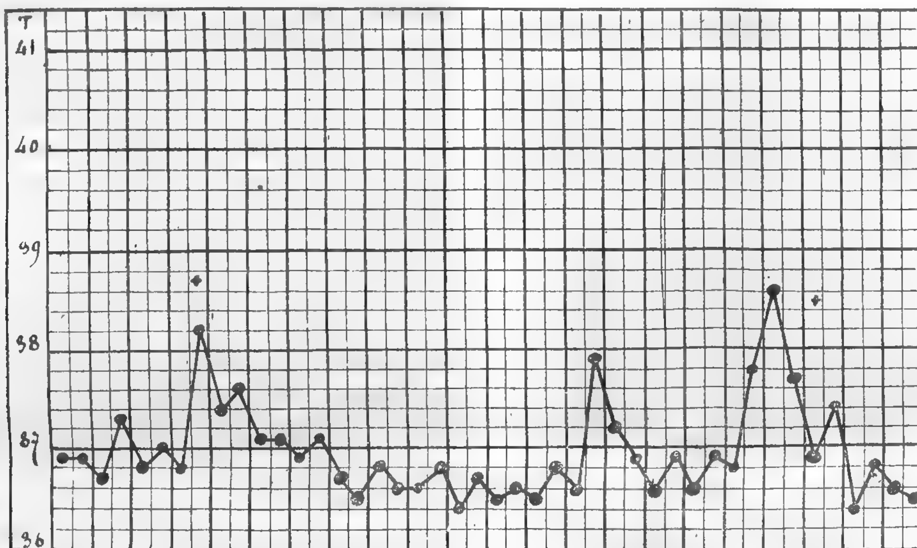


Fig. 10.

Les taches lenticulaires, seul signe vraiment caractéristique de ces formes de rechute, ont le plus souvent apparu le premier ou le quatrième jour, coïncidant presque avec une ascension thermique. Une fois, comme on peut le voir sur la *figure 10*, une nouvelle poussée de taches s'est faite deux jours après la dernière ascension, semblant ainsi indiquer que la durée de ces réversions ne se trouve pas absolument limitée par les deux ascensions extrêmes.

Généralement, dans ces rechutes, le pouls n'a pas dépassé 80. Les phénomènes typhoïdiques n'ont jamais présenté une bien grande gravité. Je n'ai guère constaté pour tout symptôme qu'une diarrhée peu intense et une rougeur avec dépouillement de la pointe de la langue.

Ces rechutes ont succédé : 3 fois à une atteinte typhoïdique de quinze à trente et un jours, 1 fois à une rechute de treize jours, laquelle faisait suite à une dothiénentérie de quarante-neuf jours. La durée de la période intercalaire qui précéda ces rechutes a été de cinq, sept et quatorze jours. Enfin, la durée de ces rechutes elles-mêmes, c'est-à-dire l'espace de temps écoulé depuis la première ascension thermique jusqu'à la dernière, a été de six, dix, douze et dix-sept jours; par conséquent elle peut varier d'un à plus de deux septénaires.

b) *Rechutes apyrétiques*. — Gerhardt (1) et Albrecht (2) ont observé chacun un cas de fièvre typhoïde apyrétique suivie de réversion. Mais cette forme de rechute n'est point l'apanage de la fièvre typhoïde apyrétique. J'ai vu, en effet, 5 fois une dothiénentérie dont la période fébrile avait duré de seize à trente jours (2 d'entre elles avaient offert un maximum thermique de plus de 40°) donner lieu à une rechute apyrétique.

Pour 2 de ces malades, la défervescence de la fièvre typhoïde de début étant allée jusqu'au-dessous de la normale, la rechute a commencé par une simple ascension thermique qui n'a pas atteint 38° ; puis la température est encore redescendue à la normale ou au-dessous et s'y est maintenue. Les taches lenticulaires se sont montrées une fois trois jours après cette ascension thermique et une fois treize jours plus tard. Chez ce dernier patient (*fig. 12*), une nouvelle poussée de taches a eu lieu neuf jours après la première. Pour les 3 autres, la température, depuis la fin de la défervescence de la première atteinte typhoïdique, n'a pas cessé d'osciller autour de 37°. Or, des taches lenticulaires ont apparu : une fois sept jours après la fin de la défervescence d'une fièvre typhoïde de dix-huit jours, une fois huit jours après une fièvre typhoïde de trente jours et une fois sept jours après une fièvre typhoïde de vingt-quatre jours (*fig. 13*). Les dernières rechutes n'ont jamais présenté qu'une seule poussée de taches lenticulaires.

Dans ces deux variétés, tout comme dans la forme fruste, il n'a été constaté pour tout symptôme qu'une diarrhée légère et un dépouillement avec rougeur de la langue; parfois même ce dernier signe n'existait-il qu'à la pointe. Le pouls est toujours resté normal. La durée de ces rechutes est difficile à préciser, même lorsqu'elles débutent par une poussée thermique, à plus forte raison pour la seconde variété. Cependant, en tenant compte de l'époque où sont apparues les taches lenticulaires, il est permis de croire que leur évolution atteint un, deux et jusqu'à trois septénaires.

Dans ces diverses formes anormales, bien que les symptômes typhoïdiques soient peu nombreux, très atténués et pour ainsi dire effacés, qu'il y ait poussée thermique ou apyrexie complète, l'apparition des taches lenticulaires prouve quand même qu'on se trouve bien en présence de rechutes, à marche sans doute des plus insidieuses. L'absence de température, seul argument que l'on pourrait invoquer contre leur existence, ne saurait suffire puisque la fièvre typhoïde apyrétique seule ou avec réversion non seulement est admise en principe, mais encore prouvée par les faits.

Ces rechutes, à vrai dire latentes, peuvent par cela même très aisément passer inaperçues. Aussi, ne fût-ce qu'au point de vue pratique, méritent-elles d'être connues.

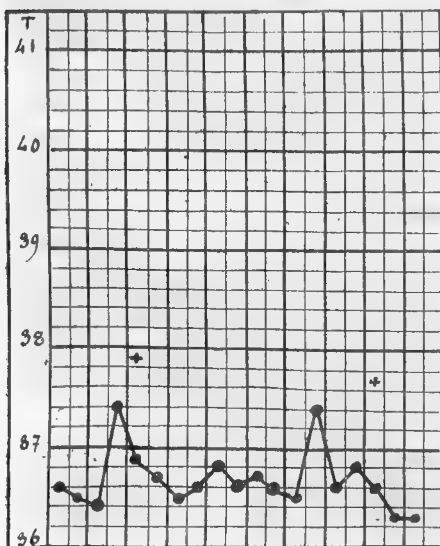


Fig. 11.

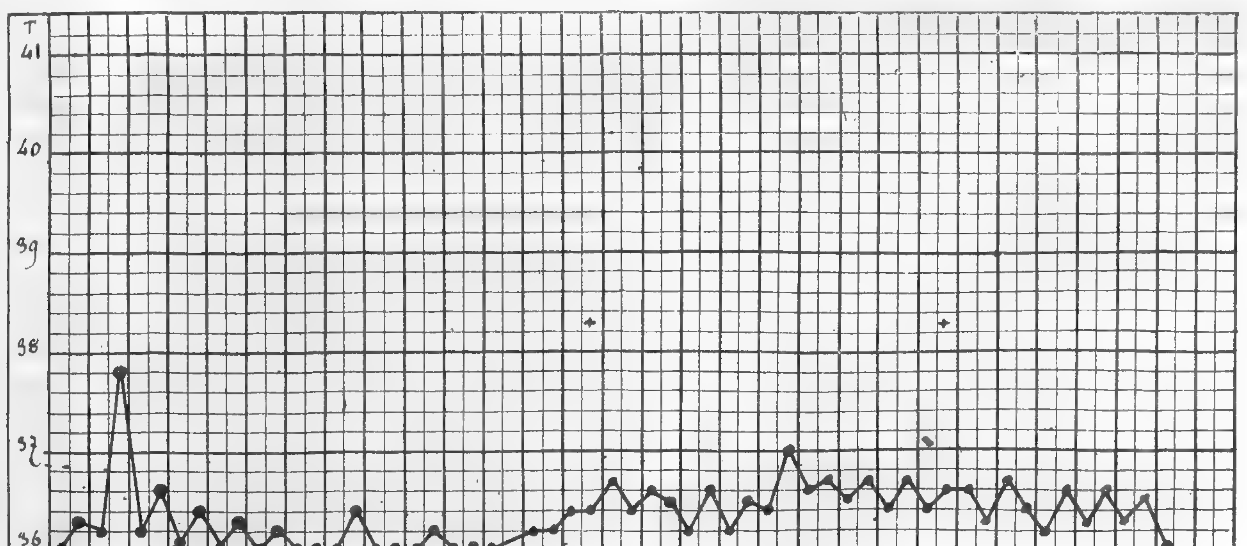


Fig. 12.

(1) C. Gerhardt. Ueber fieberlos verlaufende Darmtyphen. (*Charité-Annalen*, 1891, XVI, p. 208.)

(2) L'observation du malade d'Albrecht a été publiée par J. Dreschfeld : Cases of apyrexial typhoid fever. (*Practitioner*, 1893, L, p. 273.)

IV

Il résulte de tout ce qui précède que les rechutes sont loin d'offrir, comme le prétendait

Wunderlich, le tracé type d'une fièvre typhoïde. Les descriptions que nous avons esquissées montrent, au contraire, non seulement l'absence d'analogie qui peut exister entre une fièvre typhoïde et une réversion, mais encore les différences considérables, on

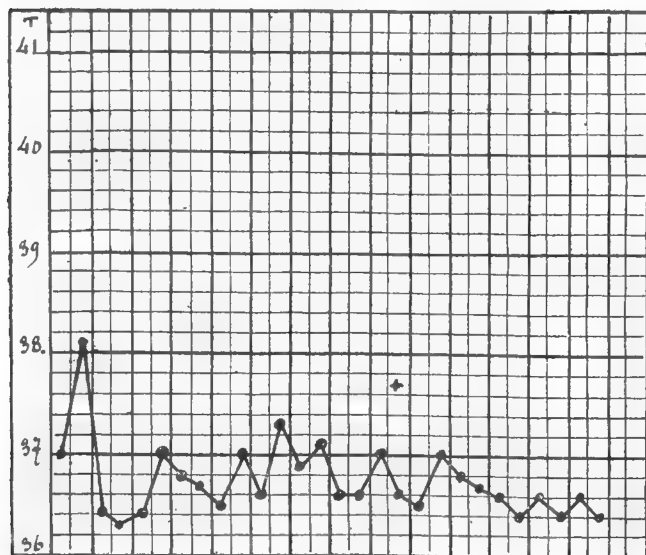


Fig. 13.

pourrait dire essentielles, que présentent au point de vue de la marche, de la durée, de la gravité et même de la symptomatologie, les rechutes entre elles — par suite, tout l'intérêt qui s'attache à leur étude. Il est aisé, en effet, lorsqu'on considère un dothiénentérique comme entré en convalescence, de prendre le mouvement fébrile qui alors survient pour le fait d'une complication ou le résultat d'une nouvelle affection se développant après la fièvre typhoïde, d'autant que pour les rechutes, la marche de la température, comme on l'a vu plus haut, est des plus variables et peut même se traduire par un tracé tout différent de celui que l'on croit devoir toujours être retrouvé dans une atteinte typhoïdique. De là, l'atténuation des autres symptômes parfois aidant, bien des erreurs de diagnostic possibles, qu'il serait facile d'éviter si l'on était suffisamment prévenu des variations que les rechutes peuvent offrir.

Je ne crois pas devoir faire ici le diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde à rechute et les affections qui peuvent la simuler; je me contenterai de dire quelques mots des maladies ou des complications qu'il est aisé de confondre avec une réversion. Ainsi on se gardera bien de prendre pour une rechute irrégulière une bronchite ou une pneumonie survenant pendant la convalescence.

La rechute à grandes oscillations, avec ses ascensions thermiques si différentes de celles qu'offre d'ordinaire la fièvre typhoïde, peut facilement donner lieu à bien des méprises. Tout d'abord on ne confondra pas ces grandes oscillations avec ces ascensions thermiques de 3° et même 4° se montrant, comme je l'ai vu, à la fin de la défervescence et coïncidant avec une poussée de *sudamina*. On ne les confondra pas non plus avec ces oscillations plus ou moins marquées, durant de deux à quatre jours, accompagnées de frissons et de sueurs profuses, qui sont produites par une septicémie secondaire (1), et que j'ai dû attribuer une fois à une otite interne, ou bien — sans qu'il y eût eu ni frissons, ni sueurs — une fois à une poussée furonculeuse, deux fois à une poussée érythémateuse. On ne les confondra pas davantage, tout particulièrement si les taches n'apparaissent pas, avec la série des grandes oscillations que provoque la pyohémie : dans cette affection, les oscillations sont beaucoup plus irrégulières, le malade éprouve de violents frissons, des sueurs profuses; il maigrit rapidement et prend bien vite un teint bistré subictérique. Quand il en est ainsi, on devra rechercher si quelque vaste abcès n'est pas en voie de formation, si quelque collection purulente latente n'est pas en train de fuser à travers les grandes masses musculaires, telles que les fessiers ou les muscles de la cuisse, surtout quand il existe une eschare au pourtour du bassin. On recherchera encore s'il ne se fait pas une ostéopériostite au niveau d'un os long, ou bien si un foyer pneumonique de la première atteinte ou même d'une rechute, passé au troisième degré, ne se transforme pas en abcès pulmonaire, ainsi que je l'ai vu une fois après une rechute. Enfin il convient d'examiner journellement les urines pour s'assurer que l'on n'a pas affaire à une pyélo-néphrite.

On pourrait prendre également une rechute à grandes oscillations pour une granulie (typho-bacillose) ou pour une infection tuberculeuse à forme atténuée. D'après Potain, la granulie ou typhobacillose ne serait jamais que la conséquence d'une infection hospitalière, par suite une affection assez rare. Dans la majorité des cas, par conséquent, surtout dans la pratique privée, c'est à la seconde de ces formes de tuberculose que l'on a affaire, ou mieux à une poussée plus ou moins généralisée de tubercules venant se greffer sur un foyer pulmonaire préexistant. Dans ce cas, sauf l'hypertrophie de la rate (*splénomégalie prétuberculeuse* de Tedeschi), les phénomènes les plus ordinaires de la fièvre typhoïde : facies, rougeur de la langue, gargouillement de la fosse iliaque, diarrhée, etc., font défaut. La marche de la température peut bien provoquer de fortes ascensions thermiques, mais le tracé qu'elles donnent est des plus irréguliers, retombant parfois jusqu'à la normale pour reprendre peu après son ascension. De plus, la fièvre est peu marquée dans la journée; elle est pour ainsi dire crépusculaire, survenant au soleil couchant et suivie de sueurs froides parfois localisées. En outre, le malade pâlit, maigrit, tousse d'une toux sèche, quinteuse, avec expectoration salivaire, quelquefois striée de sang. Il y a de la dyspnée et de la polypnée (30 à 35 respirations à la minute); le patient suffoque, se cyanose. Si on l'interroge, il avoue qu'avant la fièvre typhoïde il avait déjà perdu de son poids et toussait, qu'il avait des troubles digestifs, que les règles — s'il s'agit d'une femme — depuis quelques mois avaient disparu. Certains même accusent des hémoptysies antérieures. On constate parfois de la bradycardie ou au contraire de la tachycardie, tout comme dans certaines rechutes typhoïdiques. Mais c'est l'examen de la poitrine qui devient ici pathognomonique. La percussion, surtout si les lésions pulmonaires sont assez marquées, fait percevoir de la submatité et de l'élévation de la tonalité sous les clavicules, dans le tiers externe de la fosse sus-épineuse et parfois dans l'angle externe de la fosse sous-épineuse. Par l'auscultation, on constate, au niveau de ces régions, une inspiration saccadée, rythmique du cœur (Grasset), particulièrement du côté gauche. De plus, l'inspiration est rude et grave, parfois affaiblie; l'expiration rude et prolongée. On peut constater encore du retentissement de la voix, de la pectoriloquie aphone ou de la bronchophonie, des craquements ou même des râles rappelant les crépitants de retour. On peut aussi entendre des râles, non point limités aux bases, mais plus ou moins disséminés dans la poitrine. Tout autant de signes pulmonaires qui ne cadrent point avec ceux d'une fièvre typhoïde, mais concordent, au contraire, avec ceux d'une infiltration pulmonaire plus ou moins étendue.

Quand la nouvelle poussée tuberculeuse du sommet du poumon est peu intense, ce qui arrive souvent à la suite d'une fièvre typhoïde, les phénomènes généraux étant moins marqués et l'ascension thermique peu soutenue, on pourrait aisément prendre cette fièvre tuberculeuse pour une rechute irrégulière ou bien abortive, si l'on ne s'astreint pas, ainsi qu'on doit toujours le faire en pareille circonstance, à ausculter avec soins les sommets du poumon.

C'est également par l'auscultation attentive de cet organe, en comparant alternativement, comme le conseille M. Grancher, le murmure vésiculaire des deux sommets, qu'on arrivera à établir le diagnostic entre une rechute abortive, surtout tardive, et ce que l'on appelle l'état subfébrile, fréquent au début de la tuberculose pulmonaire, et qui survient parfois dans le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Une petite série d'ascensions thermiques provoquées par un abcès ou un érysipèle sera, avec un peu d'attention, facilement différenciée aussi d'avec une rechute abortive.

Le mouvement fébrile produit par la coprostase, joint à la diarrhée et au gargouillement de la fosse iliaque qui accompagnent souvent cette complication, le ballonnement de l'abdomen venant parfois même compléter l'illusion, peut également être pris pour une rechute abortive ou au moins fruste. Mais un signe caractéristique de la coprostase, la douleur le long du gros intestin avec tympanisme et matité par plaques, empêchera de confondre cette complication avec une rechute.

Pendant la convalescence de la dothiénentérie, il survient parfois un petit mouvement fébrile décrit par Potain (1) sous le nom de « fièvre paroxystique de la convalescence » et, par les Allemands, sous celui de « fièvre secondaire » (*Nachfieber*); ce mouvement fébrile se montre sans cause apparente et, pendant quelques jours, la température peut ainsi rester élevée de 1° à 3°. « L'hyperthermie, dit Potain, affecte parfois les allures d'une fièvre rémittente ou intermittente, les paroxysmes étant séparés par des intervalles irréguliers de un, deux ou trois jours, durant lesquels l'apyrexie est complète. La fièvre paroxystique de la convalescence est relativement assez rare; elle paraît être toutefois un peu plus fréquente au cours de certaines épidémies. Bernheim l'a observée à Nancy; Bouveret et Frenkel, à Lyon, ont signalé, en 1892, plusieurs faits analogues. » Comme on le voit, cette fièvre paroxystique, dont j'ai pu aussi observer deux exemples, ressemble assez à la rechute fruste. Elle en diffère cependant par l'absence des symptômes typhoïdiques — atténués sans doute — qui accompagnent la rechute fruste, et tout particulièrement par le manque de taches lenticulaires, celles-ci coïncidant toujours, lorsqu'il y a rechute, avec une des poussées thermiques.

Quant à la fièvre idiopathique constituée par de petits mouvements fébriles ne dépassant pas un degré, disparaissant au bout de quelques heures et que M. Oliari (2), qui l'a décrite, attribue à la fatigue des centres thermiques régulateurs épuisés par la longue pyrexie ou encore à l'absorption, au niveau de l'intestin, d'une minime quantité de substance toxique, elle diffère également de la rechute fruste par l'absence, au moment d'une des poussées thermiques, de taches lenticulaires.

Enfin, lorsque la convalescence semble établie, si la diarrhée persiste malgré le défaut, pour ainsi dire, de phénomènes typhoïdiques, sauf la langue qui reste, au moins à la pointe, rouge et dépouillée, il faut, avant de prononcer le mot d'entérite consécutive, s'assurer, pendant un ou deux septénaires, qu'il n'apparaît pas encore

(1) A. JACQUEMIN. De certains grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Lyon*, 1896.)

(1) POTAIN. La fièvre dans la convalescence de la dothiénentérie. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 137.)

(2) A. OLIARI. Di alcune ipertermie nella convalescenza della febbre tifoide. (*Rendiconti della Assoc. med.-chir. di Parma*, juin 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 336.)

quelques taches lenticulaires et qu'on ne se trouve point par conséquent aux prises avec une rechute apyrétique.

V

Vu l'absence de recherches faites jusqu'à présent sur ce sujet, et étant donné le petit nombre d'observations que je possède, il me paraît prématuré de dire l'influence que la valeur de la première atteinte typhoïdique exerce sur la rechute, et celle ci sur la réversion qui peut lui succéder, d'autant plus que déjà la nature de la fièvre typhoïde elle-même paraît n'être pour rien dans la production d'une rechute. Il en est de même au point de vue de l'action que la durée de la période intercalaire peut avoir sur la forme de la rechute. Cependant, si, à l'exemple de M. Jaccoud (1), qui désigne sous le nom de rechutes précoces celles dont la période intercalaire atteint au plus trois jours et de rechutes tardives celles dont la période intercalaire est de plus de dix jours — réservant, sans doute, le nom de rechutes ordinaires pour celles qui se font entre ce troisième et ce dixième jour —, je considère les 13 cas de rechutes abortives que j'ai observés, je trouve que 53 % de ces rechutes ont été tardives, 32 % ordinaires et 15 % seulement précoces, ce qui me porterait à admettre, au moins pour les rechutes abortives, qu'elles surviennent plus particulièrement après le dixième jour. Je crois pouvoir ajouter que, dans les fièvres typhoïdes à rechute unique, comme dans celles à rechutes multiples, l'apparition d'une forme abortive ou anormale m'a toujours paru mettre fin à la série des réversions.

Le traitement d'une rechute n'offre pas de différence avec celui qui est mis en usage contre la fièvre typhoïde. Il doit être seulement approprié à la gravité de la rechute. D'après MM. Tripier et Bouveret (2), le traitement balnéaire lui-même n'est pas contre indiqué. « Si la fièvre typhoïde, disent-ils, présente une certaine intensité, il est bon de donner deux ou trois bains tièdes dans la soirée au moment de la grande exacerbation fébrile. Si la fièvre apparaît avec des allures d'une fièvre d'invasion ou s'accompagne de symptômes nerveux graves, il faut d'emblée recourir à la formule générale de Brand. » Quant aux formes anormales, elles n'exigent guère qu'un simple traitement diététique.

Dr Maurice Coste,
Médecin des hôpitaux de Marseille.

(1) Jaccoud. Rechutes et récidives de la fièvre typhoïde. (*Concours méd.*, 18 mai 1901.)

(2) R. Tripier et L. Bouveret. La fièvre typhoïde traitée par les bains froids. Paris, 1886.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1903.

Evolution anatomique des fractures mobilisées dans le but de provoquer des pseudarthroses.

M. Cornil. — Nous avons antérieurement constaté, avec M. Coudray, que les fractures faites chez les lapins et abandonnées à elles-mêmes se consolident rapidement, en quinze ou dix-huit jours, en moyenne (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 241).

Nous avons cherché, également chez le lapin, à déterminer ce qui se passe dans les fractures dont on mobilise journellement les fragments, dans le but de provoquer des pseudarthroses. Sur quatre fractures de l'humérus et trois fractures de l'avant-bras, nous n'avons pu conserver la mobilité que jusque vers le vingtième ou le vingt et unième jour. Plusieurs fractures costales sont restées mobiles jusqu'au vingt-cinquième jour, mais malgré les plus énergiques manœuvres la consolidation était effectuée d'une façon certaine le vingt-septième jour. Somme toute, la mobilisation des fragments d'une fracture n'en retarde la consolidation que de quelques jours et est incapable de produire par elle-même des pseudarthroses.

Les fractures mobilisées donnent lieu à un cal énorme dans lequel le cartilage tient la plus grande place du dixième au quinzième jour. Au douzième jour, on trouve entre les deux blocs cartilagineux qui coiffent les extrémités des fragments une bande transversale de tissu fibreux. Ce diaphragme de tissu conjonctif peut persister même après la disparition du cartilage interfragmentaire, et c'est lui qui protège alors les extrémités osseuses formées d'os nouveau contre l'effritement provoqué par les mouvements.

Le cartilage, déjà réduit de beaucoup au bout de dix-huit jours, est confiné après vingt-cinq jours en de rares points sous le périoste, à une certaine distance du foyer de la fracture. Il n'y a cependant rien de constant dans la topographie du cartilage; en effet, sur une fracture de côte de vingt-sept jours, déjà consolidée après mobilisation, nous avons trouvé encore du cartilage à la partie centrale de l'ancienne fracture, au milieu d'une ossification presque complète; la bande fibreuse n'existait plus que dans sa partie externe ou périostique et d'un seul côté; elle avait disparu devant les progrès de l'ossification.

En résumé, les phénomènes qui caractérisent les fractures mobilisées sont : un cal énorme, une production exubérante de cartilage, un retard relatif dans l'ossification tant médullaire que sous-périostique. Il faut y ajouter une inflammation du tissu conjonctif interfragmentaire, avec de petites hémorrhagies, et parfois des esquilles microscopiques provenant de l'os nouveau.

Au point de vue pratique, ces expériences montrent que la *mobilité des fragments*, à laquelle on a fait jouer un rôle considérable dans la non-consolidation des fractures, est incapable de provoquer à elle seule une pseudarthrose. Il faut donc chercher soit dans une cause locale autre que la mobilité (appareil compressif, interposition musculaire), soit dans une cause générale enlevant aux tissus leur plasticité, les vraies raisons des pseudarthroses.

M. Lucas-Championnière rappelle que depuis plus de vingt années il soutient que les fractures traitées par la mobilisation, quel que soit leur siège, guérissent deux fois plus vite que celles que l'on soumet à l'immobilisation, et ne sont jamais suivies de raideurs articulaires ou musculaires.

Il ne faut immobiliser la fracture que si elle s'accompagne de déformation ou de tendance à la déformation du membre.

Dans tous les autres cas, la mobilisation est la méthode de choix, mais elle ne doit pas dépasser certaines limites, surtout chez les jeunes enfants, comparables sous ce rapport aux animaux, sous peine de voir le cal prendre un développement exagéré.

Essai de traitement de la tuberculose avec le sérum de Marmorek.

M. Lucas-Championnière. — Pendant les vacances dernières, M. Marmorek, autorisé par M. Marion qui me remplaçait, a traité 5 malades de mon service par des injections de sérum antituberculeux. Un de ces malades était atteint de mal de Pott, un autre d'un volumineux abcès de la hanche, un troisième de tuberculose testiculaire et pulmonaire et les deux derniers d'accidents tuberculeux très légers.

Aucun de ces patients n'a bénéficié du traitement par le sérum antituberculeux : chez 2 d'entre eux, les injections ont déterminé des élévations de température; 2 autres s'en sont trouvés si mal qu'ils ont préféré quitter le service plutôt que de continuer à s'y soumettre; enfin, le malade qui était porteur d'une tuberculose testiculaire a succombé en quelques jours à une méningite tuberculeuse.

M. Jacquet dit avoir fait une série d'essais d'inoculation de la pelade sur 5 de ses élèves et sur lui-même; bien que les matières provinssent de pelades récentes, en voie d'extension et non traitées, qu'elles eussent, en outre, été portées jusqu'à la couche papillaire, ces tentatives, au nombre d'une centaine, demeurèrent complètement négatives.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 décembre 1903.

Rapports de l'appendicite et de la pseudo-appendicite avec la menstruation.

M. Dalché. — Les accidents de la menstruation et même la simple poussée des règles exercent une influence manifeste sur l'apparition de divers phénomènes appendiculaires.

Il est des femmes chez lesquelles les douleurs menstruelles suffisent à faire naître un état de contracture, un véritable spasme de l'intestin, qui se localise quelquefois au niveau de l'S iliaque, mais plus souvent au niveau du cæcum : en pareil cas il est extrêmement difficile de savoir s'il y a ou non appendicite. Le spasme du cæcum donne lieu à des phénomènes douloureux, encore plus accentués lorsqu'il se greffe sur une entérocolite muco-membraneuse. On sait, du reste, que cette affection suffit, à elle seule, à provoquer des crises qui simulent l'appendicite, surtout l'appendicite atténuée ou fruste.

On observe souvent une autre complication qui, chez les dysménorrhéiques, peut rendre le diagnostic plus délicat, c'est la névralgie iléo-lombaire : exaspérée elle aussi par la menstruation, elle se manifeste surtout par des points douloureux assez voisins de celui de McBurney. La constatation d'autres points douloureux à l'orifice inguinal, au niveau de l'épine ou le long de la crête iliaque, par exemple, contribuera à lever les doutes.

Enfin, d'après quelques auteurs, l'apparition d'une salpingite chez une vierge doit toujours être suspectée d'avoir une origine appendiculaire. L'intervention hâtive est alors tout à fait justifiée.

M. Marfan dit que la coexistence de l'entérocolite muco-membraneuse et de l'appendicite est plus fréquente qu'on ne le croit généralement, mais qu'en pareil cas l'ablation de l'appendice n'a aucune influence sur l'évolution de l'entérocolite.

En second lieu, l'orateur fait remarquer que, suivant son état de relâchement ou de contraction au moment où on l'examine, un appendice peut présenter ou non certaines lésions histologiques qui sont complètement étrangères au développement de l'appendicite.

M. Rénon relate l'observation d'une jeune fille de quatorze ans qui eut, au cours d'oreillons parotidiens et sous-maxillaires, une crise ovarienne accompagnée de vomissements et de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, ressemblant à celles de l'appendicite, mais sans réaction de défense musculaire, et qui se termina par la guérison au bout de quarante-huit heures.

Mort à la suite d'une injection saline massive.

M. Achard. — J'ai fait avec M. Paisseau l'autopsie d'une femme qui, à la suite d'une hystérectomie, avait reçu dans l'espace de vingt-quatre heures, en injection sous-cutanée, 10 litres de sérum artificiel, à cause d'accidents d'hémorrhagie interne. La mort survint par œdème pulmonaire, constaté anatomiquement. En outre, les reins étaient infiltrés de sérosité; le microscope y révélait de l'œdème dans la substance des pyramides ainsi que des lésions épithéliales des tubuli.

On peut se demander si ces altérations sont produites exclusivement par le chlorure de sodium en excès. Ce sel était très dilué dans la solution injectée, qui se composait de 10 grammes de sulfate de soude et de 5 grammes de chlorure de sodium par litre, et cette solution était hypotonique, car elle congelait à — 0°44. En raison de cette hypotonie, le taux des chlorures, recherché dans le tissu musculaire de la femme en question, s'est trouvé inférieur à ce qu'il était chez un sujet pris comme témoin, et ayant succombé à une suffocation rapide par sténose cicatricielle du larynx. Le sulfate de soude injecté ne paraît pas être davantage la cause des lésions. C'est plutôt, à notre avis, l'énorme quantité d'eau qui doit être incriminée.

Il est facile, par l'expérimentation, de mettre en évidence ce rôle de l'eau. En injectant à deux lapins comparativement une solution forte et une solution faible de sulfate de soude,

jusqu'à ce que la mort s'ensuive, on voit qu'on peut tuer l'animal avec peu de sulfate et beaucoup d'eau, aussi bien qu'avec beaucoup de sulfate et peu d'eau.

Enfin, en faisant à un lapin une injection sous-cutanée massive de plus d'un litre de la solution saline employée pour la malade, nous avons déterminé la mort en quelques heures, avec une dilatation du cœur, et nous avons constaté, en outre, des lésions de l'épithélium rénal qui rappellent les altérations trouvées *in vitro* par MM. Castaigne et Rathery après l'action des solutions hypotoniques (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 309-312).

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans « le coup de chaleur ».

M. Dopter (médecin militaire). — J'ai eu l'occasion de pratiquer l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien provenant de plusieurs malades atteints de « coup de chaleur ». Dans les cas bénins ce liquide avait conservé son aspect normal et ne contenait pas d'éléments cellulaires; il avait seulement une tension exagérée. Cette hypertension existait également dans les cas graves, mais, en outre, le liquide était trouble, albumineux et renfermait des éléments cellulaires en abondance; au début, c'est en général la polynucléose qui domine, puis bientôt celle-ci est remplacée par de la lymphocytose qui tantôt persiste plusieurs mois, tantôt, au contraire, disparaît rapidement.

L'exode de ces éléments cellulaires témoigne vraisemblablement de l'existence d'un certain degré d'irritation méningée due à l'influence phlogogène des poisons accumulés dans l'organisme à la faveur du coup de chaleur.

Un point intéressant de pratique ressort de ces faits : tous les accidents résultant du coup de chaleur, et particulièrement la céphalée, disparaissent rapidement à la suite de la ponction du canal rachidien.

Injections sulfatées hypertoniques.

M. Achard. — En étudiant avec M. Grenet les effets des injections hypertoniques de sulfate de soude, chez un certain nombre de malades, nous avons constaté que ces injections déterminaient dans le sang et l'urine des modifications semblables à celles que révèle l'expérimentation chez l'animal, et qui ont pour but de rétablir l'équilibre des humeurs. Sous l'influence de l'injection hypertonique, il se produit d'abord un certain degré de concentration du sang, puis cette concentration fait place à une dilution qui a pour conséquence la diurèse.

Toujours, le sulfate injecté s'élimine en quantité notable par l'urine dès le premier jour. Par contre, l'excrétion des chlorures est presque constamment diminuée, ce qui s'explique par l'afflux des chlorures au point de l'injection, d'où rétention locale de ces sels.

Les sulfates injectés sous la peau provoquent donc mieux la diurèse que les chlorures, dans un grand nombre de maladies, et les solutions hypertoniques la provoquent mieux aussi que les solutions iso ou hypotoniques. Mais il faut n'user que de doses modérées, car, outre que les doses élevées sont douloureuses et irritantes, elles peuvent amener une aggravation des œdèmes, sans doute en restreignant l'élimination des chlorures.

M. Rénon communique une observation de fièvre typhoïde ataxo-adynamique, au cours de laquelle on constata une glycosurie (45 gr. de sucre par litre) qui ne paraissait pas exister avant l'atteinte dothiénentérique; le patient succomba brusquement à une hémorrhagie intestinale.

M. Belin relate un cas d'*empoisonnement par l'hydrogène arsénié* chez un homme employé dans un aérodrome et qui avait absorbé de l'hydrogène impur en réparant une déchirure de ballon.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 décembre 1903.

A propos de l'excision des chéloïdes.

M. Gaucher. — Voici une jeune fille qui est atteinte de chéloïdes très nombreuses couvrant actuellement les épaules et les régions dorsales et pectorales. Les premières sont consécutives à la vaccination; les autres se sont développées sur des boutons d'acné. L'excision chirurgicale de deux de ces chéloïdes a été tentée et vous en voyez les résultats. Non seulement ces petites tumeurs ont récidivé en prenant des proportions beaucoup plus considérables qu'auparavant, mais encore il en est apparu de nouvelles au niveau des points de suture. Cet exemple démontre le bien fondé de l'opinion ancienne qu'il ne faut pas enlever les chéloïdes.

Actuellement ces lésions sont régulièrement traitées par des scarifications, qui les feront peu à peu disparaître, je l'espère, mais seulement au bout d'un temps très long, six ou sept ans peut-être.

M. Leredde. — Chez une jeune fille, en présence de lésions aussi étendues, et étant donné qu'il faut de longues années pour obtenir une guérison au moyen des scarifications, on était en droit, ce me semble, de tenter l'ablation sanglante de deux de ces chéloïdes, à titre d'essai. Il est probable que la multiplicité des tumeurs n'a pas permis ici de réaliser l'excision sans réinoculation, quelque large qu'ait été l'intervention. Mais cet échec ne me paraît pas suffire à condamner une opération qui a déjà réussi dans certains cas.

M. J. Darier. — J'ai eu l'occasion de faire enlever des chéloïdes qui n'ont pas récidivé. Mais dans d'autres cas le résultat n'a pas été aussi favorable. Il semble que ces lésions passent par deux stades : l'un où elles sont virulentes et se réinoculent avec la plus grande facilité; l'autre dans lequel elles n'ont pas tendance à la récidive.

M. Sabouraud. — Je connais aussi des cas où l'excision des chéloïdes n'a pas été suivie de récidive. Ce qui me paraît capital, c'est la façon de conduire l'opération, afin d'éviter tout risque d'inoculation *in situ*.

M. Barthélemy. — Je pense qu'il existe aussi une question de terrain qu'il ne faut pas négliger. J'ai remarqué que chez les malades séborrhéiques, à peau très grasse et sujette aux éruptions d'acné, les chéloïdes excisées récidivent toujours.

Sur l'inoculabilité du psoriasis.

M. Jeanselme. — Chez un malade atteint de *psoriasis guttata* typique, j'ai aseptisé de mon mieux la peau des bras, où l'on ne voyait à ce moment aucun élément psoriasique. Puis des deux côtés j'ai tracé un L sur la surface cutanée avec la pointe d'un scarificateur. A droite j'ai employé l'instrument après l'avoir flambé, tandis que pour le côté gauche je l'avais chargé de squames psoriasiques. Immédiatement après l'opération, j'ai recouvert d'un verre de montre chacune des deux surfaces ainsi excoriées.

A droite, au bout de douze jours, j'ai vu apparaître une double ligne érythémateuse dessinant un L. Quarante-huit heures après, ces deux lignes étaient recouvertes d'éléments psoriasiques. A gauche, les mêmes lésions se sont montrées avec un léger retard.

Cet exemple me paraît prouver avec quelle réserve il faut accepter les faits considérés comme des inoculations positives de psoriasis et admettre la dénomination de psoriasis vaccinal. Sait-on jamais si les sujets inoculés n'avaient pas eu déjà auparavant quelque éruption psoriasique et si le traumatisme n'a pas simplement servi d'appel à la dermopathie?

M. Sabouraud. — Ce qui rend particulièrement délicate l'interprétation de cette expérience, c'est qu'il nous est actuellement impossible d'obtenir l'asepsie de la peau au delà d'un millimètre de profondeur.

M. Hallopeau. — M. Destot (de Lyon) a provoqué sur lui-même l'apparition d'éléments psoriasiques à la suite d'une inoculation. Il est certain qu'il n'avait jamais eu auparavant de psoriasis.

Syphilome tertiaire cylindroïde de l'urèthre.

M. A. Renault présente un homme dont l'urèthre, dans son trajet pénien et périnéal, offre une induration caractéristique de ce que M. A. Fournier a décrit sous le nom de syphilome tertiaire cylindroïde de l'urèthre (urèthre en tuyau de pipe, en baguette de fusil). Cette manifestation exceptionnelle de la syphilis appartient à la période tertiaire; le début de la maladie remonte ici à 1884. L'induration a sensiblement diminué sous l'influence du traitement ioduré. Il semble donc que les lésions soient de nature gommeuse plutôt que scléreuse.

M. Barthélemy. — Le processus gommeux s'observe en effet plus fréquemment que le processus scléreux dans le syphilome cylindroïde de l'urèthre.

M. A. Fournier. — Cet état de l'urèthre — très rare, car je n'en ai observé qu'une demi-douzaine de cas — peut donner lieu à deux erreurs de diagnostic : l'une, sans inconvénient trop grave, consiste à considérer les lésions comme une induration inflammatoire accompagnant une blennorrhée chronique, surtout quand on constate un écoulement de l'urèthre par suite d'une suppuration gommeuse; l'autre est d'attribuer l'induration à un néoplasme cancéreux : on a été dans quelques cas jusqu'à proposer au patient l'amputation de la verge.

M. Sabouraud dit avoir pu reproduire sur lui-même une trichorrexie noueuse de la barbe par l'usage de certain savon de toilette qu'il soupçonnait capable de déterminer cette affection.

Il a été amené à faire des recherches dans ce sens par l'insuccès de ses tentatives d'isolement du parasite dans les cas de trichorrexie noueuse — contagieuse en apparence — de pinceaux à barbes, qu'il a communiqués l'année dernière. (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 409.)

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 novembre 1903.

Le spasme de la glotte chez les enfants et ses rapports avec la tétanie et l'éclampsie.

M. Japha. — Les recherches récentes ont établi l'existence de liens de parenté entre le spasme de la glotte, la tétanie et l'éclampsie infantile. Ces syndromes se révèlent par les phénomènes qui traduisent la tétanie larvée, à savoir l'excitabilité mécanique du facial et du médian (signes de Chvostek et de Trousseau) et l'hyperexcitabilité électrique d'Erb. Cette dernière peut être admise, d'après Mann et Thiemich, toutes les fois qu'on obtient une secousse cathodique d'ouverture avec un courant de moins de 5 milliampères.

J'ai examiné 167 enfants qui, au dire de leur mère, présentaient des accès plus ou moins semblables au spasme de la glotte, et chez 119 d'entre eux (71 %) j'ai trouvé de l'hyperexcitabilité électrique; si l'on tient compte qu'un certain nombre de ces petits malades n'avaient pas à proprement parler de spasme de la glotte, on en conclura que la proportion est encore plus élevée en réalité : à mon avis elle atteint 80 ou 90 %. Au contraire, parmi 304 autres enfants, 53 seulement (17 %) offraient cette réaction électrique. Souvent, à l'hyperexcitabilité électrique se trouvait associé le signe du facial (44 % des cas); des convulsions généralisées existaient dans plus de la moitié des cas. Cette hyperexcitabilité présente, à mon avis, le plus grand intérêt; quand on l'observe chez de tout jeunes enfants, on peut prédire presque à coup sûr le développement d'un spasme de la glotte.

Aucun des petits malades que j'ai examinés n'était complètement exempt de troubles intestinaux, et une faible minorité seulement d'entre eux étaient dans un bon état de nutrition; l'affection ne s'observe presque jamais chez les enfants élevés au sein. J'ai pu me convaincre en outre que, pour ceux qui sont allaités artificiellement, la suppression du lait de vache fait disparaître l'hyperexcitabilité électrique, qui reparaît, au contraire, si l'on redonne de ce lait; aussi le sevrage détermine-t-il souvent une amélioration. Ce n'est pas que je voie dans le lait la cause directe de la maladie, mais je crois que cet aliment est susceptible de contenir des substances nuisibles que l'organisme déjà malade ne peut neutraliser.

M. Hauser. — On observe le spasme glottique, dans bien des cas, en l'absence de toute tétanie; ce n'est, à proprement parler, qu'une manifestation d'une diathèse spasmodique, dont la cause doit être attribuée, comme l'a fait

Henoch, au rachitisme; les troubles digestifs ne constituent que la cause occasionnelle.

M. Finkelstein. — La base pathogénique du spasme de la glotte est un état d'hyperexcitabilité nerveuse : peu importe qu'on l'appelle tétanie ou diathèse spasmogène. Cet état, dont la réalité est démontrée par les phénomènes d'hyperexcitabilité électrique — je les ai constatés dans 278 cas sur 500 enfants d'un orphelinat —, se traduira, à l'occasion, par le spasme de la glotte ou par des convulsions généralisées; cette occasion peut être constituée par des troubles digestifs. J'ajouterai que j'ai constaté, comme M. Japha, l'augmentation de l'hyperexcitabilité électrique sous l'influence du lait de vache, sa diminution quand on supprimait ce mode d'allaitement : les 278 enfants précités étaient tous soumis à l'allaitement artificiel, tandis que sur 100 nourrissons au sein 6 seulement présentaient cette hyperexcitabilité.

Comparaison de l'opération vaginale et de la laparotomie en gynécologie.

M. Bröse déclare, à propos de la récente communication de M. Abel sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 386), qu'il a pratiqué 301 opérations vaginales avec un seul décès, tandis que 6 laparotomies lui ont donné 2 morts. Toutefois, les statistiques de l'une et l'autre de ces interventions ne sont pas comparables, car les cas soumis à la laparotomie sont en général plus graves. Enfin, malgré la bénignité plus grande de l'opération vaginale, la classique ovariotomie n'en conserve pas moins ses indications, pour les tumeurs ovariennes ou utérines trop volumineuses, par exemple.

M. Th. Landau est aussi d'avis que, en dépit de ses avantages, l'opération vaginale ne pourra jamais remplacer complètement la laparotomie, notamment pour les cas où l'on soupçonne l'existence de complications du côté de l'appendice, de l'intestin ou des uretères.

En ce qui concerne les tumeurs ovariennes, c'est moins leur volume qui doit décider entre les deux voies, que l'épaisseur et la résistance de leurs parois, l'existence éventuelle d'adhérences, etc.

M. Koblanck croit que les progrès réalisés dans la technique de la laparotomie sont de nature à fixer les préférences de nombre de gynécologues, d'autant que l'opération vaginale présente des difficultés que l'on ne pourra jamais supprimer.

M. Schäffer rappelle que M. Zweifel a publié une statistique de 127 laparotomies sans un seul décès. Parmi les progrès de technique de cette intervention, l'orateur cite comme un des plus précieux l'incision suprasymphysaire de Pfannenstiel et Küstner, qui réduit au minimum le contact des anses intestinales avec l'air — cause de shock —, met à l'abri de l'éventration et laisse une cicatrice presque invisible.

M. Müllerheim fait observer que la convalescence est beaucoup plus rapide après l'opération vaginale qu'après la laparotomie, et c'est là un des principaux avantages de la première de ces interventions.

M Dührssen pense que la laparotomie n'est indiquée que dans 25 % des cas environ; au reste, on peut toujours commencer l'intervention par le vagin, et la compléter, si besoin est, par une incision abdominale.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 30 novembre 1903.

Un cas de maladie de Werlhof consécutive à une angine.

M. Hochheimer relate l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans qui fut reçue à la clinique de M. von Leyden pour une angine fébrile; au bout d'une semaine celle-ci avait cessé, mais le lendemain survenait un gonflement considérable des bras et des jambes, auquel faisait bientôt suite une éruption hémorrhagique; l'état de la patiente était à ce moment assez grave : elle était cyanosée, dans un état semi-stuporeux, avait des selles et des vomissements sanglants, le pouls petit et accéléré, mais pas de fièvre; toute la surface du corps était couverte de pétéchies dont les plus grosses atteignaient les dimensions d'une pièce de 2 fr. et dont les plus petites étaient vésiculeuses; la muqueuse buccale était indemne. On eut recours à l'adrénaline qui parut donner des résultats assez satisfaisants.

Peu à peu cette éruption pâlit et finit par s'effacer, non sans que quelques éléments se fussent transformés en eschares. De plus, au quinzième jour apparut une otite purulente, à laquelle succéda une néphrite aiguë. La malade guérit cependant.

En présence de ces symptômes, M. von Leyden porta le diagnostic de purpura hémorrhagique, consécutif à une angine.

L'examen du sang avait révélé une leucocytose considérable; du contenu des vésicules hémorrhagiques on isola un streptocoque peu virulent tout d'abord, mais dont la virulence s'accrut notablement par plusieurs passages sur les animaux.

M. Hoffmann se demande si l'on ne pourrait songer à une septicémie plutôt qu'à une maladie de Werlhof, quoique les relations entre cette dernière affection et une angine n'aient rien qui puisse surprendre, puisque l'on connaît les rapports des infections pharyngiennes non seulement avec le rhumatisme, mais encore avec diverses manifestations cutanées, telles que les érythèmes et le purpura.

M. Mosse fait remarquer que souvent la pseudo-leucémie évolue sous le masque de la maladie de Werlhof; n'était-ce point ici le cas?

M. von Leyden soutient au contraire le diagnostic de purpura hémorrhagique, en se basant notamment sur l'absence de fièvre.

M. Heubner dit avoir observé un fait qui montre combien le diagnostic peut être embarrassant entre la maladie de Werlhof et la septicémie; ce n'est qu'à l'autopsie qu'on put trancher la question en faveur de cette dernière affection, grâce à la constatation de nombreuses chaînes streptococciques dans la moelle osseuse.

M. A. Fränkel est d'avis que, chez la malade de M. Hochheimer, c'est bien du pharynx qu'est partie l'infection, mais il conserve quelques doutes sur le rôle des streptocoques trouvés dans les vésicules cutanées : on sait avec quelle facilité les foyers hémorrhagiques de la peau sont secondairement envahis par ces microorganismes.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il fait remarquer que certaines intoxications alimentaires peuvent simuler la maladie de Werlhof : tel fut le cas d'un médecin de Moscou que l'orateur eut l'occasion de soigner à Berlin où ce confrère se trouvait de passage, et dont l'affection était imputable à l'ingestion de caviar avarié.

Cancroïde du nez guéri par la radiothérapie.

M. Levy-Dorn présente un homme de soixante-deux ans qui portait un cancroïde du nez, ulcéré et fistulisé, dont la nature a été histologiquement vérifiée au moyen d'une biopsie.

Ce malade fut soumis en quatorze jours à sept séances de radiothérapie; deux semaines et demie après le début de ce traitement, l'ulcération et la fistule étaient cicatrisées, et actuellement tout est revenu à l'état normal, sauf une petite nodosité qui est restée stationnaire depuis quatre mois.

Etant donnée la lenteur de l'évolution des cancroïdes de la peau, l'orateur est d'avis qu'avant de recourir à une intervention sanglante il y aurait toujours lieu de tenter le traitement par les rayons de Röntgen.

Dr VILLARET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les indications de l'emploi de l'adrénaline en gynécologie.

Après avoir expérimenté l'adrénaline en rhino-laryngologie, nombre de praticiens ont pu constater que les diverses muqueuses sont loin de réagir de la même façon à l'égard de cette substance dont l'action, très marquée sur la muqueuse nasale, devient moins énergique dans la région du larynx et plus faible encore dans la cavité buccale. Par analogie, on pouvait admettre *a priori* que les différentes surfaces muqueuses de l'appareil génital de la femme ne se comporteraient pas d'une manière identique en présence de l'adrénaline. Les essais cliniques et les expériences sur les animaux, que M. le docteur N. N. Fénoménov, professeur d'obstétrique à l'Institut de médecine pour femmes à Saint-Pétersbourg, a institués à cet égard, sont venus pleinement confirmer cette supposition.

Notre confrère a été à même de se convaincre que l'application d'un tampon d'ouate imbibée d'une solution d'adrénaline à 0.20 ‰, maintenu sur la muqueuse vaginale durant une minute, avant une intervention telle que la colporrhaphie ou la colpopérinéorrhaphie, n'ischémie nullement le champ opératoire; les tentatives faites en vue d'arrêter par le même moyen l'hémorrhagie restent également infructueuses.

Par contre, l'action vasoconstrictive et hémostatique de l'adrénaline s'est montrée très énergique au cours d'interventions sur la matrice. Il y a plus : dans un cas de curettage de l'utérus, M. Fénoménov a pu constater que l'application, pendant quelques dizaines de secondes, d'un tampon de gaze imbibée d'une solution d'adrénaline à 0.20 ‰ *sur la muqueuse du col* suffit pour permettre de mener à bout le curettage *du corps de l'utérus* avec une perte de sang réduite au minimum, et cela sans qu'une goutte de solution d'adrénaline ait pénétré dans la cavité du corps de la matrice.

L'effet vasoconstrictif du médicament en question, appliqué en solution à 1 ‰, a été particulièrement net dans les cas d'opération d'Emmet, où notre confrère a procédé à l'avivement de la muqueuse *avant* l'application d'adrénaline pour une moitié du col et *après* pour l'autre moitié.

Cette substance a également donné, entre les mains de M. Fénoménov, de bons résultats dans les curettages *post abortum*, et cela alors même qu'il existait une grande tendance aux hémorrhagies et que la simple introduction de l'hystéromètre, avant l'application d'adrénaline, suffisait pour provoquer un écoulement sanguin. Notre confrère s'est aussi servi avec succès de cet hémostatique dans l'ablation de polypes muqueux de la cavité cervicale.

Ajoutons que l'échec des applications d'adrénaline sur la muqueuse vaginale ne tient nullement à une idiosyncrasie propre à telle ou telle malade, car M. Fénoménov a noté les mêmes différences dans les réactions des diverses portions de la muqueuse génitale au cours d'une intervention portant à la fois sur le vagin et sur l'utérus *chez la même femme*.

Les injections d'une solution d'acide azotique comme moyen de traitement des abcès et des bubons.

D'après l'expérience de M. le docteur M. Porosz (de Budapest), les injections d'une solution d'acide azotique, dont le titre varie entre 2 et 5 %, constitueraient un excellent moyen de traitement des abcès et, en particulier, des bubons. Voici quel est le procédé adopté par notre confrère : après avoir incisé la collection purulente sur une étendue ne dépassant guère 1 centimètre, et avoir évacué le pus, il injecte dans la poche la solution d'acide azotique. L'injection, qui a pour effet immédiat de distendre les tissus, est quelque peu douloureuse. On exprime l'excès de liquide, on assèche le pourtour de la plaie, si l'on n'a pas eu soin de le protéger, au préalable, contre l'action du caustique par une couche de vaseline, et on applique un pansement approprié. Le lendemain, en renouvelant le pansement, on voit s'écouler, sous l'influence de la pression exercée sur la région, une sécrétion séro-purulente jaunâtre, contenant quelques grumeaux caséiformes. On fait une seconde injection d'acide azotique, et, au bout de deux ou trois jours, l'écoulement deviendrait purement séreux, puis il diminuerait peu à peu, en même temps que la plaie se cicatriserait. Lorsque la suppuration intéresse plusieurs ganglions à la fois, la guérison nécessiterait un nombre plus considérable d'injections, sans que la durée du traitement dépassât, pourtant, cinq jours dans les cas le plus défavorables.

M. Porosz estime que l'acide azotique agit non seulement à titre de microbicide, mais qu'il active aussi le processus de cicatrisation en détruisant les cellules dont la vitalité est plus ou moins compromise et en favorisant leur élimination.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Utilité et limites de l'action chirurgicale dans le cancer.

Je ne saurais souscrire aux conclusions que formulait récemment M. le professeur Kosinski (de Varsovie) dans une note intitulée : Trouvera-t-on jamais un remède pour guérir le cancer ? « Le cancer une fois établi, écrit-il, je ne puis admettre qu'il puisse être arrêté dans sa marche funeste ou guéri par un moyen thérapeutique, quel qu'il soit. » (1) Tous les moyens thérapeutiques, en effet, utilisés dans les diverses maladies, agissent non sur le mal lui-même, mais sur l'organisme, dont ils accroissent la puissance de lutte; or, en présence du cancer, l'organisme s'est toujours montré impuissant et n'a jamais, à lui seul, triomphé du mal : on ne connaît pas de guérisons spontanées. Le traitement chirurgical reste donc et restera le seul positif.

C'est là, d'ailleurs, une conception qui n'est point personnelle à M. Kosinski : elle lui est commune avec beaucoup d'excellents esprits, un peu illusionnés peut-être sur la valeur exacte de l'action chirurgicale dans le cancer, ou, tout au contraire, découragés sans retour; elle implique, en effet, un pessimisme et une désespérance que l'on n'aperçoit pas tout d'abord, mais qui éclatent et se précisent par l'étude détaillée des résultats.

Quel est, en effet, le bilan du traitement chirurgical, le seul qui sera jamais, nous dit-on, — mais nous voulons n'en rien croire — le seul, en tout cas, qui, à l'heure présente, puisse être efficace? La question vaut d'être étudiée de près, sans parti pris, à la lumière de l'expérience et des faits, et il importe de rechercher : 1° ce que l'on obtient, en réalité, par la *chirurgie d'exérèse*, et dans quelle proportion elle peut assurer des *guérisons durables;* 2° les *conditions opératoires* auxquelles on peut obtenir ces résultats, et hors desquelles l'intervention n'est plus qu'une tentative vaine et dangereuse; 3° les éléments d'une action chirurgicale, palliative mais bienfaisante, chez les *inopérables*.

I

A une certaine époque, l'exérèse des tumeurs malignes, de certaines d'entre elles, tout au moins, était œuvre si difficile et si grave, que le succès opératoire, une fois acquis, masquait aisément l'échec thérapeutique; la mortalité était si élevée, d'autre part, qu'en vérité les risques à courir n'étaient guère adéquats aux bénéfices qu'on escomptait. Aujourd'hui que le péril opératoire s'est singulièrement atténué, que, dans tous les organes, les extirpations de cancer, très larges et bien réglées, se sont multipliées, l'attention s'est concentrée de plus en plus sur les résultats éloignés, et, derrière l'opération qui a réussi, on s'est habitué à chercher le malade qui a ou n'a pas guéri, qui a profité ou non de la prouesse chirurgicale.

Pour dresser ce bilan des effets utiles de l'opération, il faut avant tout tenter de répondre aux deux questions que voici : *Le traitement d'exérèse peut-il assurer une guérison vraie, complète, indéfinie — et dans quelle proportion? Lors de non-guérison, au sens propre du mot, quelle survie moyenne, quel bénéfice obtient-on?*

Les statistiques ne manquent pas, pour les cancers les plus communs, ceux du sein, de la peau, des lèvres, de la langue, de l'estomac, du rectum, de l'utérus; à les additionner, on aboutirait à de très gros chiffres, sans que les pourcentages en eussent plus de valeur. Celles qui émanent du même chirurgien ou de la même clinique, et qui portent sur un grand nombre de faits et un grand nombre d'années, sont aussi les plus aptes à fournir une notion à peu près exacte de la réalité, bien qu'il ne faille jamais attribuer aux chiffres qu'une signification toute relative.

(1) Kosinski. Trouvera-t-on jamais un remède pour guérir le cancer? (*Arch. internation. de chir.*, 1903, I, 2, p. 231.)

Le *cancer du sein* a toujours compté parmi ceux qui passaient pour le moins rebelles aux guérisons durables, et, à mesure que la technique se perfectionnait, les résultats ont paru s'améliorer aussi. Voyons toutefois ce qu'il en est, d'après deux statistiques récentes, et, ajoutons-le, particulièrement heureuses, celles de M. le professeur Le Dentu et de M. Th. Bryant.

M. Le Dentu (1) relate 57 opérations pratiquées dans sa clientèle jusqu'en juillet 1901; 4 de ces faits sont mis de côté pour des raisons diverses; il reste 53 cas, qui se départagent, en résumé, de la façon que voici : 36 morts, dont 20 dans les trois premières années suivant l'opération et 16 après trois ans; 5 de ces décès relèvent d'une maladie intercurrente, 31 sont dus à la récidive ou à la métastase cancéreuses; 17 malades encore vivantes, dont 7 opérées depuis moins de trois ans, 10 depuis plus de trois ans, et pour ces dernières, une moyenne de survie de neuf ans et cinq mois.

M. Th. Bryant (2) analyse 46 cas : 17 opérées sont restées indemnes de récidive jusqu'à la mort, survenue de cinq à seize ans après l'intervention; 19 ont eu une récidive locale : très vite après l'opération, 3 fois; au bout de trois à sept ans, 9 fois; au bout de dix à trente ans, 7 fois; 10 ont eu une récidive dans l'autre sein, à une date variant de deux à vingt-quatre ans. A part cette fréquence insolite de la récidive symétrique, il faut noter encore, dans cette dernière statistique, le *nombre élevé des récidives très tardives*, et c'est là un élément d'insécurité sur lequel nous aurons à revenir plus loin, et qui n'est pas sans donner à réfléchir sur la légitimité du terme guérison, entendu dans un sens trop large. Ces longues et heureuses survies n'en témoignent pas moins de l'efficacité bienfaisante de l'action chirurgicale.

Avec celui du sein, le *cancer des extrémités*, cancer primitif de la peau, cancer né d'un ulcère, d'une fistule osseuse, d'un nævus, etc , est d'un pronostic lointain particulièrement favorable : un assistant de M. le professeur von Bruns, M. von Brunn (3), analysant, cette année même, 205 observations de ce genre, concluait à une proportion de guérisons durables (au-dessus de quatre ans) de 35 %. — Cette bénignité relative caractérise aussi *l'épithélioma des lèvres :* M. Loos (4), réunissant l'ensemble des faits observés à la clinique de Tubingue de 1843 à 1898 (565 cas), conclut, d'une longue et minutieuse analyse, que, de 1843 à 1885, le pronostic est favorable dans 51.6 % des observations, mauvais dans 48.4 %, et que, dans la période moderne (1885-1898), il devient favorable chez 66 % des opérés (5); mais il s'agit là, comme chacun sait, d'une forme néoplasique d'un type spécial, et qui, d'ailleurs, se prête, lors de récidive locale, et dans des limites assez étendues, à des opérations itératives. Et cette remarque s'applique, jusqu'à un certain point, aux cancers de la peau et du sein.

(1) A. Le Dentu. Le cancer du sein (étude clinique, statistique). Paris, 1902.

(2) Th. Bryant. An analysis of 46 cases of cancer of the breast which have been operated upon and survived the operation from 5 to 32 years. (*Brit. Med. Journ.*, 17 mai 1902, p. 1200.)

(3) M. von Brunn. Ueber den primären Krebs der Extremitäten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1903, XXXVII, 1-2, p. 227.)

(4) Loos. Zur Statistik des Lippenkrebses auf Grund von 565 Fällen aus der von Bruns'schen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXVII, 1.)

(5) Tout récemment, M. H. Ebel (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1903, XL, 3, p. 821), analysant les cas d'épithélioma de la lèvre inférieure opérés à la clinique de M. le professeur Wölfler, depuis 1895, aboutit à des résultats analogues : l'absence de récidive au delà de trois ans aurait été observée dans 65 % des faits.

Les résultats se modifient singulièrement, lorsqu'on en vient aux cancers *cavitaires*. Pour le *cancer de la langue*, il ne semble point que les conclusions de la thèse de M. Théophile Anger (1872) aient cessé d'être vraies (1). Voici deux séries de faits récents.

La première comporte 42 cas, observés dans la pratique de M. le professeur von Mikulicz en vingt ans (1881-1901) (2); 32 malades ont été opérés : 3 morts opératoires, 4 opérations incomplètes, suivies de mort au bout de quelques mois; 25 guérisons opératoires : 19 de ces derniers malades ont été suivis, 14 sont morts plus ou moins vite avant la fin de la deuxième année, 5 n'ont pas de récidive depuis plus de deux ans et demi (et parmi eux, plusieurs femmes).

Autre statistique, émanant de la clinique de M. le professeur Czerny (1888-1900) (3); 31 opérés : 4 morts opératoires, 8 cas de résultat inconnu, 19 malades suivis, parmi lesquels 12 morts de récidives et 7 guérisons durables, constatées au bout de trois ans et demi (2), de trois ans trois quarts (1), de quatre ans et demi (2), de cinq ans et demi (1), de onze ans (1); pour les opérés qui ont récidivé, le « gain de vie » a été, en moyenne, de cinq mois un tiers.

Ici encore, il y a lieu d'insister sur les récidives lointaines, parfois — trop rarement — observées : un de nos malades est resté sept ans indemne et, en apparence, radicalement guéri; au bout de cette longue pause, la récidive apparut, envahissant le plancher de la bouche et les ganglions, et la mort survint brusquement, à la suite d'une intervention nouvelle.

Venons *au cancer de l'estomac*, et, là encore, choisissons deux statistiques récentes, nombreuses, tirées chacune d'une même pratique ou d'un même milieu. M. Ringel (4) a réuni tous les cas de cancer de l'estomac opérés à l'hôpital de Hambourg-Eppendorf, depuis l'ouverture de la section chirurgicale, en 1889, par Schede, MM. Kümmell et Sick; le total est de 144 : 63 malades ont subi la résection, la gastrectomie, 81 la gastro-entérostomie. Or, les 64 gastrectomies (5) donnent les résultats que voici : 38 morts opératoires (6), 26 survies, qui se décomposent elles-mêmes, quant aux suites plus ou moins lointaines, de la façon suivante : 5 opérés n'ont pas été revus, 2 autres l'ont été au bout d'un an, puis ont disparu; 11 sont morts de récidives locales ou métastatiques (la survie moyenne a été de treize mois); 8 sont encore vivants, opérés depuis quatre mois (1), huit mois (1), un an et trois mois (1), un an et cinq mois (1), deux ans et six mois (1), trois ans et huit mois (1), cinq ans et trois mois (1); il faut ajouter que l'opéré de trois ans et huit mois est *en récidive*.

Autre série : sur 50 gastrectomies pour cancer pratiquées à la clinique de M. le professeur Krönlein, de 1881 à 1902, M. Schönholzer (7) relève : 14 morts opératoires, 24 morts ultérieures, dont 22 pour récidive cancéreuse, la moyenne de survie post-opératoire ayant été d'un an et cinq mois et demi; 12 opérés encore vivants, 2 en récidive, 1 en récidive probable, 7 pour lesquels l'intervention date de cinq mois à deux

(1) Il évaluait à dix mois, en moyenne, la plus-value de vie, assurée par l'opération.

(2) Eicke. Ueber den Zungenkrebs und dessen Heilbarkeit auf operativem Wege. (*Thèse de Breslau*, 1901.)

(3) K. Rödiger. Weitere Beiträge zur Statistik des Zungencarcinoms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1901, XXXI, 2, p. 389.)

(4) Ringel. Die Resultate der operativen Behandlung des Magencarcinoms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1903, XXXVIII, 2, p. 585.)

(5) L'un des malades a subi deux résections successives de l'estomac, dans l'intervalle de deux ans, ce qui donne le total de 64 gastrectomies sur 63 patients.

(6) Soit une mortalité opératoire de 59.4 %; chiffre élevé, comme le remarque l'auteur, et qu'il explique par l'extension donnée aux indications de l'exérèse, dans le cancer de l'estomac, à l'hôpital de Hambourg-Eppendorf.

(7) Schönholzer. Die Chirurgie des Magenkrebses an der Krönlein'schen Klinik in den Jahren 1881-1902. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1903, XXXIX, 1 et 2.)

ans, 2 enfin qui, indemnes depuis huit ans et depuis quatre ans, s'inscrivent au cadre des guérisons durables. En regard des 50 gastrectomies, il faut noter les résultats généraux de 74 gastro-entérostomies : 18 morts opératoires, 3 opérés encore vivants, 2 opérés perdus de vue, 51 morts ultérieures, la survie moyenne ayant été de six mois et demi. Et M. Schönholzer conclut qu'en mettant à part les guérisons durables, bien démontrées, mais, en somme, si rares, la *résection de l'estomac cancéreux donne un gain de vie d'un an, la gastro-entérostomie, de cent jours en moyenne*. Et ces chiffres sont à peu près ceux auxquels arrivent la plupart des auteurs de longues séries.

Pour le *cancer du gros intestin et du rectum*, nous ne saurions mieux faire que de transcrire les chiffres donnés par M. le professeur Hochenegg (1) comme résumant sa pratique jusqu'en 1902: 283 cas de cancer du gros intestin (rectum compris), ayant donné lieu à 194 opérations radicales, avec 87.6 % de guérisons opératoires, et 16.2 % de guérisons durables (constatées au delà de trois ans); il y a, dans ce nombre, 174 cancers du rectum, ayant été opérés radicalement : 120 malades ont survécu à l'opération et 35 sont restés sans récidive au delà de trois ans, mais, de ces derniers, 5 ont succombé ultérieurement à une récidive tardive; la proportion des guérisons durables se chiffre donc par 17.2 %.

On connaît la gravité toute spéciale du *cancer du rein;* MM. Albarran et Imbert (2) ont réuni et analysé 324 observations de néphrectomie (depuis 1890) pour néoplasmes malins chez des adultes : 254 malades ont survécu à l'opération, mais, pour 184 seulement, on trouve des renseignements ultérieurs. Or, on compte, parmi ces 184 succès opératoires, 85 récidives mortelles (dont 64 au cours de la première année), 9 morts d'une autre cause (dont 7 avant deux ans), enfin 90 malades revus bien portants, à savoir 19 dans les six premiers mois, 16 de six mois à un an, 22 d'un à deux ans, 10 de deux à trois ans, les 23 autres à une date variable de quatre à seize ans.

Enfin il est peu de cancers qui aient fourni matière à autant de travaux, de recherches, de statistiques, que le *cancer utérin*. Les statistiques se terminent, d'ordinaire, par des pourcentages précis de mortalité opératoire, qui baisse, et de guérisons durables, qui se multiplient : si le premier point est dûment acquis, aujourd'hui, quelques-unes d'entre elles témoignent, en ce qui concerne le second, d'un optimisme que l'expérience journalière ne permet guère de partager. Sans reprendre les statistiques présentées au Congrès de Rome, en 1902, je me contenterai d'analyser celle de la clinique de M. le professeur Zweifel, à Leipzig, à cause précisément du nombre considérable de faits qu'elle comporte et de l'esprit dans lequel elle est dressée par M. A. Glockner (3); elle englobe *tous* les cas de cancer utérin observés en quatorze ans et demi, d'avril 1887 à juillet 1901, à la clinique, dans la pratique privée, à la policlinique gynécologique de M. Zweifel; le total est de 974; de ce nombre, 260 malades seulement ont été jugées opérables et opérées (26.69 %) : il y a eu 22 morts opératoires (8.46 %). Pour l'appréciation des résultats éloignés, M. Glockner ne retient que les malades observées jusqu'au 1er janvier 1897, le terme de cinq ans étant exigé pour la « guérison durable » : le total de cette première série de cancéreuses est de 610, parmi lesquelles 153 ont été opérées (soit une opérabilité de 25.08 %). Sur ce nombre, en déduisant les morts opératoires, les opérées perdues de vue, etc., il reste 132 cas utilisables, parmi lesquels on relève 85 morts ultérieures, de récidive, et 47 survies, sans récidive, constatées au bout de plus de cinq ans. Tels quels, ces chiffres tendraient à faire admettre une proportion de guérisons durables (au delà de cinq ans) de 35.6 %; mais, très justement, M. Glockner rapporte ce chiffre de 47 guérisons au nombre total des cancéreuses observées, opérables ou non, et la proportion tombe à 7.7 %, représentant le degré de curabilité absolue de l'affection.

C'est là, en effet, un principe de statistique, dont le bien fondé a été parfaitement établi par M. Winter, au Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Giessen en 1901, et qui peut se résumer de la façon suivante. Prenons 100 cancéreux, tels qu'ils se présentent à l'observation : de ce nombre, 20, je suppose, sont reconnus opérables, et opérés; parmi ces derniers, 5 (c'est toujours une hypothèse) restent indemnes de récidive, plus de cinq ans après l'opération, et peuvent être inscrits (avec les quelques réserves que nous indiquerons tout à l'heure) sur la liste des guérisons : allons-nous dire que nous avons obtenu 25 % de guérisons, que le cancer guérit, par le traitement chirurgical, dans 25 % des cas? Non, certes; car, pour dégager la curabilité réelle de l'affection, il faut faire entrer en ligne de compte le grand nombre de faits qui, précisément, ne peuvent pas, ne peuvent plus être traités, et nous devrons dire que sur 100 cancéreux, nous n'avons pu en opérer que 20, nous n'avons pu en guérir que 5 : soit 5 % (1).

Qu'on applique la même méthode aux autres variétés de cancer, à celui de l'estomac, du rectum, du sein, etc., et l'on verra se réduire singulièrement les taux de guérison, et ces chiffres, qui, pour n'être jamais très élevés, font pourtant image, et image fausse, en masquant la gravité réelle et formidable de l'affection, et sa très faible curabilité, jusqu'à l'heure présente. Et l'on fera tomber, de la sorte, la contradiction flagrante, qui étonne et déroute beaucoup de praticiens, entre l'observation de tous les jours et les leçons cruelles qu'elle nous ménage si peu, d'une part, et, de l'autre, les résultats extraordinaires et les cures merveilleuses qui sont annoncées de temps en temps. Et ces paroles ne sont pas des paroles de désespérance, mais, en pareille matière, la vérité seule, la vérité intégrale nous est nécessaire.

Allons plus loin. Nous venons de voir que le terme de *cinq ans* avait été substitué, avec raison, au délai de trois ans que réclamait von Volkmann, avant d'admettre la probabilité d'une guérison. Et, de fait, les récidives tardives, après trois ans, après cinq ans même, sont loin d'être exceptionnelles; et c'est là encore un des côtés les plus troublants de la question du cancer. M. Labhardt (2) s'est occupé, en 1902, de rechercher ces récidives ou ces métastases tardives, après trois ans; il en a réuni 112 cas, qui se départagent ainsi :

	Récidives tardives.	Métastases tardives.
Sein	44	10
Rectum	14	1
Langue	5	
Lèvres	26	1
Autres organes	11	

La plupart de ces répullulations à longue échéance se montrent de la quatrième à la sixième année qui suit l'opération, puis elles deviennent beaucoup plus rares, pour reprendre une certaine fréquence relative après vingt ans écoulés. — Ce sont, alors, de *nouvelles* tumeurs, a-t-on dit, et, pourtant, le plus souvent ces récidives très lointaines se font encore dans la *cicatrice*. Et les cancers qui semblent le plus disposés à faire des récidives très tardives, appartiennent précisément aux formes dont l'évolution est le plus lente et la malignité moindre, aux squirrhes.

Faut-il conclure, avec M. Labhardt, qu'un « opéré de cancer reste pour toute sa vie en danger de récidive, bien que cette récidive devienne de moins en moins probable avec les années »? Peut-être. Toujours est-il que les survies prolongées — et indemnes — que nous avons citées peuvent, en pratique, être tenues pour des guérisons, puisque aussi bien elles se poursuivent parfois toute la vie, les opérés succombant à un âge relativement avancé et d'affections tout autres. Dans ce sens, nous pouvons dire que le cancer est susceptible de guérir, par l'exérèse, dans certaines conditions, dont toutes ne sont pas connues, et suivant une proportion indéterminée encore, mais, en réalité, fort peu élevée; nous devons dire aussi qu'en dehors des survies-guérisons, il y a une proportion, cette fois beaucoup plus haute, de survies limitées, de durée variable, se chiffrant par des années, des fractions d'années, quelquefois, et qui représentent un « gain de vie » très précieux. Il vaut mieux, je pense, envisager la question actuelle du cancer sous cet aspect et ces dehors modestes, que de suivre l'un ou l'autre des errements trop communs aujourd'hui, que d'adopter le nihilisme et le découragement radical de quelques médecins, même des meilleurs, ou de chercher — instinctivement — sur la foi de quelques résultats exceptionnels, toujours cités, ou de statistiques hâtives, à s'illusionner soi-même. Qu'on réfléchisse à la masse énorme de cancéreux qui meurent chaque année, qu'on mette en regard le chiffre des survies opératoires et des guérisons durables, et l'on devra avouer qu'en vérité nous n'avons pas encore de thérapeutique du cancer, au sens propre du mot; mais aussi l'on reconnaîtra que la chirurgie seule, à l'heure présente, est susceptible de nous venir en aide dans ce dénûment. Pour être bienfaisante, elle doit s'astreindre, d'ailleurs, à certaines règles et savoir se tenir dans certaines bornes.

II

Que sert-il, en effet, d'extirper une tumeur maligne et d'appliquer à cette exérèse les ressources de la technique la plus habile et la plus hardie, si la récidive est fatale, à bref délai, et si tout le bénéfice de l'intervention doit se traduire, pour le malade, par un peu plus de souffrances et d'angoisse? Nous ne voulons plus des belles opérations sans lendemain. Pour que l'exérèse soit légitime, dans le cancer, il faut que la tumeur se présente dans certaines conditions et que l'opération soit faite d'une certaine manière : il faut, avant tout, que l'intervention soit précoce et que la tumeur puisse être enlevée en totalité, *en bloc*.

Il est entendu que nous ne savons rien de la pathogénie du cancer, de l'agent du cancer; je dis l'agent, et s'il se présentait à ma plume quelque terme plus vague, c'est lui que j'écrirais; dans une matière aussi obscure, les mots, les cadres, les formules deviennent un véritable danger, et il arrive que peu à peu ces ombres vaines affirment leurs contours et prennent figure de réalités. Donc, quel que soit l'agent, le *primum movens*, l'affection débute et évolue comme une maladie inoculable : *en pratique*, il est utile de la tenir pour telle, et de considérer, de plus, qu'elle est la plus virulente, la plus tenace de toutes, et que, devant elle, les

(1) J. Hochenegg. Resultate bei operativer Behandlung carcinomatöser Dickdarmgeschwülste. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXVIII, 1, p. 172.)

(2) J. Albarran et L. Imbert. Les tumeurs du rein, p. 392. Paris, 1903.

(3) A. Glockner. Die Endresultate der Uterusexstirpation bei Gebärmutterkrebs. (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1902, VI, 2, p. 267.)

(1) En somme, le chiffre qui représente la *curabilité opératoire absolue* s'obtient en rapportant au pourcentage de l'opérabilité celui des guérisons durables post-opératoires (au delà de cinq ans). — Exemple : opérabilité (sur le nombre total des cas observés, pendant une période donnée), 14.7 %; proportion de guérisons durables sur les cas opérés, 29.5 %; la curabilité se chiffre par (14.7 × 29.5) : 100 = 4.3 %.

Pour établir le pourcentage des guérisons durables, on doit éliminer purement et simplement, d'après M. Winter (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 25 janv. 1902, p. 81), du nombre total des opérés celui des morts opératoires, des morts ultérieures dues à une autre cause que le cancer, des opérés non retrouvés.

(2) A. Labhardt. Zur Frage der Dauerheilungen des Krebses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1902, XXXIII, 3, p. 571.)

cellules vivantes de l'organisme n'ont que des réactions de défense, toujours insuffisantes. On ne devra donc jamais compter sur le *processus de réparation naturelle* pour achever la besogne, après une extirpation incomplète — et incomplète dans le sens microscopique du mot. Voyez ce qui se passe dans la tuberculose : très souvent, nos extirpations sont loin d'être intégrales (grattages, résections, curages d'ostéites); eh bien, si l'état général est suffisant, la guérison n'en survient pas moins; la nature fait le reste. Cela, vous ne le voyez pas dans le cancer, ou, du moins, sans nier la possibilité de ces régressions spontanées, dont quelques exemples ont été rapportés, on ne saurait, en aucun cas, compter sur elles. Une opération inachevée, dans le cancer, n'est pas seulement inutile : elle est nocive au suprême degré et ne sert qu'à disséminer le néoplasme, à hâter la généralisation. Et ce terme « inachevé » doit s'entendre, ici, dans un sens particulièrement large; il s'applique non seulement à la tumeur elle-même et aux parcelles périphériques qui peuvent en être détachées au cours d'une extirpation laborieuse, et rester incluses dans la plaie, mais aux îlots néoplasiques épars dans la zone ambiante, aux lymphatiques, aux ganglions.

Aussi *la précocité de l'intervention est-elle encore le meilleur moyen de défense que nous ayons, actuellement, contre le cancer*, et c'est de ce côté qu'il faut chercher le progrès, l'amélioration des résultats opératoires lointains et l'accroissement des survies — *et non pas dans une extension tout illusoire des indications de l'exérèse.* Qu'il y ait un intérêt réel, dans certaines affections de nature bénigne ou d'ordre inflammatoire, à pousser jusqu'aux limites extrêmes de l'opérabilité matérielle l'action chirurgicale, nul ne saurait le nier : dans le cancer, les opérations à outrance n'ont plus guère de signification, et, sous leur apparence radicale, elles vont le plus souvent à l'encontre du but poursuivi. A quoi bon s'acharner à déraciner un néoplasme qui tient partout, et à suivre d'étapes en étapes des chaînes ganglionnaires dont les derniers anneaux finissent toujours par être inaccessibles? Du fait même de l'adhérence, le cancer s'est diffusé bien au delà, et, si vous ne pouvez exciser avec lui, et très loin, les organes auxquels il adhère, si vous vous contentez de le disséquer, de le décoller, vous faites, de toute évidence, une besogne incomplète, et le foyer cruenté que vous venez de créer devient une vaste surface d'inoculation, de répullulation, si l'on tient à ne rien préjuger. Et cela se vérifie à tout instant. Dès que la peau est prise, dans le cancer du sein, ne le fût-elle que sur une zone assez étroite, le pronostic s'en ressent, non point que l'on ne puisse enlever, et largement, la zone adhérente, mais cette peau, que le néoplasme a commencé d'envahir, cette peau est inoculée, infectée, et son système lymphatique charrie le cancer dans un rayon impossible à préciser. Les néoplasmes viscéraux nous fourniraient bien d'autres exemples. Pourquoi l'épithélioma du corps utérin, intracavitaire, et limité au corps, donne-t-il une proportion de succès durables bien supérieure à celle que l'on obtient dans l'épithélioma du col? Pourquoi voit-on des cancers du rein, de gros volume, mais de mobilité parfaite, rigoureusement encapsulés et sans propagation à l'uretère, se prêter à des survies si longues, qu'elles peuvent vraiment passer pour des guérisons authentiques, alors que des tumeurs beaucoup plus petites, mais adhérentes, *extériorisées* sur un petit segment de leur surface, ne réservent à la néphrectomie, facile encore, simple, bénigne, que de lamentables résultats? Il serait bien intéressant de rechercher, pour les cancers viscéraux qui, après exérèse, ont donné lieu à des survies-guérisons, la proportion de ceux qui étaient adhérents; MM. Albarran et Imbert l'ont fait pour le rein : « Dans aucun des cas de longue survie, écrivent-ils, il n'est dit que la tumeur fût, cliniquement, adhérente. Huit fois les auteurs remarquent pendant l'opération qu'il n'existe pas d'adhérences; deux fois seulement, il paraît y en avoir eu. » Enfin « dans aucun des 26 cas [de guérison durable], il n'est fait mention de ganglions extirpés ». Une petite statistique de M. le professeur Krönlein (1), portant sur 8 cas de néphrectomie pour tumeurs malignes du rein, vaut d'être rapportée à ce point de vue : des 8 opérés, 1 est mort huit jours après l'intervention; 5 ont succombé au bout de trois mois et demi, neuf mois, six mois, sept mois et demi (soit une survie moyenne de cinq mois, et deux mois de gain, si l'on tient compte de l'évolution ordinaire de l'affection, non opérée); 1 survit depuis deux ans et quatre mois; 1 autre enfin depuis quinze ans. Or, dans ce dernier fait (il s'agissait d'une femme de cinquante-huit ans), le rein enlevé, quatre fois gros comme un rein normal, était transformé presque tout entier en un tissu spongieux hémorrhagique (que le professeur Klebs reconnut pour du carcinome), mais la capsule était *intacte sur toute son étendue.*

Ces réflexions ne sont pas pour inspirer une confiance exagérée dans les extirpations complexes, et soi-disant radicales, de tumeurs adhérentes, dans les évidements pelviens, dans la poursuite lointaine des adénopathies du second ou du troisième échelon : encore une fois, ce n'est pas en extirpant plus de cancers, c'est en extirpant plus de cancers *jeunes*, c'est en multipliant, dans toute la mesure possible, les opérations précoces, que nous augmenterons le nombre des résultats heureux. A coup sûr, le progrès est là, et là seulement.

Une autre condition opératoire dérive encore de la notion du cancer, ainsi comprise : la nécessité de l'*exérèse large.* C'est là, du reste, un précepte universellement accepté, aujourd'hui, s'il n'est pas toujours, en pratique, universellement suivi. On ne dissèque pas, on n'isole pas un cancer, quels que soient, d'ailleurs, son volume et sa mobilité, comme une tumeur bénigne, comme une masse inflammatoire : l'exérèse doit toujours se faire *en bloc*, et l'incision porter, à distance, en tissu sain. Tout morcellement, toute ablation successive, en plusieurs temps, sont incompatibles avec la chirurgie des néoplasmes malins. Quelle que soit la nature réelle du tissu cancéreux, nous devons le tenir — et le craindre — comme « septique » au suprême degré, et toutes les précautions minutieuses que nous prenons, dans les affections inflammatoires, pour ne rien rompre, pour ne pas souiller notre plaie, pour éviter tout contact, toute contamination, nous devons les prendre aussi, et plus rigoureuses encore, s'il est possible, lorsqu'il s'agit d'une affection cancéreuse, contaminante, on ne sait comment, mais contaminante d'une façon indéniable.

On a eu tort, peut-être, de parler ici d'*inoculations opératoires*, car le mot éveille tout de suite des questions de doctrine et de pathogénie; disons donc simplement, avec M. von Kahlden (2), qu'à côté des récidives communes, dues aux reliquats du néoplasme *in situ*, et des récidives distantes, occupant les lymphatiques, une place doit être faite aux *récidives par implantation.* Et ces implantations, c'est le semis du cancer, dans le foyer cruenté, au cours de l'opération, par les doigts ou les instruments du chirurgien. Il y a longtemps déjà que Hahn avait appelé l'attention sur ces greffes opératoires, et depuis longtemps aussi on avait attribué cette pathogénie à un certain nombre de récidives consécutives à l'hystérectomie vaginale. Notre ancien interne, M. Levesque (1), a repris toutes ces questions dans sa thèse, où il a réuni un nombre important d'exemples très topiques : cancer développé autour d'une ponction d'ascite (néoplasique); cancer de la cicatrice abdominale après laparotomie pour une tumeur maligne des organes pelviens; cancer paraissant dans la cicatrice d'un débridement vulvo-vaginal après extirpation d'un épithélioma haut situé du vagin ou du col de l'utérus; cancer de la partie moyenne du vagin, loin de la cicatrice profonde, après l'hystérectomie. Enfin, à la suite de l'amputation du sein, n'a-t-on pas vu souvent, comme nous-même, une récidive précoce apparaître sous forme de petits nodules exactement situés au niveau des points de suture? Chez deux de nos malades, l'aspect était frappant : tous les points par où les fils avaient passé, étaient devenus le centre de petits îlots durs et rougeâtres, et il y avait là, de chaque côté de la cicatrice, elle-même indemne, un double chapelet symétrique. Qu'il s'agisse, dans un certain nombre de faits analogues, de récidives lymphatiques, dans les vaisseaux, et de la pullulation ultérieure d'îlots cancéreux microscopiques, invisibles au cours de la première intervention, l'hypothèse est fort admissible; mais cela n'enlève rien de sa vraisemblance à la greffe opératoire proprement dite, à la dissémination du cancer, au cours même et du fait de l'opération.

Il y a lieu de retenir, en tout cas, que la tumeur principale n'est pas seule à redouter, à ce point de vue, mais qu'il faut se mettre en garde aussi contre les effusions de lymphe cancéreuse, contre les dilacérations ganglionnaires, et par suite pratiquer les évidements ganglionnaires *en bloc.* De cette idée maîtresse dériveront, dans la pratique, toute une série de mesures — auxquelles nous sommes bien préparés, puisqu'il s'agit, en quelque sorte, de l'application au cancer des lois de l'asepsie —, toute une série de plans opératoires, régionaux, dont quelques-uns, basés, d'ailleurs, sur d'autres conceptions, sont appliqués déjà et rendent des services.

L'exérèse pure et simple ne suffit donc pas, dans le cancer; ici encore, il y a *la manière*, il y a une technique toute spéciale de l'extirpation des néoplasmes malins. N'est-elle plus applicable, l'action chirurgicale, dont l'efficacité se heurte, de plus, à tant d'obstacles encore inconnus, l'action chirurgicale court le risque de ne servir qu'à hâter l'évolution du cancer, qu'elle cherchait à détruire.

III

Mais, alors même que la chirurgie d'exérèse a cessé d'être applicable et que nous devons renoncer aux longs espoirs, notre rôle ne finit pas; et si l'on veut bien réfléchir aux limites fort bornées de notre pouvoir curateur, on aura peut-être moins de répugnance à s'occuper des *inopérables*, de l'énorme proportion des inopérables (n'est-elle pas voisine de 75 %?). Et là encore, l'action chirurgicale trouve à s'exercer, et de façon parfois si bienfaisante, que telles opérations palliatives assurent au malade une survie plus longue — et meilleure — que telles exérèses audacieuses. Lorsqu'on voit le nombre d'opérés qui, après une extirpation, suivie de succès, succombent dans la première année (et je parle surtout des cancers viscéraux et cavitaires), lorsqu'on voit aussi *comment* ils succombent, au moins pour un certain nombre d'entre eux, on se prend à penser que peut-être, en *forçant* quelque peu les indications d'opérabilité, en dépassant les limites un peu étroites que nous cherchions à indiquer plus haut, nous ne remplissons pas tout notre devoir, tel qu'il est déterminé par l'état présent de la question du cancer. Ce devoir ne consiste-t-il pas, avant

(1) M. Wyss. Zwei Decennien Nierenchirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1901, XXXII, 1.)

(2) C. von Kahlden. (*Verhandlungen des XXXI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 119.)

(1) G. Levesque. Contribution à l'étude des inoculations opératoires du cancer. (*Thèse de Paris*, 1903.)

tout, à ne pas poursuivre une chimère irréalisable et à donner au malade, que nous ne savons pas encore guérir, le plus de vie possible et dans les conditions les moins douloureuses possible?

C'est que, en vérité, il y a beaucoup à faire pour les inopérables, pour les incurables, pour ceux dont toute la destinée semble tenir en deux mots : de la morphine et la mort. Non, je ne crois pas que la morphine et l'abandon plus ou moins déguisé résument, en pareil cas, l'action du médecin, et cela, même lorsque le siège ou l'extension du néoplasme ne prêtent point à une opération palliative. On sait, d'ailleurs, quelles sont ces opérations palliatives, et quels services elles rendent, pratiquées à temps : il suffit de citer l'entéro-anastomose, la gastro-entérostomie, l'anus contre nature, etc., etc. Mais elles ne sont applicables qu'à certains types bien déterminés de tumeurs. Hors de là, dans le cancer utérin, par exemple, nous trouvons encore matière à des interventions bienfaisantes. Qu'on lise la communication si sage, si pratique, si humaine, que faisait, au Congrès allemand de chirurgie de 1900, M. le professeur Czerny (1), sur « le traitement des cancers inopérables »; « Je déclare, écrit-il, que de voir mourir un de ces pauvres malades, avec, au cœur, l'espoir que je lui viendrais encore en aide et que tout ce qui est humainement possible serait fait pour le soulager, — que ce spectacle m'a donné parfois plus de satisfaction que le succès d'une brillante opération. » Et plus loin, il ajoute encore : « Lorsque Stromeyer visita ma clinique, autrefois, à Fribourg, il se montra très satisfait de ce qu'il avait vu, mais il me reprocha toutefois de recevoir un aussi grand nombre de cas inopérables, parce que cela nuirait à la renommée de la clinique. Or, j'ai toujours considéré le soin de ces malheureux comme une partie importante de notre art, et je ne peux pas dire que l'activité de ma clinique s'en soit jamais ressentie. »

Ce traitement des inopérables ne consiste pas, d'ailleurs, à essayer sur eux l'action problématique et souvent nuisible de tous ces produits divers qui se succèdent. Localement, c'est la cautérisation, seule ou mieux combinée au curage, qui donne les résultats les plus appréciables dans les tumeurs qui saignent, dans les grosses masses ichoreuses au niveau desquelles la résorption septique contribue encore à l'empoisonnement général — et cela, sous la réserve, toutefois, que curage et cautérisation soient bien cantonnés au tissu néoplasique et ne créent pas, tout autour, de nouvelles surfaces d'inoculation. M. Czerny donne la préférence à la technique suivante (2), qu'il a employée 95 fois, depuis 1888, dans des cancers inopérables de diverses régions : pour le cancer utérin, par exemple, on commence par un curage, par une « mise au net » de la cavité néoplasique, puis on fait l'hémostase soit avec le thermocautère, soit par le tamponnement. Il faut attendre, avant d'aller plus loin, que cette hémostase soit bien complète, et cela demande souvent quelques jours. Alors seulement on tamponne la cavité utérine avec une longue bandelette de gaze imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 20, 30 et même 50 % et repérée, d'ailleurs, par un fil de soie, qui servira à la retirer; on assèche bien le vagin à l'alcool, puis on le vaseline largement, et on en tamponne la cavité avec de la gaze imprégnée d'une solution de carbonate de soude à 5 %. Au bout de vingt-quatre heures, la bandelette au chlorure de zinc est enlevée, et le vagin irrigué avec la solution sodique. D'après l'auteur, les douleurs, auxquelles on remédie, du reste, par la morphine, disparaissent en deux heures; l'eschare « néoplasique » se détache en six à vingt jours; les hémorrhagies secondaires seraient exceptionnelles.

Quoi qu'il en soit, aux caustiques chimiques, liquides, diffusibles, on préférera souvent le cautère igné, ou le galvanocautère, mais il est indispensable que leur action soit prolongée et profonde. Nous nous sommes servi maintes fois, à l'exemple de M. Théophile Anger, du cautère à gaz de Nélaton, instrument quelque peu oublié, semble-t-il, mais qui développe une puissance de combustion considérable et qui donne l'eschare sèche et pénétrante qu'on cherche à obtenir en pareille occurrence. En fait, ce sont là, surtout, des interventions hémostatiques. Faut-il se laisser aller à de plus hauts espoirs, et admettre, avec M. R. Lomer (1), que l'application répétée, tenace, du cautère igné, du *ferrum candens*, puisse finalement provoquer une régression véritable du cancer, et devenir, à proprement parler, un agent curateur? Dans un récent mémoire, imprégné d'un optimisme qu'on regrette de ne pouvoir toujours partager, il apporte, à l'appui de cette opinion, toute une série de faits, qui ne suffisent pas, croyons-nous, à créer une démonstration péremptoire, mais qui témoignent, au moins, de l'efficacité réelle, et souvent inattendue, du traitement igné : cessation prolongée des douleurs et des hémorrhagies, régression notable de la masse néoplasique, si notable, parfois, que le cancer, au bout de deux ou trois interventions ignées, devient opérable, devient enlevable, et qu'on l'enlève, en effet, avec succès. Ce sont là, à n'en pas douter, des faits qui commandent l'intérêt, et qui montrent qu'on aurait tort, souvent, d'abandonner les inopérables, sans lutte, à la morphine et à la mort.

Cette action locale — sur le néoplasme — semble, en tout état de cause et dans les limites où il est sage encore d'y recourir, plus efficace que d'autres moyens palliatifs indirects, tels que les ligatures dites atrophiantes. Comment agit cette anémie locale, toujours moindre, d'ailleurs, qu'on ne le croirait, et toujours passagère? Il est bien malaisé de le dire, et l'on ne sait pas, non plus, si, dans l'hypothèse où elle serait bien réelle et durable, elle ne nuirait pas davantage aux cellules normales, qui cherchent à se défendre, qu'aux cellules néoplasiques. Toujours est-il que, dans les formes saignantes, les ligatures, celle des deux linguales, celle des deux hypogastriques (2), par exemple, ne laissent pas que de rendre quelques services. Dans 4 cas de cancer inopérable de l'utérus, nous avons pratiqué la ligature double, intra-abdominale, des hypogastriques, combinée à celle des deux artères utéro-ovariennes et des deux ligaments ronds : deux fois, nous avons observé un arrêt prolongé (deux à quatre mois) des hémorrhagies, une sédation notable des douleurs, et, chez une de ces malades, une amélioration marquée de l'état général; mais ce ne fut là qu'une accalmie brève, et nous n'avons constaté aucune tendance à la régression du néoplasme (3).

Enfin, dans un ordre de tentatives encore plus distantes, nous rappellerons les castrations ovariennes doubles, pratiquées chez des femmes atteintes de cancer inopérable du sein, les faits de M. Beatson (1), et ceux, plus récents, de M. Reynès (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 350). Il ne semble pas que les observations publiées soient de nature à entraîner beaucoup de convictions : en 1902, M. Butlin (2) s'étonnait de l'optimisme avec lequel avait été accueillie la proposition de M. Beatson, à la soixante-neuvième réunion de l'Association médicale britannique tenue à Cheltenham en 1901, et il ajoutait que toutes les cancéreuses castrées étant mortes rapidement, il n'y avait là aucun commencement de preuve. D'ailleurs, à cette même réunion, M. Morison avait apporté déjà une double objection de fait, très frappante : il avait opéré, de cancer du sein, une malade qui, vingt-cinq ans auparavant, avait subi l'ovariotomie double; chez une autre, cinq ans plus tôt, on avait enlevé les deux ovaires pour une tumeur : elle mourut d'un cancer du sein.

Aussi bien, dans ce champ obscur des néoplasmes malins, il n'est réservé à personne, aujourd'hui, de poser des conclusions fermes ni d'édicter des préceptes immuables. Peut-être, quelque jour, un souffle de vérité fera-t-il crouler, en un instant, l'échafaudage de nos théories et de nos systèmes; peut-être notre technique et nos méthodes actuelles paraîtront-elles à ceux qui nous suivront, dans un avenir lointain, aussi étranges et aussi déraisonnables que nous semblent, à nous, certaines pratiques de la chirurgie pré-antiseptique. Nous ne pouvons raisonner qu'avec ce que nous savons, nous ne pouvons lutter qu'avec nos armes : il est nécessaire, tout au moins, de ne pas nous méprendre sur la valeur de nos conceptions et sur la puissance de nos moyens d'action, de ne voir jamais que la réalité, telle qu'elle est, et, sous ce rapport, je ne serai contredit, je pense, par aucun de ceux qu'oppresse la décevante énigme du cancer.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 décembre 1903.

Fièvre rémittente de l'Inde, causée par un piroplasme nouveau.

MM. A. Laveran et **F. Mesnil**. — Nous avons récemment décrit comme un piroplasme nouveau, sous le nom de *Piroplasma Donovani*, un parasite trouvé dans le sang de la rate de malades atteints d'une fièvre rémittente spéciale, rebelle à la quinine (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 369). Cette affection paraît étendre son domaine sur une grande partie de l'Inde, puisqu'elle a été constatée par M. Leishman près de Calcutta, par M. Donovan à Madras.

Le parasite en question avait été vu tout d'abord par M. Leishman qui en faisait un trypanosome ayant subi des altérations cadavériques. M. Ronald Ross le considère comme un sporozoaire nouveau pour lequel il crée le genre *Leishmania*. Quant à nous, nous appuyant sur de nouvelles préparations qui nous ont été envoyées par M. Donovan — lequel n'a pas observé moins de 16 cas de la fièvre en question du 17 juin au 5 novembre dernier —, nous maintenons notre opinion antérieure, et voyons dans ce microorganisme le premier piroplasme parasite de l'homme.

Ce protozoaire, dans les préparations obtenues par frottis de rate ou de foie, se présente sous la forme de petits corps piriformes, ovalaires ou sphériques, de 2 μ 5 à 4 μ de long sur

(1) Czerny. Ueber die Behandlung inoperabler Krebse. (*Verhandlungen des XXIX. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 1900.)

(2) Czerny. (*Loc. cit.* et *Semaine Médicale*, 1900, p. 138-139.)

(1) R. Lomer. Zur Frage der Heilbarkeit der Carcinome. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1903, L, 2, p. 305.)

(2) Recommandée et pratiquée par M. W. R. Pryor (de New-York) dès 1896, M. le professeur Krönig (de Leipzig) préconise la ligature simultanée des deux artères hypogastriques, des deux utéro-ovariennes et des deux artères des ligaments ronds, pour se mettre à l'abri autant que possible, ou aussi longtemps que possible, de l'afflux collatéral du sang. Il publiait, l'année dernière, 3 cas de ce genre (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 oct. 1902 et *Semaine Médicale*, 1902, p. 346) : l'arrêt des hémorrhagies fut très net chez les 3 malades, mais l'écoulement ichoreux ne fut suspendu que pour peu de temps. Le bénéfice de l'intervention fut, au total, assez médiocre, puisque l'une des patientes avait succombé, quelques mois après, et que les deux autres semblaient destinées à la même fin rapide.

(3) La ligature des hypogastriques n'en reste pas moins, croyons nous, tres recommandable, comme temps préliminaire, dans l'hysterectomie abdominale pour cancer.

(1) G. Th. Beatson. The treatment of cancer of the breast by oophorectomy and thyroïd extract. (*Brit. Med. Journ.*, 19 oct. 1901.)

(2) H. T. Butlin. A clinical lecture on oophorectomy in the treatment of cancer of the breast. (*Brit. Med. Journ.*, 4 janv. 1902, p. 10.)

1 μ 5 de large, libres ou inclus dans les hématies et les leucocytes. Ils se reproduisent soit — ce qui est le plus fréquent — par bipartition et division longitudinale de la cellule, soit par multipartition : dans ce dernier cas leur volume s'accroît, puis ils voient leur noyau se segmenter deux et même trois fois et arrivent ainsi à renfermer 4 ou 8 noyaux.

Les hématies parasitées augmentent de volume proportionnellement au nombre des piroplasmes (de 1 à 7 ou 8) qu'elles contiennent; elles s'altèrent très rapidement, pâlissent, se colorent mal. La présence de ces formes endoglobulaires permet de supposer que le parasite doit à un moment donné se trouver dans la circulation périphérique, mais M. Donovan ne l'y a pas trouvé, et nous ne l'avons pas davantage rencontré sur les préparations de sang que ce confrère nous a envoyées.

L'attribution de ce microorganisme au genre piroplasme résulte pour nous de ses nombreuses analogies avec le *Piroplasma bigeminum* — agent de la fièvre épizootique du Texas et prototype du groupe —, notamment de l'existence de formes en poire et d'éléments endoglobulaires, ainsi que du mode habituel de reproduction par division longitudinale en deux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 2 et 9 décembre 1903.

De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale.

M. Potherat. — Je suis resté fidèle à l'hystérectomie totale par voie vaginale pour tous les cas où l'utérus fibromateux me paraît pouvoir suivre la filière vaginale. Mais quand il n'en est pas ainsi, je pratique toujours l'hystérectomie abdominale subtotale, à laquelle j'attribue une très grande supériorité sur l'ablation totale de l'utérus par voie abdominale, surtout au point de vue de la facilité de l'hémostase.

Le reproche essentiel que M. Richelot fait au procédé subtotal est basé sur la possibilité de la dégénérescence maligne du moignon utérin. Je crois que, jusqu'à plus ample informé, il n'y a pas lieu de tenir compte de ce danger, attendu que les faits qui nous ont été communiqués peuvent être considérés comme tout à fait exceptionnels. L'adénome du sein est parfaitement susceptible de subir une transformation cancéreuse, et, malgré cela, personne ne songerait à proposer l'ablation totale du sein pour adénome.

M. Pierre Delbet. — J'ai observé à Bicêtre un cancer inopérable du col utérin chez une femme qui disait avoir été opérée pour un fibrome, mais je ne possède pas sur ce fait des renseignements suffisants pour pouvoir en faire état.

Quoi qu'il en soit, je persiste à considérer l'hystérectomie subtotale comme moins grave et d'exécution plus facile que l'opération totale; si M. Richelot soutient le contraire, c'est qu'en réalité, par son procédé, il n'enlève pas le col tout entier et ne pratique donc qu'une variété de subtotale. Comme d'autre part il ne me paraît pas démontré que le moignon utérin soit très exposé à se cancériser, à la suite de l'opération subtotale, je ne vois aucune bonne raison de renoncer à cette intervention.

M. Quénu. — La dégénérescence cancéreuse du col est extrêmement rare; j'ai eu cependant l'occasion d'en observer un cas : cinq ans après l'ablation d'un fibrome, une femme est revenue me consulter, atteinte cette fois d'un cancer inopérable du col.

Malheureusement les statistiques nous manquent pour déterminer dans quelle proportion le cancer peut s'associer aux fibromes utérins; et il est impossible d'affirmer que ceux-ci constituent un terrain plus favorable au cancer que l'utérus non fibromateux. Je crois d'ailleurs, en ce qui me concerne, qu'une cicatrice vaginale est aussi exposée à la dégénérescence épithéliomateuse qu'une cicatrice cervicale.

Au point de vue du choix de l'intervention, l'hystérectomie totale est relativement facile à pratiquer quand les fibromes sont très mobiles; mais elle devient fort malaisée lorsque ces tumeurs s'accompagnent de lésions annexielles; or, il en est ainsi, d'après mon expérience, dans 50 % au moins des cas. Je reste donc fidèle à l'hystérectomie subtotale et je réserve l'hystérectomie totale aux cas où le col n'est pas sain.

M. Monprofit (d'Angers). — La possibilité de la dégénérescence cancéreuse du moignon utérin, après l'hystérectomie subtotale, est à mes yeux un argument sérieux contre ce procédé, et j'estime qu'il y a lieu d'en tenir compte dans la mesure du possible. Aussi, pour ma part, je donne la préférence à l'ablation totale, dont il ne faut pas d'ailleurs exagérer les difficultés, car, pour un chirurgien expérimenté, l'hémostase de la tranche vaginale est bien facile à réaliser.

M. Pozzi. — Dans l'espace de quatre ans, j'ai fait 105 hystérectomies pour fibromes, mais, pour diverses raisons, je dois éliminer 6 de ces cas; restent donc 99 opérations, dont 57 hystérectomies subtotales avec 3 décès seulement, et 42 ablations totales avec 4 morts; la mortalité de la première de ces opérations a donc été de 5.25 %, celle de la seconde de 9.50 %.

En ce qui concerne la dégénérescence maligne du moignon utérin, je ne partage pas l'opinion de M. Richelot, et je regarde comme une simple coïncidence, d'ailleurs fort rare, l'association des processus fibromateux et cancéreux.

M. Richelot. — Je n'ai jamais prétendu, contrairement à ce qu'ont paru supposer plusieurs des orateurs qui ont pris part à cette discussion, que l'hystérectomie subtotale ou la myomectomie dussent être entièrement abandonnées. Je ne crois pas cependant que l'opération totale offre des difficultés sensiblement plus grandes que celles de la subtotale, et d'ailleurs, si je compare la technique des partisans de cette dernière intervention avec ma propre technique d'hystérectomie totale, je ne trouve entre l'une et l'autre que des différences peu considérables.

Pour ce qui est de la cancérisation éventuelle du moignon, ce n'est pas une crainte chimérique : si en effet je rassemble les faits qui ont été signalés ici même au cours de cette discussion et quelques autres dont j'ai eu connaissance depuis ma première communication, j'arrive à une nouvelle série de 9 cas, qui ne fait que me confirmer dans l'opinion que j'ai précédemment émise.

En somme, je considère l'hystérectomie totale comme fournissant — sans beaucoup plus de difficultés ou de dangers que la subtotale — une sécurité que cette dernière intervention ne saurait donner.

Fibrome utérin suppuré.

M. Potherat. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation de M. Vanverts (de Lille), relative à un cas de coexistence d'un fibrome utérin suppuré et d'un kyste du ligament large. En raison du mauvais état général de la malade et du développement très rapide de la tumeur, notre confrère fit le diagnostic de sarcome de l'utérus et pratiqua une laparotomie. En enlevant la tumeur, il rompit une poche remplie de pus et de débris de tissu fibreux sphacélé, et, sur la pièce enlevée, il put constater l'existence d'un petit kyste du ligament large, qui renfermait un liquide louche.

M. Vanverts se demande à ce propos s'il n'y avait pas un lien entre la présence de ce kyste et la suppuration développée dans la masse fibromateuse, mais je dois dire que l'examen du liquide kystique n'a pas été fait. Je crois pour ma part que, dans la majorité des cas de ce genre, l'infection des fibromes provient de la muqueuse utérine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1903.

La débilité rénale.

M. Castaigne. — Sous le nom de débilité rénale, je propose de désigner un état morbide particulier des reins, caractérisé par ce fait que ces organes, de résistance très diminuée à l'égard des infections et des intoxications, laissent filtrer de l'albumine dans les urines sous l'influence de la cause la plus légère : c'est ainsi que sur plus de 400 sujets chloroformisés, 13 % ont présenté une albuminurie passagère. En dehors de tout état toxique ou infectieux, la débilité rénale peut d'ailleurs être diagnostiquée grâce à ses signes révélateurs : chez les sujets qui en sont atteints, l'injection sous-cutanée d'ovo-albumine, l'absorption à jeun de blancs d'œufs ou l'épreuve de la chlorurie alimentaire déterminent de l'albuminurie.

Au point de vue étiologique, c'est l'hérédité qu'il faut incriminer dans la constitution de cet état, et nous avons vu que les enfants issus de femmes brightiques offrent, au niveau des reins, des lésions épithéliales réparables, parfois aussi des altérations conjonctives indélébiles. Quant à son évolution, la débilité rénale ne nous paraît pas susceptible de disparaître; par contre, elle peut se transformer en une albuminurie permanente, sans signes de néphrite, ou aboutir même au tableau complet de la néphrite interstitielle.

A notre avis, la débilité rénale, associée à d'autres tares héréditaires (arthritisme, tuberculose, cholémie, nervosisme), tient sous sa dépendance un grand nombre de types d'albuminurie dont la pathogénie était jusqu'ici obscure : telles sont les albuminuries cyclique, digestive, orthostatique, prétuberculeuse, la forme rénale de l'ictère acholurique, etc.

Scorbut infantile et lait stérilisé.

M. Variot déclare, à propos des 2 observations de scorbut infantile chez des nourrissons élevés exclusivement avec du lait stérilisé, communiquées par M. Aviragnet (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 370), qu'il n'a vu depuis dix ans que 2 cas de maladie de Barlow, concernant des enfants qui étaient nourris l'un avec des farines lactées, l'autre avec du lait maternisé. Par contre, sur plus de 10,000 enfants élevés avec du lait stérilisé par la chaleur, l'orateur déclare n'avoir pas constaté un seul cas de scorbut.

M. Comby dit avoir observé 6 cas de scorbut infantile, dont 5 chez des nourrissons recevant exclusivement du lait maternisé et un chez un enfant élevé avec du lait stérilisé.

M. Netter pense au contraire que le lait stérilisé peut, à lui seul, déterminer le scorbut infantile, et, à l'appui de cette opinion, il invoque les 11 cas de cette affection, dus à l'usage exclusif du lait stérilisé, que M. Rochon a cités récemment dans sa thèse.

M. Apert relate 2 faits de scorbut qu'il a observés dans le courant de l'année dernière chez des enfants qui étaient élevés avec du lait artificiel.

Maladie de Basedow et syndrome addisonien.

M. Moutard-Martin montre une femme qui est atteinte de maladie de Basedow, et chez laquelle on constate, en outre, une pigmentation très accusée de la peau à l'exclusion des muqueuses, une augmentation de volume des reins, une légère albuminurie et une asthénie très marquée, c'est-à-dire presque tous les éléments constitutifs du syndrome d'Addison.

Rapprochant ce fait d'un cas analogue qu'il a eu l'occasion d'observer récemment, et qui était dû à une tuberculose ganglionnaire généralisée comprimant les filets du grand sympathique, l'orateur pense que la malade actuelle pourrait bien présenter des altérations du même ordre.

Un cas de septicémie à pneumobacilles de Friedländer.

M. Lemierre communique, au nom de M. Letulle et au sien, l'observation d'un homme de trente-six ans qui a succombé au quatrième jour d'une pneumonie. L'ensemencement du sang pratiqué pendant la vie donna une culture de pneumobacilles de Friedländer. A l'autopsie, les trois lobes du poumon droit furent trouvés hépatisés; au centre du lobe supérieur existait de plus une sorte de noyau noirâtre de consistance gélatineuse. Les reins étaient criblés d'abcès miliaires; le foie était cirrhotique et gras. L'ensemencement des organes fournit également des cultures pures de pneumobacilles.

L'examen histologique a montré, au niveau du bloc gélatineux du poumon droit, un champ de pneumobacilles ayant envahi et désorganisé la plèvre, et au niveau des reins et du foie un grand nombre d'embolies microbiennes des vaisseaux capillaires. Le sérum sanguin du ma-

lade était dénué de propriétés agglutinantes pour le pneumobacille, l'infection ayant été vraisemblablement de trop courte durée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 5 et 12 décembre 1903.

De la coloration biliaire du liquide céphalo-rachidien, d'origine hémorrhagique.

M. L. Bard (de Genève). — J'ai antérieurement démontré que la matière colorante du sang épanché dans la cavité arachnoïdienne peut s'y rencontrer soit à l'état d'hémoglobine, soit transformée en pigment ambré; dans un cas, j'avais même observé sa transformation en pigments biliaires, mais ce fait demeurait quelque peu douteux, le malade présentant un léger ictère et ayant de la cholélithiase avec péricholécystite (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 333-337).

Je possède aujourd'hui une nouvelle observation qui lève toute incertitude sur la réalité de cette transformation. Il s'agit d'un vieillard qui survécut vingt-quatre jours à une chute ayant entraîné une fracture de la voûte avec hémorrhagie méningée et attrition de la substance cérébrale. Cet homme n'avait pas d'ictère, et ni son sérum ni ses urines ne contenaient trace de pigments biliaires; ceux-ci furent au contraire trouvés dans le liquide céphalo-rachidien, à trois ponctions pratiquées respectivement le cinquième, le huitième et le treizième jour après l'accident; leurs réactions, très nettes lors des deux premières ponctions, se réduisaient à un peu d'obscurcissement de la partie droite du spectre lors de la troisième.

Cette production de pigments biliaires aux dépens de l'hémoglobine dans la cavité arachnoïdienne n'a d'ailleurs rien de surprenant, car on a observé une transformation analogue pour le sang épanché dans les tissus.

Les variations de la perméabilité du rein pour le chlorure de sodium au cours du mal de Bright.

MM. Widal et **Javal.** — On sait que dans les cas de mal de Bright la fonction d'élimination des chlorures est, pour le rein, bien spécialisée, que l'imperméabilité rénale aux chlorures peut à elle seule provoquer l'œdème, augmenter l'albuminurie et engendrer le syndrome de la chlorurémie.

Nous devons toutefois faire remarquer que l'imperméabilité du rein pour le chlorure de sodium n'est jamais absolue. Les brightiques peuvent en général éliminer encore plusieurs grammes de chlorure de sodium par jour, et en augmentant peu à peu les doses de sel, on peut mesurer pour ainsi dire la tolérance de leurs reins pour le chlorure de sodium, ou en d'autres termes « chiffrer » leur degré d'imperméabilité. Mais il faut savoir que dans la pratique il est difficile d'arriver à une précision rigoureuse, parce que le degré d'imperméabilité varie chez le même sujet aux différentes périodes de la maladie. Nous avons observé un brightique qui à un moment donné présentait des signes de rétention chlorurée lorsqu'il ingérait 11 gr. 50 centigrammes de chlorures par jour, et qui plus tard n'avait plus de rétention pour cette même dose. La rétention n'apparaissait alors qu'après l'ingestion de 16 gr. 50 centigr. de sel.

Comme il n'est pas toujours possible de dresser des bilans d'échange rigoureux et de chiffrer avec précision le degré d'imperméabilité rénale d'un brightique, il est indispensable dans la pratique de peser soigneusement tous les brightiques œdématiés, et de leur prescrire une cure de déchloruration assez sévère. On contrôlera la déchloruration et la diminution de l'œdème par la balance, et on maintiendra la cure de déchloruration très rigoureuse jusqu'à disparition complète des œdèmes.

Sérodiagnostic de la tuberculose chez les vieillards.

M. P. Courmont (de Lyon). — Sur 100 vieillards appartenant à un hospice d'incurables, le sérodiagnostic de la tuberculose a été trouvé 23 fois positif par M. Froment.

D'autre part, chez 30 vieillards dont l'autopsie a été pratiquée, la séroréaction était 26 fois négative et 4 fois positive. Dans ces 4 derniers cas, on a constaté 3 fois une tuberculose en évolution et 1 fois des altérations tuberculeuses en voie de guérison. Au contraire, dans les 26 cas à séroréaction négative, ou bien il n'existait aucune lésion tuberculeuse ou bien ces lésions étaient anciennes et complètement éteintes.

Présence d'une cellule nerveuse libre dans le liquide céphalo-rachidien.

MM. J. Sabrazès, L. Muratet et **J. Bonnes** (de Bordeaux). — Dans le liquide céphalo-rachidien d'un homme atteint de paralysie spasmodique avec céphalées nocturnes, nous avons constaté une lymphocytose considérable, et, fait qui n'avait jamais été signalé jusqu'à présent, une cellule nerveuse triangulaire avec son noyau vésiculeux nucléolé et sa substance chromatophile si caractéristique. Cette cellule était contenue dans un frottis du dépôt de centrifugation. Emanée d'un foyer de mortification, elle était tombée dans la cavité arachnoïdienne grâce à la brèche ouverte dans la pie-mère par le processus méningo-myélitique.

Les troubles fonctionnels présentés par le malade s'étant amendés sous l'influence d'un traitement mercuriel intensif, nous croyons pouvoir attribuer à la syphilis l'affection médullaire dont il était atteint.

M. Bloch communique les résultats qu'il a obtenus, par l'exposition à la lumière du jour, de certaines plaies anciennes, atones, de nature diverse. A la suite de ce traitement, les plaies se dessèchent rapidement et se recouvrent d'une pellicule protectrice; leurs bords s'affaissent et tendent à se confondre avec la peau saine.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 2 décembre 1903.

L'albuminurie cyclique.

M. Hauser fait une communication dans laquelle il s'efforce de préciser les causes de l'albuminurie cyclique, dénomination qui, à son avis, devrait être réservée aux cas où l'on constate une albuminurie intermittente, sans présence d'éléments figurés dans les urines.

Pour la plupart des auteurs, il s'agit là d'un simple trouble fonctionnel, sans altération inflammatoire des reins; mais une investigation plus attentive permet de découvrir presque toujours un processus infectieux, parfois même une légère néphrite. Le plus souvent, en outre, l'affection frappe des individus pâles, affaiblis, souffrant de céphalée; l'orateur ne pense pas cependant que l'anémie soit la cause immédiate de l'albuminurie cyclique, qui, s'il en était ainsi, devrait se rencontrer beaucoup plus fréquemment chez les anémiques.

Se basant sur ces faits, M. Hauser estime que cette forme d'albuminurie relève non d'un trouble fonctionnel, mais d'une inflammation rénale légère. Elle exige par suite un traitement sévère qui doit comprendre en premier lieu le repos et le régime lacté, auquel on pourra associer avec avantage les eaux alcalines en boisson. Ce n'est que lorsque les urines ne renfermeront plus d'albumine depuis plusieurs semaines que l'on pourra autoriser l'usage des viandes blanches et un exercice musculaire modéré et surveillé de près.

M. J. Ruhemann dit avoir observé 2 cas d'albuminurie cyclique, avec expectoration contenant des bacilles de Pfeiffer; l'un de ces patients est ultérieurement mort d'urémie. Aussi l'orateur croit-il qu'une néphrite légère est souvent la conséquence d'une grippe larvée.

M. Bernhard pense au contraire que si l'albuminurie cyclique était d'origine infectieuse, on devrait pouvoir établir l'existence d'un rapport immédiat entre l'infection et l'affection rénale; or, ce n'est pas le cas. Chez les sujets — surtout chez les enfants — atteints de cette variété d'albuminurie, l'orateur a fréquemment constaté une grande instabilité du pouls radial, qui devient beaucoup plus faible dans la station debout que dans le *décubitus;* on peut en conclure à une exagération de la pression dans la moitié inférieure du corps, quand le patient se lève, exagération qui est susceptible d'entraîner l'insuffisance glomérulaire et le passage de l'albumine dans les urines.

M. Ullmann déclare qu'ayant examiné les urines d'une cinquantaine d'écoliers, à l'occasion d'une épidémie d'herpès facial, il a reconnu la présence d'albumine — parfois en quantité fort appréciable — chez 30 à 40 % de ces enfants, dont la plupart étaient cependant en parfait état de santé, et dont une faible minorité seulement avaient eu antérieurement quelque infection.

Il paraît inutile à l'orateur d'instituer un traitement contre ces albuminuries, à moins qu'il n'y ait une indication spéciale à une action thérapeutique.

M. Senator appuie la manière de voir de M. Hauser; il estime aussi qu'il s'agit, dans l'albuminurie cyclique, d'une néphrite légère, et qu'il y a lieu de la traiter. M. Ostwald a, en effet, observé la rétinite albuminurique dans des cas de ce genre, et la statistique des Compagnies américaines d'assurance sur la vie établit qu'une proportion notable des sujets qui sont atteints d'albuminurie cyclique succombent à une néphrite.

Pour ce qui est de l'interprétation pathogénique soutenue par M. Bernhardt, l'orateur fait observer que l'on ne saurait conclure de l'état du pouls radial aux conditions de pression dans l'aorte ou les autres artères; mais il est incontestable que la station debout augmente la pression veineuse dans la moitié inférieure du corps.

M. Fürbringer croit qu'il y a lieu de distinguer entre les albuminuries cycliques qui relèvent d'une néphrite abortive et celles qui, purement fonctionnelles, sont consécutives, par exemple, à des excès sexuels.

Quant au traitement, il ne pense pas que le repos soit toujours nécessaire; la vie au grand air et des exercices physiques très lentement accrus peuvent aussi amener la guérison.

M. Litten dit que, d'après ses propres expériences, il est impossible d'incriminer une exagération physiologique de la pression sanguine comme cause de l'albuminurie cyclique : il a lié l'aorte au-dessous de l'origine des artères rénales, et, malgré l'énorme augmentation de pression qui résulte de cette ligature, n'a jamais observé la moindre élimination d'albumine.

Pour ce qui est de l'utilité du traitement, il déclare qu'abandonnée à elle-même l'albuminurie cyclique aboutit, d'une façon qui n'a rien d'exceptionnel, à la production d'un petit rein contracté.

Un cas de myokymie.

M. Grawitz montre un ouvrier de quarante et un ans, plombier, dont tous les muscles sont agités de secousses particulières : il s'agit de contractions fibrillaires, n'atteignant que quelques faisceaux de chaque muscle et apparaissant d'une manière progressive. La sensibilité est intacte, l'excitabilité électrique est normale pour les courants galvaniques, quelque peu augmentée pour les courants faradiques. Les réflexes sont en partie exagérés. La marche est gênée par les troubles musculaires, de même que les fonctions des mains.

C'est là un exemple de l'affection très rare qui a été décrite il y a quelques années sous le nom de myokymie (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 383) et qui, pour l'orateur, serait une simple névrose, n'entraînant jamais de dégénération médullaire; le pronostic en est cependant défavorable, ou du moins fort incertain.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 12 décembre 1903.

Fracture de l'olécrâne traitée par le massage et la mobilisation.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. A. Bum** a présenté un homme atteint d'une fracture de l'olécrâne, vérifiée au moyen de la radiographie, qu'il a traitée par le massage et la mobilisation. Le résultat est parfait, tant au point de vue anatomique que fonctionnel.

M. Bum estime que le traitement par la mobilisation est surtout indiqué dans les fractures de l'olécrâne et de la rotule. Il n'est contre-indiqué que dans les cas de fracture transversale avec écartement de plus d'un demi-centimètre; en pareille occurrence il faut pratiquer la suture osseuse avec mobilisation consécutive.

M. von Eiselsberg déclare observer les mêmes principes que M. Bum dans le traitement des fractures de l'olécrâne et de la rotule.

Polyurie réflexe déterminée par le cathétérisme des uretères.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Kapsammer** a relaté les résultats de ses recherches concernant l'action du cathétérisme des uretères sur la sécrétion urinaire : il a constaté que ce moyen d'exploration provoque, par voie réflexe, des modifications de la sécrétion urinaire, consistant le plus souvent en de la polyurie, rarement en une diminution de la sécrétion urinaire et même en une anurie complète; parfois surviennent des diarrhées vicariantes. Ces anomalies ne furent pas observées seulement chez l'homme, mais aussi dans les expériences sur les animaux.

Au point de vue pratique, ces faits ne sont pas sans intérêt : la polyurie s'accompagne, en effet, d'une diminution de la concentration moléculaire, susceptible de faire supposer à tort une insuffisance fonctionnelle du rein correspondant.

M. Pauli estime que la polyurie pourrait être due au rétrécissement passager des voies urinaires et à l'augmentation de tension dans les bassinets, qui en résulte; on a, en effet, expérimentalement et cliniquement constaté que toute stase urinaire a pour conséquence de la polyurie.

M. Kapsammer déclare ne pouvoir partager l'opinion de M. Pauli au sujet du mécanisme de la polyurie, celle-ci se produisant immédiatement à la suite du cathétérisme des uretères.

M. Halban dit pouvoir confirmer d'une manière générale les constatations de M. Kapsammer; toutefois, contrairement à ce dernier, il a observé l'oligurie plus fréquemment que la polyurie; du reste, il y a parfois oligurie d'un côté et polyurie de l'autre.

M. Latzko a pu s'assurer qu'il y a en effet quelquefois, tout d'abord, une période d'oligurie, mais de brève durée et bientôt suivie de polyurie.

Comme exemple de la crise urinaire réflexe que peut déterminer le cathétérisme urétéral, l'orateur relate le fait d'une femme enceinte, ayant jadis eu des coliques néphrétiques du côté gauche et présentant depuis vingt-quatre heures une anurie presque complète avec manifestations urémiques, chez laquelle le cathétérisme de l'uretère gauche provoqua une véritable débâcle avec rétablissement des fonctions du rein droit, constaté au cystoscope.

M. Clairmont a, comme M. Kapsammer, noté une polyurie très nette, avec abaissement notable du point de congélation, à la suite du cathétérisme des uretères.

M. Schüller fait observer que non seulement le cathétérisme des uretères, mais aussi l'introduction du séparateur, est susceptible de déterminer une polyurie d'origine psychique.

Hyperglobulie par hyperactivité de la moelle osseuse.

Dans la séance du 3 décembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. R. Breuer** a relaté l'observation d'une femme de cinquante-deux ans, qui avait depuis quelques années une coloration rouge foncé de la peau et des muqueuses, ainsi que des troubles de la digestion et des évanouissements; elle présentait, en outre, une tuméfaction de la rate et du foie, des hématuries, une néphrite chronique légère, de l'hypertrophie du cœur et un volumineux myome de l'utérus. Ce dernier fut enlevé; après l'opération il y eut une hémorrhagie abondante, qui força à rouvrir le ventre; on remarqua que, malgré cette hémorrhagie, tous les organes abdominaux étaient gorgés de sang.

La malade ayant succombé, l'autopsie montra qu'il y avait une grande quantité de sang épanché dans la cavité péritonéale et une forte hyperémie des organes abdominaux; on constata enfin une énorme éosinophilie dans la rate et des quantités considérables de globules rouges dans la moelle osseuse. Il s'agissait donc d'une hyperproduction primitive de globules rouges dans la moelle osseuse.

Dr SCHNIRER.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Les Congrès de médecine aux Etats-Unis.

Venu en Amérique pour y faire une enquête sur la médecine scientifique et professionnelle, il m'a paru nécessaire d'assister aux plus importants des Congrès médicaux qui ont tenu leurs assises pendant le temps que j'ai séjourné dans le pays. Outre les communications intéressantes que je pouvais espérer y recueillir — telle la communication de M. Councilman sur le parasite de la variole, au Congrès de Washington (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 192) —, je comptais me documenter sur l'organisation et le fonctionnement de ces réunions, ainsi que sur l'importance qu'il convient d'assigner à la somme de travail effectif fournie par chacune d'elles. Certains renseignements recueillis dès le début de mon séjour en Amérique m'avaient fait penser, en effet, qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à établir un parallèle à ce point de vue entre les Congrès américains et les Congrès européens.

Une des premières choses qui frappent quand on étudie l'organisation des Congrès américains, ce sont les restrictions apportées à l'admission des membres. Contrairement à ce qui se passe généralement en Europe, où l'on n'exige des congressistes que le titre de docteur en médecine — encore n'est-ce pas même toujours là une condition indispensable, comme on a pu s'en rendre compte au dernier Congrès international de Madrid —, ce titre ne suffit pas pour faire partie d'un Congrès américain; il faut de plus avoir qualité pour participer aux travaux du Congrès. D'ailleurs, le simple fait que certaines de ces assemblées — c'est le plus grand nombre — ne représentent que la réunion annuelle d'une association à ramifications plus ou moins étendues, montre qu'il ne s'agit pas là d'assemblées ouvertes à tout venant, mais bien de séances tenues par des Sociétés fermées. D'autres Congrès réunissent les fonctionnaires d'un même ordre — tel le Congrès des *Licensing Boards* dont j'ai déjà parlé — et ce sont alors plutôt des séances de commissions que des Congrès dans le sens que nous attribuons à ce terme.

Les restrictions ne se limitent d'ailleurs pas aux conditions imposées pour l'admissibilité; elles s'étendent souvent aussi aux communications elles-mêmes. C'est ainsi, par exemple, qu'à la réunion annuelle de l'*American Medical Association*, les communications, avant d'être admises aux honneurs de la tribune, doivent avoir été approuvées par un comité de trois membres compétents, désignés d'avance par le comité directeur de l'Association. Le veto de ce comité est absolu et sans recours, et, d'après ce que j'ai ouï dire, il ne s'agit pas là d'une réglementation restant à l'état de lettre morte; on l'applique, m'a-t-on dit, aussi souvent que le besoin s'en fait sentir. Une pareille mesure n'est évidemment possible qu'à la condition d'exiger le dépôt des communications plusieurs semaines avant l'époque fixée pour le Congrès. Grâce à cette précaution, on peut également préparer des programmes de séances qu'il soit possible de remplir dans le nombre d'heures dont on dispose, ce qui d'ailleurs est d'autant plus facile que le temps accordé à chaque orateur est strictement limité et qu'un délai de grâce n'est accordé qu'exceptionnellement.

La distinction entre *rapport* et *communication* est rarement faite aux Etats-Unis. Je n'ai guère entendu de rapports proprement dits qu'au Congrès de Washington. Je dois expliquer ici ce qu'est ce Congrès triennal, dit « Congrès des médecins et chirurgiens américains », le plus important, au point de vue du travail scientifique, de tous ceux qui existent aux Etats-Unis, et dont la *Semaine Médicale* a donné plusieurs fois le compte rendu. N'y participent, en effet, que les confrères appartenant à certaines Sociétés qui comprennent, outre l'Association des médecins américains et l'Association chirurgicale américaine, des Associations similaires pour 14 spécialités différentes des sciences médicales.

Ces diverses Sociétés ont un mode de recrutement analogue à celui de la Société Royale de Londres, c'est-à-dire qu'on ne peut y entrer qu'à la condition d'avoir été élu par les suffrages des membres actuels et sans qu'il ait été fait acte de candidature. On estime naturellement d'autant plus l'honneur de faire partie de l'une de ces Sociétés qu'il est plus difficile d'y être admis. Les membres, dont le nombre est limité, se recrutent dans toute l'étendue du pays et l'on exige d'eux non seulement une haute notoriété scientifique, mais encore une parfaite honorabilité professionnelle. J'ai cité dans une précédente lettre le cas de ce chirurgien bien connu, poursuivi pendant nombre d'années par l'ostracisme de ses confrères en raison de certaine entorse qu'il avait jadis donnée au code professionnel.

Chacune des Sociétés dont je viens de parler se réunit une fois par an, généralement en mai ou en juin, dans une ville de son choix, pour y tenir ses assises. Tous les trois ans, elles se réunissent ensemble à Washington où elles fusionnent pour former le Congrès des médecins et chirurgiens américains, chaque Société ne constituant plus dès lors, et pour l'occasion, qu'une section de ce Congrès.

On voit ce que cette réunion a de particulier : elle ne ressemble en rien aux assemblées des différentes Associations embrigadées par l'*American Medical Association*. Il ne suffit pas, pour en faire partie, d'être un médecin honorablement connu dans son département ou sa province. Ce n'est pas non plus la session triennale d'une Association — et c'est pourquoi je n'ai pas eu à en parler à propos des Sociétés et Associations —, puisqu'il n'existe pas d'Association qui lui corresponde. Enfin le but qu'elle poursuit est exclusivement scientifique, et c'est là un cas tout à fait exceptionnel.

On est en effet vivement frappé, quand on assiste aux séances des différents Congrès américains de médecine, de voir quel rôle effacé est attribué aux questions d'ordre scientifique dans les travaux des séances. On serait presque tenté de dire que les communications scientifiques ne sont que le *prétexte* du Congrès. Dans la Société de tel Etat, j'ai vu séances après séances consacrées à des questions d'admission de membres, de modifications de statuts, d'adoption de budget, etc., toutes choses plus étrangères les unes que les autres au but scientifique qu'il paraît logique d'assigner à ces « assises de la science ». Les rares fois où l'on parla médecine, je n'ai guère entendu que quelques leçons de pathologie élémentaire, faites, m'a-t-on expliqué, pour le plus grand bien des confrères exerçant à la campagne, et que leur éloignement des centres empêche de se tenir au courant des progrès de la médecine!

Je ne saurais cacher que la même impression m'a poursuivi lorsque j'ai assisté aux séances du Congrès tenu à la Nouvelle-Orléans par l'*American Medical Association*. Il y avait là toutefois cette différence que, par une sorte de division du travail, le côté administratif qui avait absorbé une bonne partie du temps de la Société visée ci-dessus était entièrement réservée à des comités spéciaux tenant des réunions dans les bureaux. Mais le travail des séances ne m'a guère paru représenter beaucoup plus qu'une conférence de « Post-graduate School ».

Je puis donc dire que si l'organisation des Congrès de médecine, en Amérique, m'a semblé sur plus d'un point comprise d'une façon plus rationnelle que de l'autre côté de l'Atlantique, le résultat net de leurs travaux me paraît se réduire à bien peu de choses.

J'ajoute que le Congrès de la Nouvelle-Orléans me causa une autre déception. C'était au mois de mai; depuis le mois de septembre je parcourais les Etats-Unis, occupé à en étudier la situation médicale, et dans la masse des congressistes, c'est à peine si j'en reconnaissais quelques-uns : la réunion ne comprenait presque pas de sommités, professeurs ou médecins des hôpitaux, il y avait surtout des praticiens venus à la Nouvelle-Orléans pour profiter des avantages accordés aux membres du Congrès! C'est sur cette impression que je quittai la Louisiane pour me rendre au Congrès de Washington. Là j'eus la satisfaction de me trouver en pays de connaissance, car la proportion des personnalités connues était inverse de celle que j'avais constatée à la Nouvelle-Orléans.

Dr FRANCIS MUNCH (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

Maladie du sommeil et trypanosomiase avec issue fatale chez une Européenne, par Sir Patrick Manson.

L'observation relatée par l'auteur semble constituer le premier cas dûment constaté de maladie du sommeil chez un Européen.

Elle a trait à la femme d'un missionnaire établi à Monsembe, dans le haut Congo, qui, le 14 août 1901, fut piquée à la jambe gauche par un insecte, probablement par une mouche tsé-tsé. La piqûre s'enflamma, et, une quinzaine de jours plus tard, débuta une longue série d'accès fébriles. A peu près vers la même époque, on vit apparaître, sur la peau, une éruption érythémateuse particulière, accompagnée d'hypertrophie de la rate et du foie. A la fin de la même année, la patiente revint en Angleterre; cinq mois après, elle fut atteinte de phlébite de la jambe gauche.

Sir Patrick Manson la vit, pour la première fois, le 3 octobre 1902 et diagnostiqua la trypanosomiase, diagnostic qui a été plus tard confirmé par la constatation directe de trypanosomes dans le sang. Cette femme resta pendant cinq mois environ dans le service des maladies des pays chauds de l'Ecole de médecine tropicale de Londres. Après avoir subi toute une série d'essais thérapeutiques infructueux (arsenic, bleu de méthylène, sérum sanguin de cheval, etc.), elle quitta l'hôpital le 27 mars dernier et elle alla faire un séjour au bord de la mer, où son état s'améliora considérablement, bien que l'érythème et les parasites subsistassent toujours. Puis, sous l'influence du froid et de l'humidité, la malade fut reprise d'accès de fièvre, en même temps que son état général subissait une aggravation rapide.

Rentrée chez elle à Bristol, elle ne tarda pas à présenter une tendance à la somnolence; Sir Patrick Manson se rendit à Bristol pour la voir et la trouva très affaiblie et amaigrie, avec un pouls rapide et une légère élévation thermique. Elle pouvait soutenir une courte conversation, mais dès que l'on cessait de l'interroger, elle fermait les yeux et semblait s'endormir. Les réflexes rotuliens et cutanés étaient conservés, les sphincters fonctionnaient bien et les pupilles réagissaient d'une manière normale; il n'existait pas de tremblement, toutefois on remarquait une sorte de contraction spasmodique au niveau du coin gauche de la bouche. Les trypanosomes paraissaient quelque peu plus nombreux dans le sang.

L'état de la patiente empira de plus en plus : la somnolence augmentant, elle ne répondit bientôt plus que par des monosyllabes; parfois les aliments restaient longtemps dans sa bouche avant d'être avalés; les sphincters ne fonctionnaient plus; on vit se former des escarres de décubitus, et la malade finit par succomber, dans le coma, le 26 novembre.

L'autopsie, pratiquée le même jour, mit en évidence les signes macroscopiques d'une méningo-encéphalite chronique. L'examen microscopique des coupes du cerveau décela une infiltration périvasculaire par de petits mononucléaires, lésion caractéristique de la maladie du sommeil. (*Brit. Med. Journ.*, 5 décembre 1903.) — L. CH.

Méthode de cholédocotomie rétro-duodénale permettant d'extraire les calculs enclavés dans les portions rétro-duodénale ou papillaire du canal cholédoque, par M. Albert A. Berg.

Les difficultés qu'offre l'extraction des calculs enclavés dans la portion rétro-duodénale du cholédoque ont conduit les chirurgiens à en tenter l'extraction par une incision transduodénale. Les inconvénients de cette ouverture de l'intestin étant par trop évidents, M. Berg conseille d'opérer de la manière suivante :

Après avoir incisé le ventre à travers le muscle grand droit de l'abdomen du côté droit, on relève le foie avec un large écarteur, puis le côlon et l'estomac sont repoussés au moyen de compresses de gaze, l'un en bas, l'autre à gauche. Le duodénum se trouvant ainsi en face de l'opérateur, on dessine sur le péritoine tapissant la paroi postérieure de l'abdomen un lambeau qui prend pour base le bord droit de l'anse verticale de ce même duodénum : ce lambeau a 3 ou 4 centimètres de largeur et sa hauteur est un peu supérieure à celle de l'anse duodénale. On décolle avec le doigt le lambeau péritonéal ainsi circonscrit et on le rabat sur la face antérieure du duodénum : le bord droit de ce dernier devient donc accessible; on le décolle à son tour, puis on procède de même à l'égard de la face postérieure. Le décollement achevé, on rabat l'anse libérée de droite à gauche autour de ses angles supérieur et inférieur comme charnière. Le cholédoque est alors visible et directement accessible; les calculs peuvent être extraits et le canal suturé. S'il y avait lieu de drainer les voies biliaires, on y parviendrait au moyen d'une incision du cholédoque faite au-dessus du duodénum, et après avoir fait reprendre à ce dernier sa place normale.

Ce procédé n'a pu être encore essayé que sur le cadavre. Toutefois, M. Berg estime qu'il ne semble passible d'aucun inconvénient spécial, puisque M. Kocher a déjà eu cinq fois recours à cette rotation du duodénum pour établir des gastro-duodénostomies. (*Ann. of Surgery*, août 1903.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un moyen pour faciliter l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Si, dans la plupart des cas, l'uréthrotomie externe sans conducteur ne présente pas de difficulté sérieuse, il est loin d'en être de même lorsque le rétrécissement infranchissable de l'urèthre est compliqué d'infiltration d'urine, la recherche du canal pouvant en pareille occurrence être particulièrement laborieuse, même pour l'opérateur le plus habile, et nécessiter une anesthésie prolongée, ce qui ne va pas sans inconvénients, vu l'état grave dans lequel se trouve généralement le malade. Or, M. le docteur Ch. L. Gibson, chirurgien en chef du St. Luke's Hospital, à New-York, a été à même de se convaincre, par des expériences sur le cadavre, qu'une traction exercée sur la prostate détermine une tension de l'urèthre profond, de sorte que celui-ci devient très facile à reconnaître.

Depuis deux ans, notre confrère a eu, plus de vingt fois, l'occasion d'utiliser le procédé en question dans des cas simples ou compliqués d'infiltration d'urine, et toujours il a pu de la sorte mener rapidement l'opération à bonne fin. Au début, il se servait, pour exercer des tractions sur la prostate, d'un simple tenaculum ou d'une petite pince à forcipressure, mais l'expérience ultérieure lui a prouvé qu'il est préférable d'employer dans ce but un fort crochet recourbé et pointu. Le patient étant couché dans la position de la taille, on commence par irriguer soigneusement la région et par nettoyer le rectum; puis, après avoir introduit dans l'intestin un spéculum approprié, on pousse dans le rectum le crochet, au moyen duquel on transfixe la prostate, en enfonçant l'instrument en plein tissu glandulaire. Cela fait, on enlève le spéculum, en laissant le crochet en place. On incise ensuite le périnée sur la ligne médiane, assez profondément pour pouvoir atteindre l'urèthre, et, après avoir introduit dans la plaie l'index gauche, on recommande à un aide d'exécuter quelques mouvements de traction sur le crochet : on perçoit alors nettement une sorte de tension intermittente de l'urèthre. L'index gauche maintenu toujours dans la blessure, il ne reste plus qu'à diriger, à l'aide de l'autre main, le bistouri jusque dans la portion du canal, ainsi rendue saillante. Un stylet glissé le long de l'instrument tranchant, et suivi d'un cathéter métallique poussé dans la vessie, permettra de juger du succès de l'intervention, qui ne nécessiterait en tout qu'une minute ou deux.

On pourrait, toutefois, se demander si l'application du procédé en question n'expose pas à une infection de la prostate à travers la paroi du rectum. A en juger d'après son expérience personnelle, M. Gibson serait porté à croire que ce danger est plus théorique que réel, car il n'a jamais eu à enregistrer le moindre accident. Il est, d'ailleurs, loin de préconiser son procédé pour tous les cas indifféremment : lorsque l'opération est relativement facile, les avantages que pourrait procurer la transfixion de la prostate ne seraient pas assez grands pour compenser le risque d'une infection possible; par contre, en présence de difficultés insolites, ainsi que chez des patients affaiblis et atteints de complications rénales ou autres, et surtout lorsqu'on a affaire à un état général grave par suite d'infiltration d'urine — toutes les fois, en un mot, qu'il y a urgence à terminer rapidement l'intervention —, on ne s'arrêtera pas devant la crainte d'une infection d'ailleurs peu probable et qui, le cas échéant, pourrait être traitée à travers l'incision périnéale.

L'emploi du thymus contre la chloro-anémie chez les enfants et les adolescents.

Les bons effets que M. le docteur Blondel (de Paris) a obtenus dans le traitement de la chlorose par l'emploi du thymus (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 276) ont engagé M. le docteur G. Marcolongo à expérimenter le même moyen contre les chloro-anémies de la seconde enfance et de l'adolescence. Les essais que notre confrère a institués à cet égard dans le service de M. le docteur V. Tedeschi, professeur extraordinaire de clinique pédiatrique à la Faculté de médecine de Padoue, ont porté sur 5 malades, dont l'âge variait entre huit et vingt et un ans. M. Marcolongo s'est servi d'une préparation contenant une partie de suc glandulaire en suspension dans deux parties de glycérine neutre. Il en administrait, matin et soir, 10 grammes par voie stomacale.

Sous l'influence de cette médication, notre confrère a vu rapidement augmenter le taux de l'hémoglobine, ainsi que le nombre et la résistance des globules rouges, en même temps que l'on notait une amélioration considérable de l'état général et du poids du corps.

La réimplantation de tendons coupés dans la masse charnue du muscle.

Appelé à donner ses soins à une jeune fille qui, en passant la main à travers une vitre, avait eu tous les tendons fléchisseurs de l'avant-bras sectionnés près du point où ils se dégagent de leurs fibres musculaires, M. le docteur H. Folet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, se trouvant dans l'impossibilité de recoudre exactement chacun des lambeaux aponévrotiques déchiquetés à son bout congénère périphérique, se décida, en désespoir de cause, à improviser une *suture tendino-musculaire*, en procédant de la façon que voici : il traversa d'un catgut chacun des bouts inférieurs des tendons coupés et il les fixa à un faisceau musculaire épais, parfois doublé, pour plus de solidité, d'un des lambeaux d'aponévrose ou de tendon flottants. Le bout de tendon se trouvait de la sorte comme enfoui dans le muscle, sans qu'il fût, du reste, possible de déterminer exactement à quel muscle appartenait le faisceau charnu de chaque suture.

On pouvait se demander si les tendons ainsi réinsérés allaient trouver une réimplantation musculaire solide et si les faisceaux charnus, accouplés à des cordons fibreux qui n'étaient pas tout à fait ceux auxquels ils s'adaptaient auparavant, allaient fonctionner convenablement. Or, malgré les prévisions plutôt pessimistes de notre confrère, la patiente, chez laquelle toute flexion des doigts était absolument impossible au moment de l'intervention, était, trois mois après, à même de fléchir quelque peu *toutes* les phalanges de *tous* les doigts. Progressivement, les mouvements devinrent plus étendus et plus forts, et, au bout d'environ un an, la jeune fille pouvait fléchir les doigts complètement et sans la moindre douleur; elle exécutait assez facilement les travaux comportant des mouvements d'ensemble, mais la flexion isolée d'un doigt et surtout du pouce était malaisée.

A en juger d'après ce fait — qui n'est pas sans quelque analogie avec un cas de rupture ancienne du muscle moyen adducteur, dans lequel M. Delorme sutura les fibres musculaires aux faisceaux fibreux qui représentaient l'insertion inférieure du muscle —, la réunion opératoire d'un tissu fibreux au tissu musculaire serait susceptible d'amener la restauration à peu près parfaite des fonctions du membre blessé.

CLINIQUE DES MALADIES EXOTIQUES

Institut de médecine coloniale. — M. le docteur Wurtz.

La maladie du sommeil.

Les trois noirs que vous voyez couchés aux numéros 18, 22 et 24 de notre salle de malades coloniaux à l'hôpital des Dames françaises sont atteints tous trois de cette curieuse maladie du sommeil, dont l'étiologie et la pathogénie ont suscité, depuis quelques années, des recherches intéressantes.

Ils ont été ramenés de Brazzaville à Paris, à mon instigation, et pour servir à l'enseignement de l'Institut de médecine coloniale, par M. Brumpt, à la suite d'une mission que ce distingué confrère a su mener promptement à bonne fin, et qui était due à l'initiative de MM. Blanchard et Proust et à la mienne.

Ces trois noirs sont de pays différents. Le premier, Makaia, est originaire de Loango. Le second, Bobengui, est de race bobengui (moyenne Sangha); il appartient à une tribu anthropophage. Le troisième, le plus malade actuellement, Salomon, est de race fanti et vient de la Côte-d'Or anglaise, des environs d'Accra.

Ils montrent tous trois, à des degrés divers, le symptôme caractéristique de l'affection, c'est-à-dire une tendance au sommeil, une somnolence, plus ou moins marquée, et qui ne fera que s'accroître au fur et à mesure des progrès inexorables de la maladie.

En ce moment, vous le voyez, ils dorment, et rien ne saurait faire penser à autre chose qu'au sommeil naturel. Leur respiration est régulière, leur visage tranquille. Deux d'entre eux se réveillent facilement quand on les secoue, comme le fait un individu profondément endormi; quant à Salomon, dont l'affection a débuté avant celle des autres, il est plus difficile à réveiller : vous constatez qu'on peut secouer fortement son lit et le rouler bruyamment à travers la salle sans qu'il sorte de son profond sommeil. Son hébétude au réveil est également beaucoup plus accentuée que celle de ses compagnons. Elle persiste pendant plusieurs minutes, donnant à son masque une expression caractéristique : les yeux sont saillants hors des paupières, alourdies et mal entr'ouvertes; la lèvre inférieure est pendante, la mâchoire inférieure relâchée et tombante. Cette physionomie contraste avec les yeux vifs, la mine éveillée de son jeune voisin, qui se met à rire quand, après l'avoir appelé à haute voix, je l'arrache à son sommeil pathologique.

Actuellement ils dorment environ vingt heures sur vingt-quatre. La période où ils semblent le mieux réveillés est le matin, de sept heures à neuf heures. En dehors de cette période, ils dorment toute la nuit et toute la journée, sauf vers les heures des repas. Ce sommeil n'est pas toujours tranquille. Il est souvent traversé par des rêves, se traduisant par des manifestations bruyantes, des cris, des chants de guerre qui réveillent les autres malades. Le plus jeune a même eu, une de ces dernières nuits, des phénomènes nerveux plus accentués. Il s'est débattu violemment dans son lit, en poussant des cris aigus. Cette sorte d'attaque épileptiforme s'est accompagnée d'incontinence de l'urine et des matières fécales et a été suivie d'un véritable accès de sommeil, beaucoup plus profond que celui dans lequel le patient est ordinairement plongé : on avait alors la plus grande peine à le réveiller, et il se rendormait instantanément d'un sommeil de plomb.

Mais, je le répète, c'est Salomon qui présente, au degré le plus marqué, la somnolence caractéristique, et c'est sur lui que nous allons d'abord constater les signes habituels de la maladie du sommeil.

L'affection a débuté chez cet homme par des douleurs de tête, siégeant surtout au sommet du crâne; il nous dit, en assez bon anglais, que ces douleurs, aiguës il y a trois mois, ont actuellement cessé : c'est avec leur apparition qu'a coïncidé l'envie de dormir. Il n'y a eu aucun autre signe prodromique. Ces céphalalgies sont fréquentes au début de la maladie. Nous verrons tout à l'heure que les lésions constatées aux plus récentes autopsies sont celles d'une méningo-encéphalite. Ce sont donc les symptômes intéressant le système nerveux qu'il importe de rechercher tout d'abord.

La motilité est sensiblement normale, sauf celle des muscles de l'avant-bras et des mains. Le malade ne peut plus serrer fortement, mais il est encore assez vigoureux, et se débat avec force et violence pendant la période d'excitation de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle. Il n'y a pas de tremblement, sauf quelques tremblements fibrillaires de la langue : rappelez-vous que c'est là un des symptômes précoces de l'affection. On n'observe pas de contractures. A droite, une vague ébauche du signe de Kernig peut être constatée. Le signe de Romberg n'existe pas, bien que le patient oscille quelque peu quand on lui fait fermer les yeux. La marche est paresseuse, mais non constamment. Tantôt cet homme marche péniblement, courbé en deux, fléchissant les genoux, tantôt, au contraire, il progresse d'une façon plus assurée. Les réflexes tendineux des poignets et des coudes sont légèrement exagérés, le réflexe patellaire l'est manifestement, et des deux côtés.

A droite, on note de la trépidation épileptoïde exagérée, à gauche ce signe fait défaut. L'excitation de la plante des pieds amène la flexion des orteils, puis la rétraction de tout le membre. Le réflexe du *fascia lata* est aboli, de même que le réflexe crémastérien à droite et à gauche. Le réflexe cutané abdominal est diminué.

Les troubles de la sensibilité sont peu marqués, en dehors de la céphalée frontale, qui est maintenant assez légère. La sensibilité au tact, à la piqûre, à la température, est conservée. Il existe un certain degré d'hyperesthésie, qui se traduit chez le malade par une résistance désespérée à toute tentative faite pour obtenir une goutte de sang par piqûre du doigt. Cela est tout à fait anormal chez le noir et dénote un état mental particulier, pathologique. Le sens musculaire est intact. Il n'y a pas de troubles trophiques. Les ongles de ce nègre, comme ceux de ses compagnons, sont un peu bombés. Il présente un léger myoïdème.

Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'examen ophtalmoscopique, pratiqué par M. Valude, a montré, chez les 3 patients, que le fond de l'œil était parfaitement normal.

Les lésions précoces de l'appareil lymphatique ont été signalées par tous les auteurs qui se sont occupés de la maladie du sommeil. Chez nos noirs, la plupart des ganglions sont tuméfiés. Cette tuméfaction, aux aines et aux aisselles, peut être sous la dépendance de lésions de grattage très marquées dont les malades sont couverts.

Chez Salomon, tous les ganglions du cou (chaînes carotidienne, trapézo-mastoïdienne, sous-maxillaire, de la nuque) sont hypertrophiés. Ils sont assez mous, indolores, de la dimension d'un pois ou d'une petite noisette, formant par place des amas lobulés. Les ganglions du hile du poumon sont très augmentés de volume, ainsi que M. Bianchi l'a constaté à l'aide du phonendoscope. La matité interpulmonaire entre les deux omoplates indique un paquet ganglionnaire de la grosseur d'une orange.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de bien saillant. Le cœur est normal. Le pouls bat à 70 ou 75. Il est régulier, un peu mou. Les poumons sont normaux.

Le foie, non douloureux, déborde de trois doigts les fausses côtes. La rate peut être perçue à la percussion, mais n'atteint pas le rebord costal. Il existe un peu d'uréthrite chronique, et à droite un kyste du cordon.

En outre, le malade est atteint de craw-craw, c'est-à-dire d'une éruption papulo-vésiculeuse, particulièrement aux plis de flexion, avec, par places, lichénisation de la peau aux points où il s'est le plus gratté. Les lésions fraîches de grattage sont nombreuses; cet homme arrache à coups d'ongle les papulo-pustules : il en résulte des ulcérations circulaires, à fond d'un rouge vif, à bords nets et qui se cicatrisent assez rapidement. Il porte, de plus, d'assez nombreuses cicatrices de chique aux deux pieds.

L'examen du sang montre une éosinophilie marquée. Mais c'est surtout la recherche des parasites sanguicoles qui a donné des résultats intéressants.

Des préparations de sang, faites pendant le jour avec une goutte prélevée par simple piqûre, ont permis de constater la présence de filaires assez abondantes. Cette filaire diurne (*Filaria perstans*, Manson) est un hôte fréquent du sang des habitants des régions intertropicales, particulièrement sur la côte occidentale d'Afrique : on l'observerait chez 50 % des habitants du bas Congo. Cet embryon — car on ne connaît pas la forme adulte — est une petite anguillule microscopique, ayant environ 200 μ de long sur 4 à 5 μ de large. Son extrémité caudale est tronquée et possède une sorte de languette qui peut être projetée et rétractée.

La *Filaria perstans* ne semble pas donner lieu à des phénomènes pathologiques, différant en ceci de la filaire nocturne ou *Filaria Bancrofti*, à laquelle sont dues les manifestations si nombreuses et si variées de la filariose.

On trouve de plus, chez ce malade, des trypanosomes en petit nombre dans le sang. Si on le centrifuge deux ou trois fois, en prélevant la partie supérieure du liquide pour la centrifuger à nouveau, on constate sur la préparation la présence de ces infusoires flagellés, que M. Castellani (1) a signalés le premier dans le liquide céphalo-rachidien des noirs atteints de la maladie du sommeil. Ils ressemblent à une filaire dont la partie antérieure, renflée en forme de fuseau, est pourvue d'une membrane ondulante et contractile qui en double ou en triple la largeur, et dont la partie postérieure est effilée en une sorte de flagellum (Nocard). A l'état frais, ces organismes sont animés de mouvements ondulatoires ou de mouvements de ressort extrêmement rapides qui, quand le parasite passe entre les amas de globules rouges, déplacent et balayent ces derniers.

Ces trypanosomes, analogues à ceux qui existent dans le sang de la truite, du rat, à ceux de la dourine, du surra, du nagana, enfin de la fièvre à trypanosomes de l'homme, se rencontrent également dans le liquide céphalo-rachidien de notre malade, où ils sont en bien plus grande abondance que dans le sang.

L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et du sang a été négatif. Au point de vue de la formule leucocytaire, on ne trouve que de grands macrophages. C'est un type de mononucléose.

En résumé, vous voyez que les symptômes principaux qu'offre le patient, en dehors de cette somnolence morbide, sont une fatigue rapide, la diminution de la force musculaire et l'exagération des réflexes. Les fonctions digestives sont conservées. Il a bon appétit et mange avidement quand on le réveille aux heures des repas. La quantité d'urine est normale. Il y a eu des traces d'albumine pendant quelques jours, elles ont actuellement disparu. Le taux de l'urée est diminué. Le poids n'a pas varié depuis un mois. Pendant deux jours, cet homme a eu de l'incontinence d'urine et des matières fécales, qui a cessé après ingestion d'une potion astringente.

Pour être complet, j'ajouterai que la courbe de la température est irrégulière : de temps à autre se montrent de brusques ascensions, allant

(1) A. Castellani. Researches on the etiology of sleeping sickness. (*Journ. of Tropical Med.*, 1er juin 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 364.)

jusqu'à 38° et ne survenant pas à intervalles fixes. C'est la règle dans la maladie du sommeil. Il arrive souvent, ainsi que M. Castellani me le faisait remarquer ici même, que pendant les quinze derniers jours de l'affection, la température reste constamment aux environs de 37° et même en dessous; elle peut atteindre 41° et 42°, au contraire, au moment de la mort, quand le sujet a succombé à une attaque convulsive.

Enfin l'état psychique du malade est anormal. Très intelligent jadis, employé dans une factorerie anglaise, il montre maintenant une certaine difficulté à comprendre ce qu'on lui dit : il hésite avant de répondre. Il est devenu de plus très émotif, pleurant à chaudes larmes quand on lui ordonne de se lever pour faire son lit. Une pneumonie qui a frappé son voisin de lit l'a également fait sangloter à diverses reprises; ceci est exceptionnel chez les nègres, insouciants, indifférents et généralement difficiles à émouvoir par le malheur d'autrui.

Chez nos deux autres patients, le symptôme principal, la tendance invincible au sommeil, existe d'une façon moins marquée que chez Salomon. Makaia a eu ici une congestion pulmonaire, avec pleurésie légère, dont il a rapidement guéri, mais à la suite de laquelle sa somnolence est devenue plus marquée. La diminution de la force musculaire est, chez lui, considérable, surtout aux fléchisseurs des mains. Fortement charpenté et haut de taille, il était, nous dit-il, très fort, mais sa force est perdue; néanmoins, l'atrophie musculaire n'est pas très considérable. Il n'offre pas de troubles de la sensibilité; les réflexes sont plutôt affaiblis. Il existe un léger myoïdème et un tremblement fibrillaire de la langue.

Le troisième malade, enfin, Bobengui, âgé d'environ quinze ans, est intéressant en ce sens que son état de somnolence est traversé par des phénomènes d'excitation, des crises nerveuses plus ou moins fortes. C'est la forme ataxique que Guérin (1) a décrite, par opposition à la forme adynamique, à la forme torpide. Vous avez observé ces mouvements choréiformes brusques des mains, des lèvres, parfois des jambes, qui font tressauter ce jeune homme. Il y a parfois plus chez lui. Son sommeil est agité, traversé de rêves qui le font parler, chanter, pousser des cris aigus, pendant toute la nuit; il a fallu lui administrer du chloral. Enfin il y a quelque temps, comme je vous le signalais tantôt, il a eu une véritable crise épileptiforme vers une heure du matin, avec incontinence des réservoirs, crise qui avait été précédée d'un état subdélirant pendant lequel il s'était levé et promené dans la salle en laissant couler son urine. A ce paroxysme a succédé un véritable accès de sommeil, le plus accentué qu'il ait encore eu ici, et qui a duré trente-six heures. Actuellement, il ne dort ni plus ni moins que ses compagnons, soit environ vingt heures sur vingt-quatre (2).

(1) P.-M.-A. Guérin. De la maladie du sommeil. (*Thèse de Paris*, 1869.)

(2) Ce jeune homme est mort soudainement à la suite d'une crise épileptiforme, survenue brusquement le 23 novembre à six heures du matin. Cette crise, caractérisée par de violentes convulsions, des contractures, avec écoulement abondant de salive et élévation de température (39°), a duré deux heures. A partir de huit heures, le patient a été plongé dans le coma. La respiration était fréquente (50 par minute), avec rythme de Cheyne-Stokes. Toutes les 20 ou 30 respirations, il y avait arrêt de quelques secondes. Les yeux étaient grands ouverts et très mobiles, les pupilles dilatées, tous les réflexes abolis, avec incontinence des réservoirs, le pouls extrêmement fréquent (146 pulsations un peu avant la mort). Le thermomètre s'est élevé à 39°8 et s'est maintenu à ce degré jusqu'à la mort, qui est survenue à onze heures.

L'autopsie n'a rien montré de bien saillant au point de vue macroscopique. On a noté une légère hyperémie des méninges, avec congestion marquée des vaisseaux de la surface de l'encéphale et teinte rosée du cortex de la substance cérébrale. La moelle était absolument normale. Les deux poumons étaient congestionnés et renfermaient des hémorrhagies capillaires; les ganglions bronchiques étaient augmentés de volume. Les autres viscères ont été trouvés normaux. Le sang du cœur et des vaisseaux ne contenait aucun microorganisme.

L'examen histologique n'a pas encore été pratiqué.

La polymicro-adénite est très marquée chez lui. Sur ma demande, M. Pochon, chirurgien de l'hôpital, lui a enlevé un gros ganglion de la nuque, qui a servi à des expériences d'inoculation, afin d'élucider, si possible, la nature de cette adénite.

Chez ces deux derniers malades, l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien a révélé aussi la présence du trypanosome. C'est cette constatation, faite il y a cinq mois déjà par M. Brumpt, au Congo, qui détermina notre confrère à ramener en France ces deux noirs, chez lesquels, le symptôme sommeil étant encore peu marqué, le diagnostic était loin de s'imposer.

Tel est le tableau clinique bien particulier que présentent les 3 malades que nous avons en ce moment en traitement.

Depuis le moment où Winterbottom (1), voyageur anglais en Sénégambie, décrivait brièvement, en 1803, la maladie du sommeil, jusqu'aux missions portugaise, anglaise et française qui viennent tout récemment de chercher à en élucider l'étiologie, on ne trouve dans la littérature que peu de travaux intéressants sur cette affection. Un des plus importants, la thèse de Guérin — déjà citée —, établit sa fréquence chez les nègres immigrés aux Antilles et la durée presque incroyable de la période d'incubation (cinq ans, sept ans même); ce mémoire est basé sur 179 cas, dont 178 se sont terminés par la mort.

Au fur et à mesure que le continent noir cède ses secrets aux explorateurs, le domaine géographique de la maladie du sommeil s'étend. Les vastes régions du centre africain, de Zanzibar à Léopoldville et à Brazzaville, sont pénétrées par les blancs, et la maladie du sommeil est observée, non plus sur les côtes seulement, mais aussi dans les *hinterland* : sur la côte ouest, depuis le Sénégal jusqu'à l'Afrique occidentale allemande, depuis Tombouctou au nord, sur le Niger, jusqu'à l'Ouganda, enfin dans la région des grands lacs, où elle sévit cruellement depuis deux ans. Elle fait actuellement une large tache sur la carte d'Afrique, mais paraît inconnue sur la côte orientale (2).

Les ravages qu'elle exerce dans la population noire sont considérables. A Berghe-Sainte-Marie, à l'embouchure du Kassaï, les Pères jésuites belges avaient fondé une école. Elle dut être abandonnée au bout de dix-huit mois : il ne restait plus que 254 enfants sur 1,100; la population scolaire avait été décimée par la maladie du sommeil (3). Dans l'Ouganda, ses ravages, également terribles, ont suscité l'envoi de ces missions scientifiques dont les travaux ont amené, il y a quelques mois, l'importante découverte de M. Castellani.

Depuis plusieurs années déjà, bon nombre d'essais, de recherches, avaient été faits en vue d'élucider la cause de la maladie du sommeil. MM. Cagigal et Lepierre (4), sur un nègre d'Angola, dont l'affection datait de trois ans, avaient isolé un bâtonnet court, un streptobacille, quarante-trois heures après la mort. La date tardive de l'autopsie, les résultats négatifs de l'inoculation aux animaux ne permettent pas de prendre ce travail en considération.

M. Broden (5), au Congo belge, aurait été plus heureux au point de vue expérimental. Chez le chien et chez le singe, il reproduisit les signes et les lésions de la maladie du sommeil par l'inoculation des cultures d'un bacille droit, assez long, isolé du sang de sujets atteints de maladie du sommeil, et qu'il retrouva, de plus, dans l'eau.

(1) Th. M. Winterbottom. An account of the native Africans in the neighbourhood of Sierra Leone; to which is added an account of the present state of medicine among them. 2 vol. Londres, 1803.

(2) M. F. Holzinger (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv. 1899) a observé en Abyssinie un individu qu'il pense être atteint de maladie du sommeil.

(3) Dryepondt et Van Campenhout. Rapport sur les travaux du laboratoire médical de Léopoldville en 1900. Bruxelles, 1901.

(4) Cagigal et Lepierre. A doença do somno e o seu bacillo. (*Coimbra med.*, 20 oct. et 1er nov. 1897.)

(5) A. Broden. La maladie du sommeil. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, oct. 1901 et *Semaine Médicale*, 1901, p. 366.)

La commission portugaise, composée de MM. A. Bettencourt, Correia Mendes, Correia Pinto et J. Gomes de Rezende, découvrit dans l'exsudat méningé un diplostreptocoque qui, cultivé, reproduisit des lésions chez les animaux; dans le liquide de la ponction lombaire, ce microbe existait 6 fois sur 9, ainsi que dans les ganglions (1).

C'est également un streptocoque que M. Castellani a retiré du sang d'un certain nombre de malades, peu de temps avant la mort, mais il considère ce microorganisme comme un agent d'infection secondaire préagonique.

A côté des théories attribuant une origine microbienne à la maladie du sommeil, on a émis d'autres hypothèses, d'après lesquelles certains parasites joueraient un rôle pathogénique.

Sir Patrick Manson (2), observant avec M. Stephen Mackenzie un jeune nègre congolais atteint de maladie du sommeil, isola, peu de temps avant la mort, une filaire diurne et nocturne, plus petite que la filaire ordinaire, et qu'il appela la *Filaria perstans*. C'est elle qui existe, ainsi que vous l'avez vu, dans le sang de notre malade Salomon. Sir Patrick Manson considérait naguère encore la maladie du sommeil comme une des manifestations de la filariose causée par cette *Filaria perstans*. M. J. E. A. Ferguson (3) a incriminé, de son côté, l'ankylostome duodénal.

Mais la constatation la plus importante, celle qui ouvre, on peut le dire, une ère nouvelle dans l'histoire de la maladie du sommeil, a été faite, en mai dernier, par M. Castellani (4). Cet auteur, comme je vous le signalais tantôt, a constaté la présence de trypanosomes dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang d'un grand nombre de sujets atteints de maladie du sommeil. Vous savez que les trypanosomes sont des organismes protoplasmiques appartenant au groupe des infusoires flagellés, possédant un ou plusieurs flagelles, un noyau et une membrane ondulante. Ils sont connus depuis longtemps déjà (1842) comme parasites du sang d'un grand nombre d'animaux. C'est Gruby qui leur donna le nom qu'ils portent et qui signifie « corps en tarière ». Ce sont de petits organismes fusiformes animés de mouvements très vifs. On les trouve souvent dans le sang des rats (Lewis), des oiseaux, des poissons.

Ces trypanosomes sont les agents pathogènes de trois maladies graves des animaux : le *surra* de l'Inde (Evans), le *nagana* ou maladie de la tsé-tsé de l'Afrique australe (Bruce) et la *dourine* ou maladie des reproducteurs des équidés (Rouget).

Sur 34 cas de maladie du sommeil ponctionnés pendant la vie, M. Castellani constata 20 fois la présence de trypanosomes. Comme contre-épreuve, chez 12 sujets atteints d'affections quelconques, le liquide céphalo-rachidien ne renfermait aucun de ces protozoaires.

Le parasite, dans la maladie du sommeil, ressemble aux autres trypanosomes. Il a une apparence vermiforme, une extrémité plus ou moins conique avec un flagellum à l'autre extrémité, une membrane ondulante et une vacuole. Il paraît ne point différer beaucoup du *Trypanosoma gambiense* décrit par M. Dutton (5) chez

(1) A. Bettencourt, Correia Mendes, Correia Pinto et J. Gomes de Rezende. Doença do somno. Lisbonne, 1901 et *Semaine Médicale*, 1901, p. 366.

(2) Sir Patrick Manson. Tropical diseases. Manual of the diseases of warm climates. 2e éd. Londres, 1903.

(3) J. E. A. Ferguson. The sleeping sickness. (*Brit. Med. Journ.*, 4 fév. 1899, p. 315.)

(4) A. Castellani. (*Loc. cit.*)

(5) J. E. Dutton. Preliminary note upon a trypanosome occurring in the blood of man. (*Thompson Yates laboratories report*. T. IV, 2e partie, 1902.)

l'homme. Cependant M. Castellani serait porté à croire qu'il s'agit d'une espèce nouvelle. Dans la même contrée, l'Ouganda, MM. David Bruce et David Nabarro (1) ont trouvé le parasite de Castellani dans les 40 cas qu'ils ont examinés; ils l'ont inoculé avec succès à deux espèces de singes.

M. Brumpt est arrivé à des résultats identiques (2), et chez un singe qu'il avait inoculé dans la moelle avec le liquide céphalo-rachidien d'un malade à Brazzaville, il a retrouvé, dans le sang, le *Trypanosoma Castellanii* (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 361).

Un des modes d'infection de l'homme, sinon le seul, a été signalé par M. Brumpt, le premier. D'après lui, il existe des relations étroites entre la présence de la maladie du sommeil et celle de la mouche tsé-tsé. La carte de l'habitat de la mouche et celle de la distribution géographique de la maladie se superposent. L'affection peut être constatée, il est vrai, en des points où la mouche tsé-tsé n'existe pas, mais cela tient à la longue durée de l'incubation. Ce sont des cas importés et la maladie du sommeil ne s'est jamais acclimatée là où la tsé-tsé fait défaut. Cette mouche pique fort bien l'homme, en l'absence de bétail ou de gros gibier. Ce sont les individus qui résident sur le bord des rivières qui sont le plus exposés.

Dans son dernier mémoire, M. D. Bruce signale que des singes, piqués par des mouches tsé-tsé qui avaient préalablement sucé le sang d'individus atteints de la maladie du sommeil, furent infectés, après des laps de temps assez longs (six semaines à deux mois), par des trypanosomes. Malheureusement d'autres singes, piqués par des mouches tsé-tsé prises au hasard, montrèrent également, dans leur sang, le parasite. Ces expériences manquent de précision et ne sont pas assez concluantes pour mettre hors de doute le rôle pathogène, chez l'homme, de la mouche tsé-tsé, rôle qui jusqu'à présent n'est bien connu que dans la production de certaines épizooties.

Telles sont les notions les plus récentes sur l'étiologie de la maladie du sommeil. Nous permettent-elles de conclure d'une façon définitive que nous en connaissons l'agent pathogène? Un certain nombre de médecins, Sir Patrick Manson en particulier, se refusaient à admettre le rôle spécifique du trypanosome de Castellani. Ils arguaient que ce parasite, lorsqu'il s'introduit dans l'organisme humain, donne lieu à une maladie spéciale, la fièvre à trypanosomes, fièvre décrite par M. Forde (3) et par M. Dutton, caractérisée par des œdèmes fugaces, des érythèmes polymorphes et par la présence du parasite dans le sang. Cette opinion n'était pas fondée, car une observation, que vient de publier Sir Patrick Manson lui-même, (4) démontre que la fièvre à trypanosomes peut se terminer par la maladie du sommeil. Aussi, dans la discussion qui a eu lieu à la dernière séance de l'*Epidemiological Society* de Londres (11 décembre 1903), cet auteur a-t-il déclaré que, renonçant à admettre toute relation de cause à effet entre la *Filaria perstans* et la maladie du sommeil, il croyait pouvoir attribuer celle-ci au *Trypanosoma gambiense*.

Quelles sont les lésions anatomiques que détermine la maladie du sommeil?

Les recherches les plus récentes, celles de MM. Marchoux (1), Mott (2), Broden (3), Warrington (4), Sarmento et França (5), s'accordent à démontrer qu'il s'agit d'une méningo-encéphalite diffuse. Les lésions, peu marquées macroscopiquement, sont localisées sur le système nerveux. Les autres organes ne présentent rien de spécial. La congestion des sinus et des vaisseaux de la dure-mère, qui sont gorgés de sang, l'épaississement et un état trouble de la pie-mère, surtout à la convexité du cerveau, l'augmentation de la quantité du liquide céphalo-rachidien qui est louche et très légèrement teinté de sang, voilà tout ce qu'on constate le plus ordinairement. La substance cérébrale, à la coupe, montre, mais non d'une façon constante, de nombreux petits points cruentés, un piqueté hémorrhagique.

Deux autopsies faites avec beaucoup de soin par M. Mott, à l'hôpital de Charing-Cross, ont permis de reconnaître que, microscopiquement, les lésions se bornent à une infiltration de la pie-mère et de l'arachnoïde par de jeunes cellules rondes. Les lymphatiques périvasculaires sont gorgés de lymphocytes. Les cellules du cortex sont normales, mais çà et là, dans la substance cérébrale, se trouvent de petites cellules rondes à noyaux.

Les mêmes constatations ont été faites par la commission portugaise.

La durée de la maladie du sommeil est assez courte, de trois mois en moyenne; elle peut toutefois se prolonger jusqu'à deux et trois ans. Les patients meurent généralement gâteux, paralysés, parfois avec des contractures ou des convulsions.

Souvent c'est l'inanition qui est, au fond, la cause directe de la mort, à moins qu'il ne survienne, et cela est fréquent, une pneumonie ou toute autre affection intercurrente. Nos malades, que l'on réveille pour les faire manger, qui s'endorment parfois la fourchette entre les dents, ou qui oublient d'avaler, seraient peut-être déjà morts s'ils étaient restés dans la brousse ou dans les cases de leur village. La durée de l'affection est un peu subordonnée aux soins que les patients reçoivent.

Malgré tous les soins que l'on peut donner aux individus qui en sont atteints, le pronostic de la maladie du sommeil n'est pas moins très sombre. Il survient, il est vrai, des rémissions plus ou moins longues, plus ou moins marquées, mais la mort est presque toujours la terminaison de l'affection. L'incontinence des matières fécales, annonçant le gâtisme, est un mauvais signe, précédant de quinze jours à trois semaines l'issue fatale.

Le diagnostic est en général facile. La maladie a presque toujours été observée chez les noirs, sauf un ou deux cas, relatés d'ailleurs d'une façon vague et imprécise, et concernant des missionnaires qui auraient guéri. Le fait que vient de publier Sir Patrick Manson prouve cependant que les Européens sont susceptibles de contracter eux aussi la maladie du sommeil. On cite quelques rares observations de métis de nègre, de mulâtres ayant été atteints. Le diagnostic ne se pose donc plus uniquement en présence de sujets appartenant à la race noire.

A la dernière période, si l'on se trouve sans commémoratifs en face d'un individu gâteux, atteint de paralysies ou de contractures, on peut aisément tomber dans l'erreur.

En dehors de ce cas particulier et difficile, on pourrait confondre la maladie du sommeil avec le *sommeil hystérique;* mais ici il est impossible de tirer les patients de leur torpeur, ce qui n'est pas le cas pour la maladie du sommeil, sauf tout à fait à la dernière période.

La *nona* est une forme curieuse de grippe caractérisée par un sommeil prolongé, durant une quinzaine de jours. Elle n'a été observée qu'en Europe. (Tubingue, 1718; Mantoue, 1889-1890).

Le *nélavan* n'est autre que la maladie du sommeil. Nélavan veut dire sommeil en dialecte ouolof.

Au début de la *lèpre*, les malades sont parfois pris d'envies de dormir irrésistibles. La somnolence est quelquefois aussi marquée que dans la maladie du sommeil, à ce point que certains auteurs avaient pensé à identifier les deux affections. La recherche des signes propres à la lèpre, en dehors de cette somnolence, permettra de ne pas tomber dans l'erreur.

Dans tous les cas, la ponction lombaire, avec centrifugation du liquide céphalo-rachidien et constatation des trypanosomes, peut être d'ores et déjà considérée comme le véritable critérium du diagnostic de la maladie du sommeil.

Au point de vue prophylactique, les nègres, qui croient à la contagion par la salive (il s'écoule fréquemment de la bave hors de la bouche des patients pendant le sommeil) ont recours à l'isolement, surtout durant les dernières périodes de l'affection; c'était une pratique courante parmi les trafiquants d'esclaves, au dire de Dangaix (1).

M. Hodges (2) signale que dans l'Ouganda, où la maladie est récemment apparue, les tribus chassent et exilent dans la brousse les malheureux qui en sont atteints, de crainte que les Européens ne les voient et n'expulsent en masse la tribu.

La théorie de l'infection par la mouche tsé-tsé indique très nettement quelles sont les mesures prophylactiques à prendre (3). Elles sont identiques à celles que l'on a instituées contre l'*anopheles* dans le paludisme, contre le *stegomyia* dans la fièvre jaune, et consistent à:

1° Exterminer la mouche tsé-tsé;

2° Protéger les individus sains contre ses morsures (engrillagements, etc.);

3° Soigner les malades, en les mettant à l'abri des piqûres de la mouche, de façon à éviter l'infection des mouches saines par le trypanosome.

Le contact des malades, en particulier de leur salive, devra donner lieu aux précautions hygiéniques habituelles.

Au point de vue thérapeutique, tous les traitements tentés jusqu'ici se sont montrés inefficaces. Il semblerait rationnel de tuer le parasite dans le canal médullaire, où il paraît exister en plus grande abondance, au moyen d'injections intrarachidiennes. Mais le trypanosome se trouve également dans le sang, de sorte que les essais que nous faisons en ce moment, avec différentes substances antiseptiques, ne donneront probablement pas grand résultat.

MÉDECINE PRATIQUE

De la compresse hydrothérapique appliquée sur la poitrine.

L'application locale du froid sur une partie limitée de la poitrine, au moyen de la compresse hydrothérapique, constitue un traitement simple, commode et efficace de certaines congestions

---

(1) Bruce. Report on sleeping sickness. (*Proceedings of the Royal Society of London*, juin 1903.)

(2) Aux îles San-Thomé, en particulier, ainsi que M. Biernacki me le faisait remarquer.

(3) R. M. Forde. Some clinical notes on a European patient in whose blood a trypanosoma was observed. (*Journ. of Tropical Med.*, 1er sept. 1902.)

(4) Sir Patrick Manson. Sleeping sickness and trypanosomiasis in a European; death; preliminary note. (*Brit. Med. Journ.*, 5 déc. 1903 et *Semaine Médicale*, 1903, p. 412.)

(1) E. Marchoux. Rôle du pneumocoque dans la pathologie et dans la pathogénie de la maladie du sommeil. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1899, p. 193 et *Semaine Médicale*, 1899, p. 277.)

(2) F. Mott. The changes in the central nervous systems of two cases of negro lethargy : sequel to Dr. Manson's clinical report. (*Brit. Med. Journ.*, 16 déc. 1899, p. 1666.)

(3) Broden. (*Loc. cit.*)

(4) W. B. Warrington. A note on the condition of the central nervous system in a case of African lethargy. (*Brit. Med. Journ.*, 27 sept., 1902, p. 929.)

(5) Sarmento et França. (*Rev. port. de med. e cir. prat.*, 1902.)

(1) C. Dangaix. Sur l'hypnosie ou maladie du sommeil. (*Moniteur des sciences méd. et pharmac.*, 24 août 1861, p. 787-789.)

(2) A. Hodges. Sleeping sickness and filaria perstans in Busoga and its neighbourhood, Uganda Protectorate. (*Journ. of Tropical Med.*, 1er oct. 1902, p. 293.)

(3) L. W. Sambon. Sleeping sickness in the light of recent knowledge. (*Journ. of Tropical Med.*, 1er juillet 1903.)

pulmonaires et de certains troubles cardiaques, auquel on n'a peut-être pas assez souvent recours et qui n'est pas entré dans la pratique usuelle. Les bains froids, les enveloppements froids, les lotions et les affusions froides ont été assurément employés depuis longtemps déjà dans les maladies infectieuses fébriles, dans certaines pneumonies et bronchopneumonies, et leur valeur thérapeutique n'est plus à démontrer; mais à côté de ces grands moyens dont l'application n'est pas toujours sans difficultés et même sans obstacles, il y a place, avec la compresse froide, pour un petit moyen qu'on a toujours sous la main et dont l'efficacité est souvent suffisante pour venir à bout de phénomènes morbides limités et ne réclamant pas une intervention générale et violente.

J'ai, depuis une quinzaine d'années, eu très souvent recours à la compresse hydrothérapique appliquée sur la poitrine comme mode de traitement de diverses congestions pulmonaires et j'en ai déjà signalé l'utilité dans une communication à l'Académie de médecine à propos du traitement de la grippe (1). Je voudrais revenir encore sur l'emploi de ce moyen thérapeutique que je crois très avantageux dans un grand nombre de circonstances, et en étudier succinctement les indications, le mode d'emploi et enfin l'interprétation physiologique.

I

C'est surtout dans les maladies infectieuses fébriles (fièvre typhoïde, grippe, pneumonie des vieillards, des débilités et des alcooliques, bronchopneumonies primitives ou secondaires des enfants et des vieillards) que se montrent souvent ces congestions pulmonaires à répétition, d'apparence passive, fréquemment liées à l'hypostase ou en rapport avec les poussées successives de foyers bronchopneumoniques, entraînant une dyspnée pénible et apportant une entrave sérieuse à la respiration.

Rien n'est plus commun, dans la *fièvre typhoïde*, que ces congestions pulmonaires dont les causes sont multiples : ici c'est la parésie des vasomoteurs chez des malades plongés dans l'adynamie et dont le système nerveux est profondément touché par le poison typhique; là c'est une stase sanguine dépendant de l'asthénie du cœur, que celle-ci doive être attribuée à l'altération du muscle cardiaque lui-même ou qu'elle soit imputable à un trouble de l'innervation du cœur; ailleurs c'est la bronchopneumonie à foyers diffus qui est compliquée de congestions pulmonaires mobiles et plus ou moins fugaces; ailleurs encore c'est le décubitus dorsal qui entraîne la stase du sang dans les parties déclives du poumon (et ici, soit dit en passant, il faut recommander que le malade soit souvent changé de position, au lieu de demeurer étendu sur le dos). Ces accidents sont certainement moins fréquents depuis l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde; et leur existence, loin de constituer une contre-indication à l'usage de ces bains, doit au contraire encourager à y recourir. Mais en dehors des bains ou concurremment avec eux, l'application de la compresse froide au niveau des foyers de congestion peut intervenir avec avantage : je l'ai souvent prescrite dans l'intervalle des bains, surtout quand le degré de la fièvre n'imposait pas des bains fréquemment répétés, plus souvent encore dans les cas graves où la sédation des accidents était de courte durée et où la répétition des troubles pulmonaires exigeait l'usage très fréquent des moyens de les combattre.

La *grippe* est une des maladies où l'indication de la compresse froide se présente communément, et c'est dans le cours de la grande épidémie de 1889 que j'ai commencé à faire un large emploi de ce procédé. Les congestions pulmonaires, les bronchopneumonies y sont fréquentes et souvent graves; les conditions de leur développement sont d'ailleurs analogues à celles qui viennent d'être indiquées pour la fièvre typhoïde, et nul doute que la dépression de l'innervation pulmonaire intervienne pour une grande part dans leur production. Or, parmi les moyens qu'on a coutume de leur opposer, les ventouses, les sinapismes, les vésicatoires ont, entre autres inconvénients, celui de n'avoir qu'une action très temporaire et de ne pouvoir être souvent renouvelés sans inconvénient. La compresse froide, au contraire, a une efficacité au moins équivalente et peut être répétée avec avantage autant de fois que le commande le retour des accidents.

Il en est de même dans les *bronchopneumonies*, que celles-ci soient primitives ou secondaires, développées au cours d'une maladie infectieuse telle que la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, etc. Dans ces bronchopneumonies, l'évolution ordinaire de la maladie est caractérisée par des poussées successives qui créent des foyers limités de pneumonie lobulaire plus ou moins étendus, et autour de ces foyers des congestions pulmonaires mobiles, à répétition fréquente, accompagnées d'une dyspnée intense. La compresse froide se montre encore un excellent remède pour enrayer ces poussées, d'autant plus précieux qu'on peut en renouveler l'application aussi souvent que le réclament les crises d'oppression qui s'y rattachent.

Dans la *pneumonie franche* elle-même, l'indication de la compresse froide est loin d'être rare; autour du foyer d'hépatisation, il se développe souvent une congestion pulmonaire parfois très étendue, qui peut faire croire que le foyer pneumonique est beaucoup plus grand qu'il ne l'est en réalité : nombre de fois j'ai vu l'application de ventouses ou de quelques compresses froides réduire les dimensions apparentes d'une pneumonie en peu de temps, et la diminution dans l'étendue des signes physiques était alors accompagnée d'un grand soulagement au point de vue de la dyspnée. C'est particulièrement dans la pneumonie des alcooliques, des débilités et des vieillards qu'on observe ces congestions pulmonaires péripneumoniques et que la compresse froide trouve ses principales indications.

La compresse hydrothérapique rencontre encore son emploi utile dans les congestions œdémateuses ou *œdèmes aigus du poumon* qui surviennent chez les artérioscléreux et surtout dans la néphrite interstitielle. On sait toute la gravité de ces accidents qui éclatent soudainement, amenant d'emblée une dyspnée considérable et pouvant en peu de temps entraîner la mort par asphyxie. Dès le début de la crise, on entend dans une grande étendue des poumons une pluie de râles crépitants fins, le malade expectore péniblement un liquide clair, mousseux, très albumineux, qui n'est autre que de la sérosité sanguine. Tous ces désordres indiquent clairement une fluxion violente avec irruption de la sérosité du sang dans les petites bronches ou le parenchyme pulmonaire et réclament un traitement actif appliqué sans retard. La saignée, les ventouses scarifiées sont, en pareilles circonstances, les moyens classiques dont l'efficacité est incontestée et est souvent héroïque. Mais la compresse froide trouve encore ici ses indications, soit que les accidents ne soient pas assez intenses pour imposer l'emploi de la saignée, soit que leur répétition à courts intervalles ne permette pas de renouveler aussi souvent des émissions sanguines; ou bien elle peut être employée d'urgence pendant qu'on se prépare à faire la saignée, ou encore intervenir comme moyen adjuvant. J'en ai, dans plusieurs cas de ce genre, obtenu de bons résultats, et elle a, ici comme ailleurs, le grand avantage de pouvoir être répétée aussi souvent que le retour des accidents l'exige. Je n'hésite donc pas à la recommander comme un remède utile à ajouter aux autres et pouvant quelquefois être suffisant.

Enfin, j'ai souvent aussi eu à me louer de l'usage de la compresse froide pour combattre les *hémoptysies* du début de la tuberculose pulmonaire. Ces hémoptysies, qui se répètent ordinairement à l'occasion de fluxions sanguines accompagnant les poussées fébriles, ou à la suite des chutes brusques de la pression barométrique, ou encore après des quintes de toux, cèdent souvent à l'application du froid, limitée à la partie du thorax correspondant à la région du poumon qui paraît être le siège de l'hémorrhagie; dans un grand nombre de cas, ce moyen m'a paru très efficace, et, d'autre part, je n'en ai observé aucun inconvénient. Il n'exclut pas, d'ailleurs, l'emploi des autres remèdes qui pourraient être indiqués en pareille circonstance.

A côté de ces indications majeures de la compresse hydrothérapique sur la poitrine dans les affections pulmonaires, je voudrais signaler les effets que m'a donnés l'application de cette même compresse sur la région précordiale dans certains cas de *tachycardie*. Au cours des maladies infectieuses, de la fièvre typhoïde en particulier, on observe souvent une accélération insolite des contractions du cœur, qui paraît dépendre soit d'une myocardite typhoïdique, soit d'une intoxication bulbaire avec parésie des nerfs pneumogastriques. Le diagnostic de ces deux conditions pathogéniques est loin d'être facile : il semble pourtant que, dans le cas de myocardite, on trouve en même temps un affaiblissement des systoles cardiaques et des irrégularités, tandis que, s'il s'agit de parésie des nerfs vagues, les contractions cardiaques sont seulement accélérées sans perdre leur énergie et leur régularité. C'est dans ce dernier cas que l'application du froid au devant du cœur est particulièrement efficace. On sait qu'un des effets immédiats des bains froids chez les typhoïdiques est un ralentissement marqué du pouls qui devient en même temps plus fort. Pareil effet se produit par le contact d'une compresse froide sur la région précordiale : on peut avec avantage y recourir, soit à l'exclusion des bains, quand ceux-ci ne sont pas opportuns, soit dans l'intervalle des bains, lorsque la tachycardie s'accuse et s'accompagne de sensations pénibles et de dyspnée.

J'ai quelquefois employé la compresse froide dans les crises de palpitations liées aux maladies organiques du cœur : tout en amenant une certaine sédation, il m'a paru qu'en pareille circonstance les résultats étaient peu marqués. J'y ai eu plusieurs fois recours aussi dans les crises de tachycardie liées à la maladie de Basedow; s'il est vrai que quelquefois les bienfaits ont été peu apparents, j'ai vu une fois, chez une femme atteinte de goitre exophtalmique et près de laquelle j'avais été appelé en hâte pour une crise violente de palpitations avec dyspnée inquiétante, j'ai vu, dis-je, la crise se calmer presque instantanément par l'application de quelques compresses froides au devant du cœur, et la tachycardie faire place à un fonctionnement modéré du cœur, avec disparition des sensations angoissantes et de la dyspnée.

II

Le mode d'application de la compresse hydrothérapique est très simple. Un morceau de toile ou une serviette est plié en plusieurs épaisseurs, trempé dans de l'eau froide, bien exprimé, puis appliqué sur la région où l'on veut agir; on peut le recouvrir d'une serviette sèche pliée en quatre pour préserver la chemise du malade. La compresse froide est laissée en place une demi-minute environ : déjà au bout de ce temps elle est échauffée; on la remplace par une autre préparée comme la première. Deux compresses successives, dont l'application dure en tout une minute, sont en général suffisantes; s'il convenait de prolonger l'action du froid, il faudrait changer les points d'application, parce que l'im-

(1) Ch. Fernet. La grippe et son traitement. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 13 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 90.)

pression brusque du froid qu'on recherche est vite épuisée par plusieurs applications sur la même région.

Au moment même de l'application de la compresse, le patient est vivement impressionné par le froid et peut avoir un mouvement de frisson, mais cette sensation dure à peine quelques secondes et, en réalité, elle n'est nullement pénible : quand ils ont fait l'épreuve de ce remède, non seulement les malades ne le redoutent pas, mais le plus souvent ils en demandent le renouvellement, à cause du soulagement qu'ils en éprouvent. Suivant les circonstances, on peut être amené à répéter les applications toutes les deux heures, toutes les heures et même davantage.

Dès les premiers moments de l'application, on observe un ralentissement marqué des mouvements respiratoires et une ampliation de ces mouvements, ou bien un ralentissement notable des contractions cardiaques, et en même temps le patient se sent soulagé; preuves manifestes de l'efficacité de la médication.

Il convient d'éviter l'emploi de ce traitement dans les moments où le malade est en pleine transpiration; je ne suis pourtant pas certain que cela aurait des inconvénients. Je ne connais pas d'autre contre-indication, si tant est que c'en soit une, et je n'ai jamais observé d'action nuisible imputable à ce moyen thérapeutique. Les effets en sont d'autant plus marqués que la peau est plus chaude au moment de l'application : or, la plupart des affections énumérées ci-dessus sont précisément hyperpyrétiques et dans les conditions les plus favorables à l'action du remède.

III

L'interprétation physiologique ou le mode d'action de la compresse froide appliquée sur la poitrine parait résider tout entière dans l'excitation produite par le froid sur les extrémités périphériques des nerfs sensitifs et dans une action réflexe qui s'exerce sur le nerf pneumogastrique et sur les vasomoteurs du grand sympathique. Dans ma communication à l'Académie de médecine, j'avais par erreur limité l'action réflexe au nerf pneumogastrique; il est indispensable de faire intervenir aussi le grand sympathique, qui tient seul sous sa dépendance les nerfs vasomoteurs du poumon, alors que le pneumogastrique n'étend pas son action au delà des bronches. Pour l'influence sur le cœur, il n'y a à invoquer que l'action réflexe sur le nerf pneumogastrique, dont l'excitation combat la parésie morbide de ce même nerf, cause de l'accélération anormale des contractions cardiaques.

Cette interprétation me semble assez plausible ; elle s'appuie d'ailleurs sur des faits analogues : tel celui de Duchenne (de Boulogne), concernant des crises de dyspnée et de palpitations qui survinrent chez une jeune femme à la suite d'une diphtérie grave; ces accidents guérirent par la faradisation cutanée de la poitrine au moyen de la « main électrique ». La faradisation cutanée et la compresse hydrothérapique me paraissent, en pareil cas, des moyens tout à fait semblables.

Dr Ch. Fernet,
Médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

LES ILLUSTRATIONS MÉDICALES

DU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE

MALGAIGNE

Malgaigne, dont M. Jaccoud prononçait l'éloge, mardi dernier, à l'Académie de médecine de Paris, demeure une des plus hautes figures de la chirurgie européenne au dix-neuvième siècle. On a dit, non sans apparence de raison, que sur tout autre terrain de l'activité humaine, il eût pareillement marqué son empreinte et laissé une trace profonde; il avait, en effet, l'esprit génial, la trempe rare du caractère, la volonté puissante, qui font les réformateurs.

Ce serait méconnaître le sens et la portée de son œuvre, que de ne voir en lui que l'historien. Historien, certes, il le fut, et d'une originalité incomparable; « nous n'avons pas d'histoire de la médecine et de la chirurgie », écrivait-il, à vingt-cinq ans, dans sa thèse, or, « tout homme, fût-ce un génie, qui ne remonte pas au delà de son siècle pour la science, ressemble à un vieillard qui ne se souvient que de la veille ». Et, de main de maître, il esquissait les grandes lignes du programme à remplir. Lui-même il en remplit les parties les plus difficiles et les plus obscures. Il suffit de rappeler sa mémorable Introduction à l'édition définitive des Œuvres d'Ambroise Paré, qu'il publia en 1840, ses Lettres sur l'histoire de la chirurgie, sur l'anatomie et la physiologie d'Homère, ses Etudes chirurgicales sur la Bible, son Essai sur l'histoire et l'organisation de la médecine grecque avant Hippocrate, et cet Essai sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie, pages admirables, si hautement pensées, qu'elles ne sauraient vieillir. Aucun de ces travaux « surprenants ne sent la hâte ni la négligence »; le souci de la précision, du document original, la discipline rigoureuse de l'observation de première main, qu'il veut imposer à la science, caractérisent aussi sa méthode historique. Il avait conçu de plus vastes projets; il avait réuni les éléments d'une histoire générale de la chirurgie, et c'est grand dommage que le temps lui ait manqué, pour édifier ce monument, dont il avait patiemment taillé chaque pierre.

Mais, à l'histoire, Malgaigne ne demandait pas seulement la satisfaction, toujours un peu bornée, du chercheur et de l'érudit; il ne la cultivait pas pour elle-même, mais pour les enseignements qu'il en tirait, et ces enseignements, il les fait ressortir en toute rencontre. Elle n'était pas un but, elle était un moyen, et « dans l'étude persévérante et approfondie des révolutions de la chirurgie, des origines de ses doctrines », il cherchait les bases de la réforme philosophique qu'il avait entreprise.

Cette réforme est l'essence même de son œuvre. Pour l'apprécier, il faut se reporter à l'esprit qui régnait encore, dans la science, au cours de la première moitié du dix-neuvième siècle, aux doctrines et aux méthodes qui restaient en honneur. La pensée médicale, longtemps asservie au dogme de l'autorité, ne s'était pas encore complètement affranchie, et, suivant les expressions de M. Jaccoud, « le raisonnement, l'hypothèse, voire même le culte des causes finales, s'efforçant de retarder la victoire complète et définitive de la doctrine expérimentale, s'affirmaient encore avec de choquantes audaces ». A l'autorité, au dogmatisme, Malgaigne substitua le libre examen et l'expérience, le jugement par les faits; ces faits, avant de conclure, il les veut dûment épurés par la critique la plus rigoureuse, « sincèrement classés selon les influences réellement modificatrices », et, sur ces principes, il fonde la statistique scientifique.



Joseph-François MALGAIGNE
1806-1865

Voilà la méthode qu'il a créée et défendue — et c'est le génie même de la science moderne. Cette méthode, il l'applique à toutes les branches de la chirurgie, introduisant partout, avec elle, l'ordre, la précision et la lumière, et c'est tout une rénovation qu'il entreprend. En 1834, à vingt-huit ans, il publie son « Manuel de médecine opératoire » qui, « traduit en allemand, en anglais, en italien, en russe et en arabe, a fait le tour du monde avec ses sept éditions (1), restant pendant plus de trente ans le guide et comme le bréviaire des manœuvres chirurgicales ». En 1838, il donne un « Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale » qui ne révèle point, sans doute, l'anatomiste de profession, mais dont la conception était toute neuve et originale : « Ce que j'ai essayé d'y ajouter à mon tour (à l'anatomie chirurgicale), écrit-il, c'est l'étude des organes et des tissus en action, avec toutes les ressources de l'expérimentation soit sur le cadavre, soit sur les animaux vivants. » En 1847, paraît le « Traité

(1) Deux autres éditions ont été publiées par Léon Le Fort.

des fractures et des luxations », qui reste classique.

Critique impitoyable, s'il renverse tant de théories fausses et de notions mal assises, il sait aussi construire, et les questions les plus complexes se démêlent et se simplifient, à la clarté de sa méthode : il suffit de rappeler ses travaux sur les luxations de la rotule, sur le diagnostic des fractures et des luxations de l'extrémité humérale supérieure, sur la réduction des luxations de l'épaule, sur la cataracte, sur l'orthopédie en général. Il a été le premier, en France, à pratiquer l'anesthésie générale par l'éther. Qu'on lise, d'autre part, son mémoire sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris, son rapport sur la mortalité des femmes en couche dans les hôpitaux et sur les moyens de la diminuer, et l'on sera étonné, à maintes reprises, des idées qu'il y soutient déjà. Il a introduit en chirurgie la laryngotomie (ou mieux pharyngotomie) sous-hyoïdienne, que, le premier, il a expérimentée sur les animaux et dont il a réglé la technique; ses procédés pour l'opération du bec-de-lièvre, pour l'amputation sous-astragalienne, que, le premier encore, il a exécutée en France, sont connus de tous. Enfin, à elles seules, l'invention et l'application de la griffe qui porte son nom, et aussi de la pointe destinée à maintenir le fragment supérieur du tibia dans les fractures obliques, suffiraient à témoigner de son sens pratique et de son entente du progrès : elles ne sont pas le fait d'un chirurgien livré tout entier aux spéculations philosophiques, et qui ne sait pas détourner ses regards du passé. Sans doute le temps était loin encore de la grande renaissance chirurgicale moderne, mais n'était-ce pas la préparer déjà, en quelque manière, que de rompre en visière avec l'autorité et la routine, pour ne demander qu'aux faits, à l'observation, à l'expérience, les leçons de l'avenir? « Ceux qui suivent avec quelque attention la marche de notre jeune chirurgie, écrivait-il en 1858, ne sauraient le méconnaître; le raisonnement cède de jour en jour la place à l'expérience, on rêve beaucoup moins, on observe davantage; on se méfie même déjà de l'observation personnelle trop étroite, on cherche à la rallier aux observations antérieures, et l'histoire de l'art bien appréciée reprend aussi son importance. Heureux présages qui promettent de rendre à la France le sceptre de la Science, que les défaillances de l'Académie royale de chirurgie avaient fait tomber de ses mains! »

Ces résultats furent le prix de rudes combats, dont l'ardeur n'est pas sans nous surprendre aujourd'hui; Malgaigne était bien armé pour les soutenir. Et de fait, il fut, avant tout, un esprit de lutte, un homme de lutte; il le fut dans sa vie, comme dans son œuvre.

Vosgien d'origine, fils d'un pauvre officier de santé de Charmes-sur-Moselle, il fait ses premières études médicales à Nancy; à dix-neuf ans, il est officier de santé, mais il veut remplir toute sa destinée, il vient à Paris, et la lutte commence. C'est d'abord, dans toute la force du terme, la lutte pour la vie, puis la lutte des concours, qui se poursuivra, en réalité, pendant vingt-cinq ans. Inconnu, isolé, dédaigneux de l'intrigue, il subit maintes fois l'injustice : rien n'abat sa ténacité. « Patience ! écrit-il au lendemain d'un échec, l'avenir est long et l'avenir est à moi. » En 1828, il entre au Val-de-Grâce, et, l'année suivante, il est nommé chirurgien sous-aide-major; mais il veut rester à Paris : « en tout état de cause, a-t-il écrit encore, je vivrai ou je mourrai à Paris ». Il passe sa thèse, en 1831, et il prend part à la guerre de Pologne avec le titre de médecin de division. Au retour, en 1832, il concourt à l'agrégation et aux hôpitaux : il est nommé en 1835. L'accès au professorat lui réservait d'autres déboires et d'autres luttes; à trente-quatre ans, il avait conquis, écrit M. Jaccoud, « une lointaine et brillante notoriété. On pourrait croire qu'elle devait être pour lui un titre bien recommandable dans le concours du professorat, qu'il allait affronter l'année suivante. Erreur, il n'en fut rien; pourquoi? je ne veux pas le rechercher et me borne à noter, en les déplorant, les stations de ce douloureux calvaire ». Il ne triompha que dix ans plus tard, au quatrième concours, après des joutes mémorables, qui passionnèrent l'Ecole et dont le souvenir se retrouve, vibrant encore, chez les rares survivants d'une époque déjà si lointaine de notre temps et de nos mœurs. Professeur de médecine opératoire, il enseigna, pendant quinze ans, avec un éclat et un succès qui n'ont point été dépassés; son labeur était immense, presque incroyable : il mourut à la peine, à cinquante-neuf ans; le 10 janvier 1865, il fut terrassé par l'apoplexie, sur son fauteuil présidentiel, à l'Académie de médecine, et quelques mois après, il succombait.

L'œuvre de Malgaigne n'est pas de celles que le temps effrite et ruine; son nom vivra, autant que vivra la devise qui résume ses travaux et sa vie, et qu'il avait inscrite au blason de la Société de chirurgie, à peine naissante : « Réalité dans la science, moralité dans l'art. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1903.

Opothérapie rénale dans l'albuminurie.

M. Renaut (de Lyon) donne lecture d'un travail sur ce sujet, dans lequel il relate les observations de 3 malades atteints respectivement de néphrite chronique mixte manifestement brightique, de néphrite interstitielle typique et d'albuminurie cardiaque avec rein cardiaque, chez lesquels l'emploi de la macération de reins de porc (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 89) a complètement fait disparaître l'albuminurie et ramené l'excrétion de l'urine à son taux normal.

L'administration de ce remède ne doit en aucun cas dépasser dix jours consécutifs, après lesquels on laisse reposer le patient pendant quatre ou cinq jours.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 décembre 1903.

Emission de rayons de Blondlot par l'organisme humain.

M. Aug. Charpentier. — Au cours d'expériences ayant pour but d'étudier la production et les effets des rayons de Blondlot ou rayons *n* — en recevant ces rayons dans l'obscurité sur une surface phosphorescente ou fluorescente (platino-cyanure de baryum), dont ils augmentent l'intensité lumineuse —, j'ai constaté que l'objet phosphorescent ou fluorescent s'éclairait quand on l'approchait du corps humain, et surtout d'un muscle, d'un nerf ou d'un centre nerveux en fonctionnement. On peut ainsi reconnaître la présence d'un nerf superficiel et en suivre le trajet.

Ces effets ne s'observent pas seulement au contact de la peau, mais aussi à une certaine distance; ils sont seulement moins intenses dans ce cas. Ils se produisent à travers les substances transparentes pour les rayons *n*, sont au contraire empêchés par l'interposition de substances opaques pour les mêmes radiations; enfin, ils ne sont pas dus à un dégagement de température, car l'interposition d'un écran calorifique ne les modifie en rien. Les rayons ainsi émis par le corps humain se réfléchissent et se réfractent comme les rayons *n*; ils sont réellement émis par l'organisme, et non emmagasinés par lui pendant la journée ou à la lumière, vu qu'après un séjour de neuf heures dans l'obscurité complète les phénomènes se montrent les mêmes.

Etant donné que l'intensité de ces radiations est proportionnelle à l'activité fonctionnelle du nerf ou du muscle d'où elles émanent, je crois qu'il découle de ces constatations une nouvelle méthode d'investigation applicable à la physiologie (activité musculaire et nerveuse) et même à la clinique : on peut notamment, avec quelque attention, délimiter l'aire du cœur, organe en activité musculaire presque continuelle, car un petit objet luminescent, promené dans la région cardiaque au voisinage de la peau, manifeste par ses changements d'éclat la limite et la surface de projection de l'organe étudié.

Les conditions spéciales de la circulation dans des glandes en activité.

MM. G. Moussu et **J. Tissot** adressent une note relative à des expériences effectuées sur les glandes parotides du bœuf, d'où il résulte que les recherches de Cl. Bernard, concernant la dépense énergétique des glandes en activité, sont entachées d'erreur, parce que leur auteur n'a pas tenu compte, dans le calcul des combustions intra-organiques, d'un facteur essentiel, le débit sanguin. MM. Moussu et Tissot ont en effet pu se convaincre que ce débit augmente considérablement dans la phase d'activité de la glande.

La prétendue fermentation alcoolique des tissus animaux.

M. F. Batelli envoie une note dans laquelle il dit avoir pu vérifier l'opinion de M. Cohnheim, pour lequel la fermentation alcoolique des substances sucrées, obtenue au moyen des tissus d'animaux supérieurs, ne serait due ni à une enzyme ni à une nucléo-protéide d'origine animale, mais bien à une action microbienne. Dans toutes les expériences positives, l'auteur a en effet pu constater la présence de bâtonnets très mobiles ou de cocci en chaînes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1903.

Traitement des fractures du membre inférieur.

M. Hennequin fait une communication dans laquelle il critique l'emploi des appareils dits « de marche » pour les fractures du fémur. Il fait observer que ces appareils ne permettent pas au malade de se mouvoir avec assez de facilité pour qu'il puisse reprendre ses occupations, si bien que leur utilité à ce point de vue est contestable; d'autre part, l'orateur n'est pas convaincu qu'ils aient un pouvoir de contention suffisant; enfin ils présentent le grave défaut de soustraire complètement à la vue le membre fracturé.

M. Berger. — Je ne vois non plus aucun avantage à employer, pour le traitement des fractures du fémur, les appareils de marche, et je considère l'appareil de M. Hennequin comme supérieur à tous les autres modes de traitement de ces fractures; la demi-flexion dans l'extension continue est, en effet, la position la plus favorable à la réduction de la fracture, et, d'autre part, l'appareil de M. Hennequin a le grand avantage de laisser libres les articulations du genou et de la hanche; on peut même, comme je le fais quelquefois, avoir recours au massage sans toucher à l'appareil. Les résultats que j'ai obtenus avec cette méthode ont toujours été parfaits et je n'ai jamais eu à constater un raccourcissement dont il y eût lieu de tenir compte.

Pour les fractures de jambe, je crois, au contraire, que dans les cas simples on pourrait étendre beaucoup les indications des appareils de marche, mais, pour les fractures graves, dont la réduction est souvent si difficile à maintenir, il serait dangereux, à mon avis, d'employer ce mode de traitement.

M. Tillaux. — La façon dont je réalise, depuis trente ans, l'extension et la contre-extension, dans mon appareil pour fracture de cuisse, constitue une méthode d'une extrême simplicité, facilement réalisable par tous les praticiens, et les résultats qu'on en obtient sont tout à fait satisfaisants.

Urétéro-cysto-néostomie au cours d'une hystérectomie abdominale.

M. Schwartz. — M. Le Guern (de Saint-Brieuc) nous a envoyé une observation au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Au cours d'une hystérectomie pour fibrome utérin très adhérent, notre confrère ouvrit d'abord la vessie et la sutura, puis il reconnut que l'uretère avait été sectionné au ras de la vessie; il enleva alors les fils de la suture vésicale et fit directement l'implantation de l'uretère dans la vessie; le résul-

tat de cette urétéro-cysto-néostomie immédiate a été excellent et la malade a parfaitement guéri. J'ai fait moi-même dans un cas analogue cette opération, que M. Bazy a pratiquée le premier (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 507), et c'est également à elle que M. Pozzi a eu recours chez une de ses opérées. Je crois qu'il n'y a pas d'autre conduite à tenir dans le cas de blessure de l'uretère au cours d'une hystérectomie abdominale.

Je puis vous citer à ce propos un fait dans lequel j'ai vu se produire une fistule urinaire tardive après une hystérectomie; la vessie, très fortement adhérente à la tumeur, fut largement déchirée au voisinage de l'uretère droit; je suturai la plaie vésicale et drainai par le vagin; tout se passa très bien et c'est seulement au bout de deux mois qu'un écoulement d'urine se produisit par le vagin. Je constatai à ce moment l'existence d'une fistule urétéro-vaginale, vraisemblablement consécutive à la destruction de la portion terminale de l'uretère par un petit foyer de suppuration; je dus enlever le rein correspondant et l'uretère, envahis par l'infection.

M. Legueu. — Il y a quelques années, au cours d'une ablation de fibrome utérin par la voie abdominale, je crus avoir coupé les deux uretères, et je me mis en devoir de pratiquer l'urétéro-cysto-néostomie; je reconnus alors que les deux organes canaliculés, sectionnés par moi, n'étaient pas les uretères et correspondaient probablement à des formations embryonnaires. Au cours d'une autre opération abdominale, j'eus d'abord la même impression et là encore je pus m'assurer que j'avais sectionné un conduit embryonnaire qui n'avait rien de commun avec l'uretère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 décembre 1903.

De la rétention des chlorures dans l'ascite d'origine hépatique.

M. D. Olmer (de Marseille). — J'ai fait avec M. V. Audibert des recherches sur la rétention des chlorures chez un certain nombre de sujets atteints de cirrhose hépatique avec ascite : 5 fois il s'agissait de cirrhose atrophique, 1 fois de cirrhose syphilitique, 1 fois de cirrhose hypertrophique chez un paludéen. Nous avons pu constater que la rétention des chlorures est un fait constant chez les malades en puissance d'ascite. Ce trouble d'élimination se manifeste d'abord par l'hypochlorurie très fréquente, et surtout par la rétention totale ou partielle dans l'organisme des chlorures ingérés en supplément, lesquels exercent souvent une action des plus défavorables sur la reproduction de l'épanchement. Il va sans dire que nos patients étaient exempts de diarrhée tout aussi bien que d'imperméabilité rénale; la rétention des chlorures était donc chez eux réelle, et d'origine hépatique.

D'autre part, le liquide ascitique est très riche en chlorures : nous avons analysé 12 épanchements, et dans tous le taux de ces sels a varié entre 6 et 7 gr. ‰, ce qui représente une quantité considérable de chlorures pour une ascite de 12 ou 13 litres. Cela étant, on peut admettre que les chlorures non éliminés s'accumulent dans la cavité péritonéale où ils sont en quelque sorte appelés par les conditions défectueuses de la circulation, et où ils attirent l'eau nécessaire à leur dilution. Cependant, ce n'est pas exclusivement dans cette cavité qu'ils sont retenus, car tel malade, après l'ingestion de 100 grammes de chlorure de sodium en dix jours — sans que le taux des chlorures urinaires se fût sensiblement accru — ne présentait que 58 grammes de ces sels dans son épanchement.

En tout cas, il résulte de nos recherches qu'on ne saurait établir, au point de vue des phénomènes de rétention chlorurée, un parallèle absolu entre les œdèmes mécaniques et les œdèmes dyscrasiques : l'action du chlorure de sodium ne se manifeste jamais, dans les cirrhoses, avec la précision et la régularité qui la caractérisent chez les brightiques; c'est que le fait primordial, chez les cirrhotiques, n'est pas la rétention des chlorures, comme dans le mal de Bright, mais bien l'obstacle à la circulation porte. Aussi comprend-on que chez eux la cure de déchloruration, si elle est parfois utile, ne constitue cependant qu'un moyen adjuvant.

Extraction d'un corps étranger des voies aériennes par la bronchoscopie inférieure après trachéotomie.

M. Lermoyez présente un jeune homme qui avait avalé un clou, lequel s'était arrêté au niveau de la septième côte dans une division de la bronche droite. On essaya d'extraire le corps étranger par les voies naturelles au moyen de la bronchoscopie supérieure directe, mais on ne réussit, après plusieurs séances, qu'à l'enfoncer un peu plus dans la bronche. En présence de cet insuccès, on eut recours à la bronchoscopie inférieure après trachéotomie : grâce à ce moyen, l'extraction du clou put être pratiquée avec un électro-aimant et la guérison eut lieu sans incident. Actuellement, le malade respire et parle à haute voix comme avant son accident.

A l'occasion de ce fait, l'orateur relate l'observation d'une femme qui avala, il y a cinq ans, un noyau de prune. Ce corps étranger s'était fixé dans la bronche gauche et toutes les tentatives pour en amener le rejet direct ayant échoué, on eût recours au cathétérisme des bronches après trachéotomie. Ces différentes manœuvres échouèrent complètement et la malade succomba à une bronchopneumonie.

On voit, par le rapprochement de ces deux cas, les grands progrès réalisés dans le traitement des corps étrangers des voies aériennes par la bronchoscopie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 décembre 1903.

La dissociation de la perméabilité rénale pour le chlorure de sodium et l'urée dans le mal de Bright.

MM. Widal et **Javal.** — En faisant le bilan de l'azote ingéré et excrété chez des brightiques soumis alternativement à la chloruration et à la déchloruration, nous avons constaté que, dans le cours de la maladie, la rétention des chlorures n'entraînait en général aucune rétention d'urée. L'élimination des chlorures et celle de l'urée paraissent être indépendantes l'une de l'autre.

C'est ainsi qu'à la période terminale du mal de Bright, certains patients ont une imperméabilité rénale presque complète pour le chlorure de sodium, et au contraire une perméabilité intacte pour l'urée et les phosphates. Lorsqu'ils se cachectisent, ils peuvent rendre des quantités d'urée de beaucoup supérieures à celles qu'ils devraient éliminer d'après leur alimentation. Nous avons observé entre autres un brightique qui, avec une alimentation très peu azotée devant fournir environ 10 grammes d'urée, en rendit 28 grammes par jour en moyenne pendant seize jours. Cette fonte musculaire n'entraîna pas la disparition des œdèmes, car le malade avait une imperméabilité tellement accentuée pour le chlorure de sodium qu'il n'en excrétait que 0 gr. 39 centigr. par jour dans ses urines.

Le bilan de l'azote, chez les brightiques en état de chlorurémie, permet de se rendre compte des progrès de la cachexie; mais c'est le bilan des chlorures qui donnera toujours les indications les plus utiles sur l'évolution de l'affection.

En effet, l'imperméabilité rénale pour le chlorure de sodium varie pour chaque malade, et chez le même malade pour chaque période de la maladie; au contraire, la perméabilité pour l'urée ne présente pas les mêmes variations : elle est, en général, conservée aux différentes périodes du mal de Bright, même lorsque le rein est presque imperméable au chlorure de sodium.

Effets de la tuberculine injectée immédiatement après l'infection tuberculeuse.

M. Marmorek. — On admet généralement que la réaction de la tuberculine ne se manifeste que dans un organisme renfermant des lésions anatomiques tuberculeuses, si minimes soient-elles.

Envisageant la tuberculine autrement que nos prédécesseurs, nous lui attribuons le rôle d'un réactif qui, mis au contact des bacilles, les détermine à sécréter une nouvelle toxine, laquelle est la cause de l'action fébrile et des autres phénomènes. D'après cette thèse, seule la présence du bacille est indispensable, et la lésion histologique proprement dite n'est plus nécessaire pour la production de la « tuberculine-réaction », car celle-ci a lieu aussitôt que la tuberculine touche les bacilles.

Il devient alors évident que le facteur « temps », à savoir le délai nécessaire pour la formation de la lésion histologique, perd son importance. Il doit donc être possible d'obtenir une réaction par l'action de la tuberculine sur des bacilles injectés quelques minutes auparavant.

On injecte 1 c.c. d'une émulsion légèrement opalescente de culture de bacilles sous la peau de cobayes de taille moyenne, puis quinze minutes après 0 c.c. 3 de tuberculine brute, dose qui à elle seule ne produit aucun effet notable sur l'animal sain. La température de l'animal ainsi préparé commence à monter peu de temps après l'inoculation de la tuberculine et atteint dans trois à cinq heures 40°; elle peut s'élever même au delà. Si même on a injecté une dose plus forte de bacilles, l'animal meurt intoxiqué le lendemain ou quelques jours après.

Pour pouvoir bien nettement produire la réaction fébrile ou même la mort par intoxication, il faut d'ailleurs proportionner le nombre de bacilles et la dose de tuberculine à la taille de l'animal.

En continuant nos recherches, nous avons pu constater qu'il y a un optimum pour l'intervalle nécessaire entre l'incorporation du bacille et celle de la tuberculine. Il semble varier entre quinze minutes et une heure ou une heure et demie, selon les doses employées. La réaction se manifeste difficilement et très faiblement après un intervalle de plusieurs heures, et elle fait entièrement défaut si l'on injecte la tuberculine vingt heures après les bacilles. Ce dernier fait semble prouver que les leucocytes, qui à ce moment-là ont eu déjà le temps d'englober complètement les bacilles, forment une barrière infranchissable, protégeant les bacilles enfermés dans leur intérieur contre l'action de la tuberculine.

De la réaction agglutinante dans l'ictère.

MM. Gilbert et **Lippmann.** — Nous avons recherché la réaction agglutinante dans le sérum d'une trentaine de malades atteints d'ictère d'intensité variable et d'origines diverses. Chez 2 de ces sujets seulement nous avons obtenu une séroréaction positive, et cela en dehors de tout antécédent de dothiénentérie. Nous basant sur l'histoire clinique de ces patients d'une part, et, d'autre part, sur l'absence — expérimentalement constatée — de tout pouvoir agglutinant dans la bile à l'égard de divers microbes, en particulier du bacille d'Eberth, nous croyons pouvoir conclure de ces recherches que, contrairement à l'opinion soutenue par un certain nombre d'auteurs, le passage dans le sang des éléments de la bile ne peut en aucun cas être incriminé comme la cause de la réaction agglutinante. La teneur en bile du sérum sanguin, aussi élevée soit-elle, n'exerce pas d'influence sur la production de ce phénomène. La latence de certaines infections typhoïdiques du tube digestif, si souvent appelées embarras gastriques, et l'envahissement fréquent des voies biliaires par le bacille d'Eberth, permettent une tout autre interprétation des faits d'agglutination dans l'ictère : dans tous ces cas, il s'agit d'une réaction vraiment spécifique, relevant de la nature éberthienne de l'infection biliaire.

Des lésions radiculaires de la moelle dans les cas de tumeurs cérébrales.

M. Nageotte. — Les lésions médullaires, dans les cas de tumeurs du cerveau, ressemblent à celles du tabes, d'abord parce qu'elles sont radiculaires, ensuite parce qu'elles débutent par la portion intramédullaire pour envahir ultérieurement la portion extramédullaire jusqu'au ganglion, et, enfin, parce qu'elles sont sous la dépendance d'un foyer inflammatoire de névrite transverse.

Ces lésions diffèrent cependant des altérations tabétiques, car tout en étant radiculaires elles ne sont pas systématiques, c'est-à-dire qu'elles frappent en même temps toutes les catégories des fibres radiculaires; en outre, la lésion inflammatoire du nerf radiculaire ne se relie pas à une méningite généralisée, et n'offre pas les caractères essentiels du syphilome, des lésions vasculaires et en particulier des phlébites.

Toutefois, on peut avoir affaire à des faits mixtes, où la lésion primitive est syphilitique, comme dans le tabes, et où la dégénérescence secondaire est asystématique, comme dans les cas purs de lésion radiculaire par tumeur cérébrale. Ces altérations sont le résultat d'une association morbide.

Eosinophilie due à la Filaria loa.

MM. Wurtz et **Clerc.** — Chez une jeune femme ayant séjourné au Congo pendant plusieurs années, nous avons vu se développer des œdèmes douloureux et fugaces siégeant aux jambes, aux poignets et aux mains. En même temps on constata, sous la conjonctive et plus tard au niveau du frein de la langue, la présence d'un petit ver blanc filiforme en forme d'S, ressemblant à la *Filaria loa* et qui disparut sans pouvoir être extrait. L'examen du sang décela l'existence d'une éosinophilie intense atteignant le taux de 53 %.

Hémorrhagie des couches optiques et signe de Babinski.

M. Froin dit que, chez 4 malades ayant succombé à une hémorrhagie cérébrale limitée à la couche optique avec inondation ventriculaire et sous-arachnoïdienne, la recherche du phénomène des orteils a montré que ce signe existait seulement du côté de la lésion cérébrale et faisait, au contraire, défaut du côté paralysé.

M. Bosc (de Montpellier) adresse une note relative à la similitude des altérations spécifiques du poumon chez les hérédo-syphilitiques avec les lésions de la clavelée.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 19 décembre 1903.

Traitement de la tuberculose laryngée par l'insolation du larynx.

Dans la séance du 17 décembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. I. Sorgo** a montré un homme de vingt-quatre ans, atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée. A l'examen du larynx on constatait une rougeur et un gonflement des cordes vocales, une ulcération de l'une des cordes et deux tumeurs tuberculeuses de la paroi laryngée antérieure.

Ce malade fut soumis à l'insolation du larynx depuis le 21 août jusqu'au 29 octobre, en tout pendant vingt-six heures en trente-deux séances, chaque séance durant jusqu'à une heure. Au début, c'est le médecin traitant qui « laryngoscopait » le malade à la lumière solaire. Plus tard, le patient pratiquait lui-même le traitement en dirigeant dans son larynx la lumière solaire réfléchie par un miroir laryngoscopique.

Ce moyen thérapeutique a fait disparaître la rougeur des cordes vocales, l'ulcération et les tumeurs tuberculeuses, et amené une diminution de l'infiltration; il n'a dû être interrompu qu'en raison de la saison.

Le même traitement a échoué dans un cas de syphilis laryngée.

Tachycardie paroxystique avec dégénérescence du pneumogastrique.

M. H. Schlesinger a relaté l'observation d'un homme qui souffrait d'accès de tachycardie typique. Ce malade étant mort subitement, l'autopsie révéla que le nerf pneumogastrique, dans sa partie thoracique, était comprimé par des ganglions lymphatiques tuberculeux. La partie comprimée était grise, et le microscope y fit reconnaître des lésions analogues à celles que présente le nerf optique dans la sclérose en plaques : altération du tissu interstitiel, atrophie des fibres nerveuses et des cylindraxes.

Ce serait là le premier cas de tachycardie paroxystique où l'on rencontrerait des lésions organiques du système nerveux.

Anévrysme faux de l'artère poplitée à la suite d'une exostose.

Dans la séance du 18 décembre de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. von Statzer** a montré un homme de vingt-six ans, chez lequel une exostose du fémur, d'origine traumatique, avait perforé l'artère poplitée et donné lieu à la production d'un anévrysme faux du volume du poing. La résection de la poche anévrysmale amena la guérison.

M. Weinlechner relate une observation analogue, concernant un homme qui avait de nombreuses exostoses congénitales dans diverses régions. Une de ces productions éroda les tuniques de l'artère fémorale, d'où anévrysme; celui-ci se rompit pendant le travail et détermina un anévrysme secondaire, qui nécessita l'amputation de la jambe.

M. Haberer a présenté la statistique d'exclusions de l'intestin pratiquées par M. von Eiselsberg; cette statistique, qui a fait l'objet d'une communication au dernier Congrès français de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 344), comprend actuellement 52 exclusions latérales avec 13 décès, 8 unilatérales avec 1 mort et 14 totales avec 3 décès.

Dr SCHNIRER.

LETTRES D'AMÉRIQUE

Conclusions d'un voyage médical aux Etats-Unis.

Arrivé au terme des articles que j'étais chargé de rédiger pour renseigner les lecteurs de ce journal sur l'Amérique médicale, tant au point de vue scientifique que professionnel, je ne saurais me dispenser de jeter un coup d'œil rétrospectif, envisageant d'une manière générale et synthétique les questions que j'ai étudiées : après avoir traité ces questions pour ainsi dire au jour le jour, suivant les hasards d'un itinéraire dont le tracé était subordonné à la nécessité de voir le plus de choses possible dans le courant d'une année, il ne me paraît pas inutile de fondre le tout en un tableau où les détails, nécessaires dans une analyse fidèle et minutieuse, n'empêchent pas l'impression générale de se dégager; cet essai de synthèse est d'autant plus légitime que, malgré leur hétérogénéité, les sujets traités n'en sont pas moins étroitement connexes de par l'unité de l'idée directrice qui a guidé notre enquête aux Etats-Unis, à savoir de faire connaître de ce côté-ci de l'Atlantique ce que sont les médecins et la médecine en Amérique.

Au point de vue de la science médicale, les préférences de l'Américain vont, il faut le reconnaître, à la chirurgie. Assurément, les progrès réalisés dans ce domaine au cours des dernières années sont pour beaucoup dans ces préférences. Ce facteur ne suffit pas cependant pour expliquer une telle prédilection, puisque les progrès de la chirurgie ont été les mêmes dans les différents pays civilisés. Il faut encore tenir compte d'un autre élément : c'est que la chirurgie contemporaine convient admirablement au caractère national de l'Américain des Etats-Unis. Comme lui, elle est active, entreprenante, souvent audacieuse. Ainsi s'explique qu'en Amérique les meilleurs esprits se dirigent vers la chirurgie : assurément, on y rencontre des médecins distingués, voire même éminents. Mais combien sont-ils, comparés à ces chirurgiens dont les dernières années ont vu surgir le groupe compact?

D'ailleurs, même en chirurgie, l'attention générale se concentre volontiers sur certaines questions d'un intérêt pratique plus immédiat, notamment sur les questions de technique et de procédés opératoires. Le fait est frappant pour qui suit pendant un certain temps un service important de chirurgie aux Etats-Unis. Il saute aux yeux d'une façon encore plus évidente lorsqu'on consulte le programme d'un Congrès américain de chirurgie ou que l'on assiste aux travaux de ses séances. Pour ma part, j'ai eu deux fois l'occasion de m'en rendre compte : d'abord au Congrès de l'*American Medical Association* à la Nouvelle-Orléans, ensuite lors du *Congrès des médecins et chirurgiens américains* qui se tint à Washington. Dans l'une comme dans l'autre de ces réunions, presque toutes les discussions importantes ont tourné autour des questions de technique opératoire.

Ce n'est pas que les Américains aient beaucoup innové en la matière. En réalité, on est, aux Etats-Unis, trop pressé pour avoir le temps de chercher soi-même. On préfère emprunter à autrui; c'est en partie pour cela que l'Américain est constamment en voyage : non qu'il s'agisse toujours de voyages d'agrément, mais il va voir ce que font les autres et s'en instruire. Comme il n'est inféodé à aucune école et qu'il a de naissance un caractère pratique assez bien pondéré, il sait « en prendre et en laisser » à propos, et c'est en cela que réside le mérite particulier de l'Américain : il discerne remarquablement bien ce qu'il faut retenir, comment il faut modifier tel procédé ou le combiner avec tel autre.

Pour les questions de laboratoire, il en est de même. J'ai signalé l'engouement qui depuis quelque temps se manifeste en Amérique pour cette sorte de travaux. Encore faut-il reconnaître que bien rares sont les laboratoires où l'on exécute des recherches réellement originales. Le plus souvent, on s'empare d'un travail fait à l'étranger — et il m'a semblé qu'on s'en emparait souvent avec bien peu d'esprit critique —, on le généralise et l'on part en guerre tout comme si les idées soutenues dans ce travail — idées qui parfois n'ont été émises qu'à titre hypothétique ou sont encore fort sujettes à caution — étaient parfaitement prouvées et définitivement acquises à la science.

On ne peut plus dire à l'heure actuelle, ce qui eût été exact il y a une quinzaine d'années, qu'il n'y a pas de médecine spécifiquement américaine. Celle-ci existe incontestablement avec ses caractères propres, qui découlent euxmêmes des qualités natives de l'Américain. Toutefois cette médecine américaine n'a pas une vie autonome, indépendante. C'est un greffon dont la vitalité dépend de l'arbre auquel on l'a soudé. La médecine américaine n'a guère créé de méthodes qui lui appartiennent en propre, mais elle a apporté des perfectionnements quelquefois importants à des méthodes ou à des procédés que le génie d'autres nations avait mis au jour. Ces nations sont celles de l'ancien monde, notamment l'Angleterre — à cause de la langue —, la France et l'Allemagne. C'est de ces pays surtout que l'Amérique médicale est tributaire; jusqu'ici, elle n'a pas su s'en affranchir.

Voilà qui explique que chaque année nos confrères américains envahissent en masse les hôpitaux d'Europe. C'est un pèlerinage qu'il est indispensable pour eux d'entreprendre. Il est d'ailleurs peu probable qu'il se produise de sitôt un courant en sens inverse. Assurément, on trouverait en Amérique, du moins en ce qui concerne certaines branches, comme par exemple la chirurgie, un état de choses supportant la comparaison avec ce qu'il y a de mieux chez nous. Mais il est permis de douter que ce soient là des raisons suffisantes pour créer, en médecine, cette « poussée vers l'Ouest » dont parlent les augures.

De nombreux et importants progrès ont été réalisés depuis quelques années dans le domaine de la médecine aux Etats-Unis. Plus encore restent à accomplir. J'ai eu l'occasion, à diverses reprises, de signaler combien la clinique y était délaissée. Or, il s'agit là du fondement essentiel de la pratique de notre art. C'est un enseignement que nos confrères américains savent ne pouvoir se dispenser de chercher en Europe et notamment en France. Aussi cette situation assure-t-elle à nos établissements d'instruction médicale une clientèle nombreuse et studieuse, tout comme d'autres pays attirent ceux qui sont avides de tel ou tel enseignement spécial, les travaux de laboratoire, par exemple.

Ainsi donc, le courant établi, dans le domaine de la médecine, entre le nouveau et l'ancien monde ne peut être pour le moment qu'unilatéral, allant de l'Amérique vers l'Europe : l'heure n'a pas encore sonné pour un échange basé sur une stricte réciprocité. Mais il est à supposer qu'un jour cette heure viendra, car l'impression qui domine, parmi les souvenirs que laisse un voyage d'exploration dans l'Amérique médicale, est celle d'un travail incessant, d'une énergie inlassable, de progrès constants et rapides. Ce sont ces facteurs qui ont assuré le développement pris par les Etats-Unis dans le monde au point de vue économique. Ce sont eux aussi qui permettent de prévoir ce qu'un jour, peut-être prochain, sera la médecine américaine.

Dr FRANCIS MUNCH (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

La fièvre jaune; rapport de la mission française, par MM. Marchoux, Salimbeni et Simond.

Au cours de la mission dont ils avaient été chargés par le gouvernement français pour faire à Rio-de-Janeiro une étude de la fièvre jaune, notamment pour y soumettre à une épreuve critique les constatations de la Commission militaire américaine de la Havane concernant le rôle du *Stegomyia fasciata* dans la transmission de la maladie, MM. Marchoux, Salimbeni et Simond ont entrepris une série d'essais de vaccination sur l'homme, qu'ils résument dans le présent mémoire.

Dans une première expérience, ils ont injecté à un homme, chez qui 10 c.c. de sérum virulent chauffé pendant dix minutes à 55° n'avaient déterminé huit jours auparavant aucun phénomène infectieux, 1 c.c. de sang provenant d'un cas grave de fièvre jaune au troisième jour de son évolution; douze jours et deux heures plus tard, cet homme commençait une fièvre jaune légitime, mais remarquablement bénigne. Deux autres sujets — après avoir également été soumis à des injections successives de sérum virulent « inactivé » par un chauffage de durée variable, lesquelles n'avaient non plus entraîné aucune réaction — reçurent sous la peau l'un 1 c.c., l'autre 0 c.c. 1 du sérum provenant d'un cas mortel au troisième jour. Celui qui avait reçu 1 c.c. de sérum eut au bout de huit jours et cinq heures une fièvre jaune qui se liquida par quatorze heures de fièvre. L'autre n'eut aucun symptôme d'infection (1).

De ces expériences, il semblait résulter que les qualités préventives d'un sérum virulent chauffé sont d'autant plus manifestes que le chauffage a été moins prolongé. D'autre part, comme dans les deux expériences citées en dernier lieu, les deux sujets avaient tout d'abord subi des injections d'un sérum chauffé assez longtemps (pendant vingt minutes), on aurait pu croire que ces injections préalables avaient préparé l'organisme et que c'est là ce qui avait empêché la réaction de se produire lors des injections ultérieures. En réalité, il n'en est rien, car dans une expérience de contrôle un homme inoculé d'emblée avec 1 c.c. de sérum provenant d'un cas bénin au premier jour de la maladie, et chauffé cinq minutes seulement à 55°, n'a présenté aucune variation de température.

L'agent pathogène de la fièvre jaune semble passer plus facilement à travers une bougie de porcelaine Chamberland que les substances préventives (anticorps) dont on doit admettre l'existence dans le sérum des amariliques. Du moins, les auteurs du présent rapport ont-ils observé que du sérum provenant d'un cas léger provoque une attaque plus grave quand il a été filtré que lorsqu'il ne l'a pas été, et cette expérience, renouvelée deux fois, a fourni deux fois le même résultat. Une bougie très fine paraît cependant retenir le microbe : l'injection du sérum d'un cas grave au commencement du deuxième jour, sérum filtré dans ces conditions, n'a donné lieu à aucune réaction appréciable.

Poursuivant leurs recherches en vue de trouver un procédé d'immunisation, MM. Marchoux, Salimbeni et Simond tentèrent de créer une maladie atténuée en déposant une grosse goutte de sérum virulent desséché sur une écorchure de la peau produite par un grattage qui intéressait l'épiderme sur une surface d'un centimètre carré. Le résultat fut négatif dans deux expériences différentes; il ne semble donc pas qu'une pareille voie permette d'inoculer la maladie.

Il suffit de quarante-huit heures pour tuer le germe de la fièvre jaune quand on le conserve dans le sérum à l'obscurité et à la température du laboratoire (24°-30°). C'est ainsi que 0 c.c. 1 du sérum virulent prélevé sur un cas grave au premier jour — et traité de la sorte — a été incapable de transmettre l'affection, alors qu'à l'état frais cette dose eût été parfaitement suffisante, d'après les expériences que nous avons relatées ci-dessus. Au contraire du sérum, le sang défibriné, conservé dans des conditions analogues, c'est-à-dire à l'obscurité et à la température du laboratoire, est encore actif le cinquième jour et ne perd ses propriétés virulentes que le huitième jour.

Pour savoir combien de temps le germe de la fièvre jaune persiste dans le sang, les auteurs du présent rapport ont injecté à 3 hommes des quantités variables de sérum provenant de cas plus ou moins graves. Aucun d'eux n'ayant été malade, on peut en conclure que le microbe a disparu du sang de l'amarilique dès le quatrième jour.

Les propriétés préventives, avec lesquelles la disparition des microbes dans le sang doit avoir une certaine corrélation, se conservent pendant un laps de temps assez prolongé et se manifestent même dans le sérum des convalescents.

Ajoutons que les essais thérapeutiques tentés par MM. Marchoux, Salimbeni et Simond avec du sérum de convalescent n'ont pas été très heureux, puisque sur 11 expériences leur statistique accuse 4 insuccès. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, novembre 1903.) — F. M.

(1) Ce même sujet s'est d'ailleurs montré, par la suite, réfractaire à de nouveaux essais d'inoculation.

Myxœdème opératoire survenu à la suite de l'extirpation des deux mamelles hypertrophiées chez un homme, par M. Djémil-Pacha.

S'il est vrai que la thyroïdectomie totale donne généralement lieu au développement de la cachexie strumiprive, on connaît cependant des cas où cette intervention n'a été suivie que d'accidents myxœdémateux légers et curables. On admet d'ordinaire qu'en pareille occurrence l'évolution de la cachexie strumiprive a été entravée par le développement des glandes accessoires para-thyroïdiennes ou par la suppléance d'autres organes. L'observation relatée par M. Djémil-Pacha, et qui paraît unique en son genre, constituerait en quelque sorte une preuve directe de la possibilité de cette suppléance.

Un jeune homme de dix-huit ans, de forte constitution et exempt de toute altération du corps thyroïde, fut admis à la clinique chirurgicale de Constantinople pour une hypertrophie gênante et douloureuse des deux seins, laquelle avait débuté trois ans auparavant. Au fur et à mesure que les glandes mammaires devenaient plus grosses, les testicules diminuaient de volume, la voix devenait plus aiguë et prenait le timbre de la voix féminine, en même temps que les forces génitales s'éteignaient. A l'examen, on constata que les seins s'étendaient à 15 centimètres au-dessous de leur insertion, le mamelon engorgé, entouré d'un aréole, ressemblant à s'y méprendre à celui d'une femme enceinte. Par la pression exercée sur les deux glandes, on obtenait un liquide rappelant le lait. Il n'existait aucune altération des téguments de la face ni des membres supérieurs et inférieurs; l'examen du cou ne dénotait ni goitre, ni aucune autre lésion. On ne trouva, d'autre part, rien d'anormal du côté des appareils circulatoire et respiratoire, pas plus que du côté des reins.

Sur l'insistance du malade, l'auteur procéda à l'ablation des deux seins. A droite, il y eut réunion par première intention, tandis qu'à gauche la plaie suppura pendant quelque temps. Au bout de deux mois, l'opéré, complètement guéri, quitta l'hôpital. Mais, quatre mois après l'intervention, il fut pris d'une faiblesse des extrémités supérieures et inférieures; la marche devint fatigante, en même temps que le patient gagnait de l'embonpoint. Un mois plus tard, on constata l'existence d'un état œdémateux s'étendant à toute la face et particulièrement accentué aux paupières, aux lèvres et aux narines. Le visage, d'une pâleur cireuse, était bouffi et arrondi. Les extrémités et l'abdomen étaient également le siège d'un gonflement œdémateux, sur lequel la pression du doigt ne laissait pas l'empreinte propre aux œdèmes cardiaques et rénaux : il s'agissait d'un faux œdème, dur et élastique. Les urines, analysées à plusieurs reprises, ne contenaient pas d'albumine. Le malade se tenait immobile et taciturne. Sa torpeur cérébrale et physique, jointe aux troubles trophiques, ne laissait aucun doute sur la nature de l'affection : on se trouvait en présence d'un cas manifeste de myxœdème. Malgré la médication thyroïdienne, les accidents myxœdémateux allèrent en progressant et, six mois après l'opération, le patient finit par succomber. L'autopsie ne put être faite.

M. Djémil-Pacha estime que les troubles morbides en question doivent être mis sur le compte de l'amputation des deux seins. L'hypothèse d'un myxœdème acquis, spontané des adultes paraît d'autant moins plausible que, dans les antécédents du malade, rien ne faisait prévoir l'apparition prochaine de ce syndrome, qui habituellement s'installe, d'ailleurs, d'une manière progressive. Le fait que les accidents débutèrent brusquement, peu de temps après l'intervention, et eurent une évolution rapide, milite au contraire en faveur du diagnostic de myxœdème *opératoire*.

Reste à savoir si l'ablation des seins a joué le rôle d'un simple coup de fouet dans l'apparition des phénomènes morbides, qui auraient pu tout aussi bien être provoqués par n'importe quelle autre opération chirurgicale, ou si elle a, au contraire, été la cause directe du myxœdème, comme l'est, en général, la thyroïdectomie totale. L'auteur serait plutôt porté à admettre la seconde hypothèse, qui supposerait, en l'espèce, l'existence d'une relation étroite entre le corps thyroïde et l'hypertrophie des glandes mammaires, celles-ci ayant probablement rempli, chez le malade dont il s'agit, les fonctions de la glande vasculaire sanguine en question. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.) — L. CH.

Recherches sur la généralisation du bacille diphtérique, par M. E. Zacchiri.

S'il est vrai que le plus souvent, dans l'angine diphtérique, tout est terminé quand la gorge s'est détergée, on sait que parfois au contraire la localisation pharyngée n'est que la première étape de la maladie : le germe infectieux primitivement fixé au niveau de la gorge, d'où il a disparu soit spontanément, soit sous l'effet du traitement, ne tarde pas à envahir tout l'organisme, produisant des accidents toxiques trop souvent mortels. C'est à l'étude clinique et bactériologique de ces phénomènes « post-membraneux » que M. Zacchiri consacre sa thèse inaugurale, en se basant sur 20 observations recueillies dans le service de M. Barbier, à l'hôpital Hérold.

Relativement à leur date d'apparition, ces manifestations de la généralisation de l'infection diphtérique sont d'ordinaire assez précoces, et dans la grande majorité des cas c'est du premier au cinquième jour après la disparition des fausses membranes qu'elles se déclarent; mais il n'en est pas toujours ainsi, car l'auteur les a vues débuter une fois au dixième, et une fois au seizième jour.

Ce qui ouvre généralement la scène morbide, à ce « deuxième acte » de l'affection, c'est un état d'abattement du petit malade — que l'on considérait déjà comme un convalescent — avec pâleur de la face; fréquemment du refroidissement des extrémités, de la cyanose des lèvres surviennent ensuite, témoignant d'une gêne des fonctions circulatoires, que traduisent aussi, mais plus rarement, des troubles cardiaques (assourdissement des bruits du cœur, bruit de galop, tachycardie avec embryocardie, ou, au contraire, ralentissement des battements, etc.), et ce sont là des signes d'un pronostic presque fatal; d'une grande importance au point de vue du diagnostic est l'accélération du pouls : redescendu à 100 ou à 90 après la guérison de l'angine, il remonte à 120 ou 130, voire à 150 et 160, contrastant avec la température qui demeure normale ou s'élève à peine; moins souvent une dyspnée *sine materia* ou des vomissements sans motif plausible déposent également en faveur d'une action toxique s'exerçant sur le bulbe. Citons encore, comme autres phénomènes parfois observés, l'anorexie, la diarrhée, etc., etc.

Ces diverses manifestations peuvent être réparties en deux groupes : aux unes, moins graves et plus précoces (abattement, accélération persistante du pouls), convient le qualificatif de « petits accidents » post-membraneux; elles révèlent l'imminence du danger et, si on n'y obvie, sont bientôt suivies des « grands accidents » (vomissements, troubles respiratoires et cardiaques). Au total, le pronostic est loin d'être favorable : la mort survient dans plus de la moitié des cas (12 fois sur 20); c'est en moyenne

trois jours après le début de la période post-membraneuse que l'issue fatale se produit.

Dans les faits de ce genre, il est fréquent, à l'autopsie, de trouver le bacille de Löffler dans divers organes, notamment dans le bulbe : sur 7 cas que M. Zacchiri a examinés bactériologiquement, il a décelé 5 fois ce microorganisme dans le bulbe, associé au streptocoque. Les recherches faites pendant la vie ne permettent pas d'isoler l'agent pathogène du sang; il est donc probable que c'est par les voies lymphatiques qu'il se dissémine.

L'existence de ces foyers löffleriens secondaires, en rendant compte de la pathogénie des accidents post-membraneux, indique par là même quelle est la thérapeutique qu'il convient de leur appliquer : une injection de sérum faite dès l'apparition des « petits accidents » suffira souvent pour assurer la guérison, mais une seconde ou une troisième seront parfois nécessaires; quant aux doses, on les fixera en se basant moins sur l'âge de l'enfant que sur la gravité des phénomènes d'intoxication. (*Thèse de Paris*, 1903.) — F. F.

Forme exceptionnelle de lithiase vésicale; incrustation de la muqueuse par l'acide urique, par M. Rafin.

On connaît bien les dépôts phosphatiques qui se forment parfois sur les parois vésicales, mais on n'aurait pas publié jusqu'ici de cas où l'acide urique ait été la cause de ces incrustations, ainsi que M. Rafin a été à même de l'observer chez une jeune femme de vingt et un ans, qui, au moment où il lui fut donné de l'examiner, offrait depuis une vingtaine de mois des mictions fréquentes, sanglantes et quelque peu douloureuses.

La cystoscopie révéla que la cavité vésicale était petite (40 grammes de capacité) et avait une muqueuse rouge et œdématiée, parsemée en divers points — notamment au fond et au niveau du col — de taches gris jaunâtre, les unes isolées, les autres plus ou moins confluentes, légèrement surélevées et comme saupoudrées de fins cristaux.

Une taille hypogastrique permit de contrôler l'exactitude de ces renseignements; les incrustations furent vigoureusement frottées avec des tampons de gaze; pour quelques-unes l'emploi de la curette fut même nécessaire, l'épithélium étant par endroits profondément infiltré de sels; on termina l'intervention en touchant les plaques au thermocautère. La guérison se fit sans incident.

L'analyse chimique révéla que les débris extraits à l'opération étaient constitués par de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque, ce dernier résultant sans doute d'une altération secondaire, car l'analyse n'avait pas été faite aussitôt après l'intervention. Les urines ne renfermaient cependant pas d'acide urique en excès, mais elles étaient peu abondantes.

La cystoscopie pratiquée à longue échéance montra que les lésions locales étaient parfaitement guéries; toutefois, la malade a eu depuis lors une crise d'hématurie prolongée, avec ébauche de colique néphrétique, vraisemblablement due à un gravier ou à du sable rénal.

Au point de vue du traitement, l'auteur estime que l'on doit avoir recours, pour les faits de ce genre, à la taille plutôt qu'au curettage de la vessie par les voies naturelles, cette dernière méthode lui ayant donné, dans 2 cas d'incrustation phosphatique, des résultats médiocres. (*Lyon méd.*, 14 juin 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'albuminurie dans l'insuffisance aortique, par M. von Leube.

L'albuminurie, comme on le sait, s'observe assez communément au cours des maladies du cœur. Dans la plupart des cas, elle constitue un phénomène passager, et ce n'est que dans les phases avancées des cardiopathies qu'elle devient durable. Habituellement, elle apparaît comme conséquence de la stase veineuse généralisée, liée aux troubles de la compensation et s'étendant aux veines rénales. Associée à un afflux insuffisant de sang artériel, cette stase veineuse finit par déterminer la congestion rénale chronique, connue sous le nom de *rein cardiaque*. L'albuminurie que l'on voit se produire dans ces conditions peut, toutefois, disparaître dès que l'irrigation artérielle du rein se trouve améliorée, ce qu'il est assez facile d'obtenir, par l'emploi de la digitale, dans les cas où les troubles de la compensation sont encore à leur début. Par contre, si l'albuminurie ne se laisse plus influencer par la digitale, c'est que l'affaiblissement de l'énergie cardiaque est définitif ou qu'il existe des altérations rénales stables, caractérisées par l'épaississement des parois veineuses et l'hyperplasie du tissu conjonctif environnant. Ces lésions aboutissent finalement à l'atrophie glandulaire en îlots (*rein contracté vasculaire*). Au point de vue clinique, cette évolution se traduit par la diminution de la densité des urines, par l'apparition de cylindres granuleux et de cellules épithéliales, et surtout par la persistance de l'albuminurie, malgré la disparition, sous l'influence des toniques du cœur, de tous les autres signes de stase veineuse, tels que cyanose, anasarque, épanchements dans la plèvre et dans le péritoine.

Ces phénomènes peuvent s'observer au cours de l'insuffisance aortique, tout comme dans les autres affections valvulaires du cœur, mais ils y sont particulièrement rares, puisque c'est précisément chez les sujets atteints de cette maladie que l'on voit habituellement se développer une hypertrophie du ventricule gauche, qui suffit pour assurer, pendant de longues années, la compensation.

M. von Leube a eu, toutefois, l'occasion de se convaincre que, contrairement à ce qui se passe dans les autres cardiopathies valvulaires, l'albuminurie se manifeste au cours de l'insuffisance aortique non seulement en tant que symptôme de stase veineuse rénale, pendant la phase des troubles de la compensation, mais encore à la période où les phénomènes de stase font complètement défaut. Cette albuminurie peut dépendre de l'athérome généralisé, qui, se produisant chez les sujets âgés, comme affection primitive, détermine, entre autres lésions, une induration athéromateuse des reins et des altérations athéromateuses des valvules aortiques avec insuffisance consécutive. Mais dans d'autres cas et, en particulier, chez les individus jeunes, l'insuffisance aortique constitue bien le point de départ de tous les troubles : c'est sous l'influence de l'augmentation de la tension sanguine, provoquée par l'affection valvulaire, et des variations considérables de la pression sanguine dans les vaisseaux et les capillaires des reins que se produit l'épaississement des parois vasculaires et la prolifération du tissu conjonctif autour des vaisseaux. Progressivement, le processus aboutit à la sclérose et, comme la circulation dans les glomérules est gênée et que la nutrition de leur épithélium devient insuffisante, on ne tarde pas à voir apparaître de l'albumine dans les urines. D'autre part, l'évolution ultérieure du processus morbide, en retentissant également sur la nutrition de l'épithélium des tubes rénaux, amène l'élimination de cylindres granuleux. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juillet 1903.) — L. CH.

De l'étranglement de l'appendice iléo-cæcal, par M. Schöne.

Les hernies étranglées de l'appendice sont rares, sans doute, mais le nombre des faits observés s'est notablement accru dans les dernières années. S'agit-il, en pareille occurrence, d'un étranglement primitif de l'appendice, ou ne faut-il voir, dans tout le processus, qu'une appendicite dans une hernie? Telle est la question que M. Schöne s'est posée et qu'il cherche à résoudre par l'analyse d'un fait personnel et des observations antérieures — et, comme nous allons le voir, elle n'est nullement théorique.

Voici, d'abord, en résumé, l'histoire du malade de M. Schöne : un jeune peintre de vingt-trois ans, en levant une échelle, ressent à l'aine droite, une douleur brusque, suivie de l'apparition d'une « grosseur », on cherche à réduire, en ville, sans résultat; signes de hernie étranglée; kélotomie au quatrième jour : on trouve, dans le sac inguinal, une anse grêle étranglée, avec un point suspect au collet, et, en arrière, l'appendice et son méso, sur une longueur de 8 centimètres, qu'on excise. L'opéré succombe à des accidents de péritonite par perforation, et l'on constate, en effet, à l'autopsie, deux perforations de l'intestin grêle, à 40 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale.

Quant à l'appendice hernié, il portait, au niveau du collet, une dépression des plus nettes, qui se prolongeait sur le méso : au-dessus de cet « étranglement », la portion attenante au cæcum était d'aspect normal; au-dessous, la portion intra-sacculaire était épaissie, jaunâtre, nécrosée. Il y avait là, en somme, tous les caractères de l'incarcération vraie, et l'interprétation fournie par M. Schöne est celle-ci : sac préformé de hernie inguinale congénitale, dans lequel l'appendice, long, avec méso lâche, descendait antérieurement; la brusque irruption d'une anse grêle, sous la poussée de l'effort, aurait entraîné l'étranglement simultané de cette anse elle-même et de l'appendice.

Toujours est-il que, chez ce malade comme dans une série de 14 autres faits recueillis dans la littérature et reproduits par M. Schöne, on trouve les mêmes éléments de preuve : aucun antécédent appendiculaire, même larvé; début brusque, à la suite d'un effort, et apparition brusque également de la tumeur herniaire; accidents d'étranglement, souvent incomplets; appendice hernié présentant une dépression des plus accentuées au niveau du collet, épaissi, nécrosé, perforé au-dessous, normal au-dessus; pas d'adhérences, pas de corps étrangers dans la cavité appendiculaire. De plus, ces appendices étaient d'ordinaire très longs (jusqu'à 16 centimètres) et pourvus d'un long méso, très graisseux; enfin, comme M. Honsell l'avait montré, il s'agit presque toujours de hernies congénitales.

Faut-il étendre cette pathogénie à tous les cas où l'on découvre l'appendice gangrené ou en voie de gangrène, dans un sac herniaire? Il serait difficile de l'affirmer, et il est tels faits également où l'étranglement et le processus phlegmasique paraissent contemporains et combinés; ceci posé, l'incarcération primitive de l'appendice n'en est pas moins démontrée et se trouve le plus souvent en cause. Or, tout se passe, en pareil cas, dans le sac herniaire, tout est local, ce qui explique sans doute le pronostic relativement bénin de ces hernies étranglées de l'appendice et le succès ordinaire des kélotomies. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.) — L.

Essais thérapeutiques avec des substances fluorescentes, par MM. H. von Tappeiner et Jesionek.

Il y a quelques années, M. von Tappeiner a eu l'occasion de constater que certaines substances fluorescentes exercent une action remarquable sur les infusoires en présence de la lumière. Ces substances, fort peu toxiques dans l'obscurité, ne tarderaient pas à détruire les organismes inférieurs, dès que l'on met les uns et les autres en présence de la lumière solaire. Des constatations analogues ont été faites par M. R. Jakobson et par M. Jodlbauer relativement à l'action de ces mêmes substances sur l'épithélium à cils vibratiles, ainsi que sur les ferments peptonisants et saccharifiants et sur certaines toxines : là encore les effets ne se manifestaient que sous l'influence de la lumière. Ces phénomènes semblent, par conséquent, être sous la dépendance directe de la fluorescence.

De toutes les substances expérimentées à cet égard (acridine et ses dérivés, éosine, chinoline, harmaline, uranine, rouge de Magdala), l'éosine présente l'avantage d'agir énergiquement à la fois sur les éléments cellulaires, sur les toxines et sur les ferments. Aussi MM. von Tappeiner et Jesionek ont-ils choisi ce produit pour se livrer à quelques essais en vue de se rendre compte de la valeur thérapeutique de la fluorescence (1).

Ces essais, institués à la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté de médecine de Munich sur des sujets atteints de dermatoses infectieuses, de lupus, de cancers cutanés, de lésions syphilitiques, etc. ont consisté à badigeonner fréquemment les parties malades avec une solution aqueuse d'éosine à 5 % et à les exposer ensuite aux rayons solaires ou, par le mauvais temps, à la lumière d'une lampe électrique. Pendant la nuit, la

(1) Rappelons, à ce propos, que l'existence d'une relation plus ou moins étroite entre le pouvoir fluorescent de certaines substances et leurs propriétés thérapeutiques a déjà été signalée; c'est ainsi que, d'après M. King (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 403), l'action curative exercée par la quinine sur la malaria serait due à la fluorescence de ce médicament. — L. CH.

lésion était protégée par un pansement à l'eau boriquée ou par un emplâtre à l'oxyde de zinc.

Dans 3 cas de cancer de la face, on a vu, sous l'influence de ce traitement, les surfaces ulcérées se déterger et se recouvrir de granulations de bonne nature, les lésions évoluant de la sorte vers la guérison.

En ce qui concerne le lupus, le procédé en question semble exercer une action d'autant plus énergique que les parties atteintes sont plus accessibles : si les placards lupiques sont assez superficiels et exulcérés ou couverts seulement d'une couche cutanée amincie, ils se laisseraient très rapidement influencer par le traitement; par contre, s'agit-il de nodules profondément situés, au milieu du tissu sain, l'effet de la médication serait à peu près nul.

Enfin, le moyen thérapeutique dont il s'agit a également donné de bons résultats dans 10 cas de condylomes des organes génitaux chez la femme, ainsi que dans 2 faits de chancre induré. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 novembre 1903.) — L. CH.

Hématurie par acide oxalique à la suite d'ingestion de rhubarbe, par M. H. Schulthess.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un petit garçon de sept ans qui, en pleine santé, élimina, un soir, 80 c.c. d'urine légèrement trouble, présentant une réaction acide et une coloration rouge brun. Ce liquide ayant été additionné de sulfure d'ammonium et de potasse caustique, l'examen spectroscopique permit d'y déceler la présence d'hémoglobine réduite; le produit de centrifugation de l'urine en question contenait de nombreux érythrocytes, isolés ou en amas, quelques leucocytes et des cristaux d'oxalate de calcium en octaèdres ou en forme de sabliers, mais on n'y notait ni cellules épithéliales, ni aucune sorte de cylindres. Le lendemain, le petit patient ne présenta rien d'anormal : il n'existait chez lui ni irritation du tube digestif, ni troubles cardiaques, ni mydriase, ni aucun autre symptôme propre à l'intoxication par l'acide oxalique. Toutefois, l'urine de la première miction avait encore conservé des caractères pathologiques : de coloration jaune verdâtre, elle n'était pas tout à fait limpide et renfermait de l'oxalate de calcium en abondance, ainsi qu'un grand nombre de globules rouges, des leucocytes plus nombreux que la veille, et des cellules épithéliales. Le petit malade avait éliminé par les urines 0 gr. 217 milligrammes d'acide oxalique.

L'hématurie avait évidemment été, dans ce cas, la conséquence de l'irritation rénale déterminée par l'élimination de l'acide oxalique, lequel, comme on le sait, n'entre que pour une très faible part dans la composition de l'urine normale, son taux ne dépassant guère 0 gr. 08 centigr. en vingt-quatre heures. Chez l'enfant dont il s'agit, l'intoxication avait été provoquée par l'ingestion d'une centaine de grammes environ de marmelade de rhubarbe, absorbée au repas de midi, ce qui correspondait à peu près à 0 gr. 60 centigr. d'acide oxalique. Comme, en général, l'action toxique de ce dernier ne se manifeste qu'à partir de 2 grammes, on comprend que les symptômes d'intoxication aient fait défaut dans l'observation de M. Schulthess, et que l'émonctoire rénal ait été seul touché, l'hématurie ayant probablement été favorisée par la constipation, qui a contribué à rendre l'absorption de l'acide oxalique plus complète. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 septembre 1903.) — L. CH.

La blessure des ligaments ronds au cours des herniotomies amène-t-elle des rétrodéviations utérines ? par M. S. Goldner.

On a récemment prétendu que la section ou la dilacération des ligaments ronds au cours des herniotomies inguinales devait amener fréquemment des rétroversions utérines. Se basant sur les résultats éloignés de ses propres opérations, M. Goldner estime que cette crainte n'est pas fondée.

Sur 50 femmes, en effet, pour lesquelles l'intervention (par le procédé de Bassini) datait de trois à six ans et demi, l'auteur a pu en réexaminer 28. Chez 19 d'entre elles le ligament rond avait été respecté, mais, chez les 9 autres — dont 3 opérées des deux côtés à la fois —, les ligaments ronds avaient été déchirés ou sectionnés par suite de leur adhérence trop intime au sac herniaire. On aurait donc pu s'attendre à rencontrer, surtout chez les 3 femmes qui avaient subi une section bilatérale de leurs ligaments, un déplacement utérin. Il n'en était rien cependant : aucune de ces opérées n'offrait de symptômes fonctionnels ou objectifs d'un déplacement de la matrice.

La section des ligaments ronds, au cours de la herniotomie, semble donc sans effets fâcheux pour la statique utérine. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er août 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Un cas de leucémie splénomédullaire traité avec succès par les rayons de Röntgen, par M. N. Senn.

Après avoir eu l'occasion de guérir 2 malades atteints de pseudo-leucémie au moyen de la radiothérapie, l'auteur a eu recours au même traitement dans un cas typique de leucémie splénomédullaire, observé au Presbyterian Hospital de Chicago.

Il s'agissait d'une femme, âgée de vingt-neuf ans, et dans les antécédents familiaux de laquelle on relevait une prédisposition aux maladies infectieuses chroniques. La patiente, elle-même, avait subi les diverses affections qui frappent l'enfance (oreillons, rougeole, coqueluche). A l'âge de douze ans, ses ganglions cervicaux augmentèrent de volume, quelques-uns d'entre eux atteignant la grosseur d'une noisette. Dures au début, ces tuméfactions se ramollirent dans la suite et furent incisées par un médecin. La suppuration persista quelque temps, puis les abcès se fermèrent, laissant des cicatrices atrophiées. A peu près à la même époque on vit se développer une otite moyenne purulente, qui détermina une perforation du tympan. Depuis lors, l'écoulement auriculaire persiste, et l'ouïe est affaiblie.

La menstruation, qui s'établit à douze ans, était suspendue depuis le commencement de la maladie pour laquelle cette femme se fit recevoir à l'hôpital et qui datait de quatorze mois. La patiente se plaignait d'un affaiblissement progressif, particulièrement marqué au moindre effort et, le matin, au lever. Depuis trois mois, l'abdomen avait subi une augmentation considérable de volume, de sorte qu'un médecin consulté diagnostiqua une grossesse au neuvième mois. Un an avant son admission dans le service de M. Senn, la malade commença à éprouver une douleur aiguë au niveau de l'hypocondre gauche, accompagnée d'une sensation d'encombrement et de pesanteur à la même région. Dans la suite, elle ressentit des douleurs à la base du sternum et dans les extrémités épiphysaires des os longs.

Deux mois avant de se faire recevoir à la clinique de M. Senn, elle avait été examinée dans un hôpital de Pittsbourg, où on lui avait déclaré que son état était désespéré et qu'elle n'avait plus que peu de temps à vivre.

Au moment de son admission au Presbyterian Hospital, la patiente présentait une anémie profonde, la pâleur de la face étant associée à un teint jaunâtre. L'examen du thorax ne révélait rien d'anormal, sauf un point d'exquise sensibilité à la jonction du cartilage ensiforme et du sternum. La percussion et la palpation de l'abdomen dénotait l'existence d'une hypertrophie énorme de la rate. Sensible à la pression profonde, cet organe s'étendait, en bas, jusqu'au pubis et dépassait d'environ 5 centimètres la ligne médiane, au niveau de l'ombilic. En haut, la matité splénique arrivait jusqu'à la sixième côte. Le foie était accessible à la palpation au-dessous du rebord costal. Les urines, d'aspect trouble, renfermaient des traces d'albumine et de nombreux leucocytes, peu de cellules épithéliales et point de cylindres. La température ne dépassait guère 38°, l'élévation thermique étant surtout accentuée vers le soir. Le nombre des pulsations oscillait entre 90 et 100 à la minute, mais le moindre effort suffisait pour accélérer à la fois et le pouls et le rythme respiratoire. L'appétit était très variable : le dégoût pour toute nourriture succédait souvent à une véritable voracité.

On commença par instituer un traitement tonique (pilules de Blaud, liqueur de Fowler), qui fut continué pendant trois semaines sans amener aucune amélioration. C'est alors qu'en désespoir de cause, M. Senn eut l'idée d'utiliser la radiothérapie, en exposant à l'action des rayons la rate, la partie inférieure du sternum et les extrémités épiphysaires des os longs. L'examen du sang, pratiqué au début de ce traitement, avait permis de compter 3,500,000 érythrocytes et 64,800 leucocytes, myélocytes et éosinophiles; le taux de l'hémoglobine était de 56; les éosinophiles étaient nombreux et la poïkilocytose très marquée. Or, sous l'influence des applications radiothérapiques, répétées tous les jours pendant dix à vingt minutes, cet état hématologique ne tarda pas à s'améliorer, en même temps qu'on voyait la rate diminuer de volume. On assista à la disparition graduelle des éléments anormaux du sang; c'est ainsi qu'au bout de deux mois environ, on ne trouvait plus de myélocytes et seulement très peu d'éosinophiles, avec un degré insignifiant de poïkilocytose. A l'heure actuelle, cette femme est dans un excellent état de santé.

La leucémie étant habituellement rebelle aux médications usuelles, l'auteur estime que cette guérison exceptionnelle ne saurait être attribuée qu'à l'emploi systématique des rayons de Röntgen. D'autre part, comme le pouvoir curatif de la radiothérapie s'étend également à la pseudo-leucémie, M. Senn serait porté à admettre, pour les deux affections, des facteurs étiologiques, sinon identiques, du moins très voisins : l'une et l'autre seraient d'origine microbienne. (*Med. Record*, 22 août 1903.) — L. CH.

Un cas de pancréatite typhoïdique, par M. B. G. A. Moynihan.

La pancréatite chronique étant assez fréquemment liée à la cholélithiase, on comprend que les phlegmasies aiguës des voies biliaires, provoquées par d'autres causes, puissent, elles aussi, retentir sur le pancréas. Parmi les facteurs étiologiques des angiocholites et des cholécystites, la fièvre typhoïde occupe, comme on le sait, une des premières places. Il n'est pas rare, en effet, de retrouver le bacille d'Eberth dans la bile plusieurs mois, voire même quelques années après une atteinte de dothiénentérie. Or, comme le cholédoque et le canal pancréatique s'ouvrent, tous les deux, dans la même portion du duodénum, au niveau de l'ampoule de Vater, il est facile de concevoir qu'une infection ascendante des voies biliaires soit susceptible de s'étendre également au canal de Wirsung. L'observation relatée par M. Moynihan constitue précisément un exemple de pancréatite associée à une infection typhoïdique de la vésicule biliaire.

Il s'agissait d'un garçon de treize ans qui, depuis une longue convalescence de dothiénentérie, éprouvait de temps à autre, au niveau de l'épigastre, des douleurs accompagnées de nausées, parfois même de vomissements. Un an environ après l'atteinte de fièvre typhoïde, il se déclara, à la suite d'une crise douloureuse, de l'ictère qui persista quelques jours pour se dissiper ensuite graduellement. A partir de ce moment, les accès de douleurs se répétèrent à peu près tous les huit jours, en laissant chaque fois subsister un ictère assez accentué, qui s'atténuait dans l'intervalle des crises, sans toutefois disparaître complètement. Pendant les accès, on ne nota jamais ni élévation thermique, ni frisson. Mais le petit patient avait considérablement maigri et perdu l'appétit. L'examen de l'abdomen ne permit de découvrir rien d'anormal, sauf une hyperesthésie de la région susombilicale.

Croyant avoir affaire à une cholécystite typhoïdique avec formation consécutive de calculs et rétention d'un de ces calculs dans le cholédoque, l'auteur pratiqua la laparotomie, au cours de laquelle il fut à même de se rendre compte qu'il n'existait aucune concrétion ni dans la vésicule, ni dans les voies biliaires et que la cause de l'ictère résidait dans une hypertrophie considérable du pancréas. La tête et la plus grosse partie du corps de cette glande étaient au moins deux fois plus volumineuses qu'à l'état normal, et d'une consistance presque pierreuse. C'est au sein de cette masse indurée que se trouvait englobé le cholédoque. On fit une ponction de la vésicule biliaire et, après avoir extrait une quinzaine de grammes de bile, on institua un drainage qui fut supprimé au bout d'un mois. La guérison se fit sans encombre.

La bile retirée pendant l'intervention fut examinée au point de vue bactériologique : on y décela la présence d'un microorganisme ayant tous les caractères du bacille de la fièvre typhoïde. (*Lancet*, 6 juin 1903.) — L. CH.

Cancer primitif de l'appendice vermiforme, par M. CH. C. NORRIS.

Il faut enregistrer les faits de cancer primitif de l'appendice — dûment pourvus d'une histoire clinique et anatomo-pathologique — parce qu'ils sont fort rares encore (les trois quarts des cas publiés se rapportent aux six dernières années) et que cette rareté n'est peut-être qu'apparente. Il est vrai que MM. Nothnagel et Maydl n'en ont relevé que 2 exemples sur 40,000 autopsies, et que M. Deaver n'en a trouvé que 3 (et encore dans l'un de ces cas ne s'agissait-il probablement que d'un cancer secondaire) sur 706 appendices enlevés ; mais, d'autre part, la symptomatologie est si banale et si obscure, et, même sous les yeux, l'appendicite néoplasique rappelle souvent, de façon si complète, l'appendicite chronique vulgaire, qu'en dehors d'un examen histologique systématiquement pratiqué, un certain nombre de faits doivent passer inaperçus.

Dans l'observation de M. Norris, la découverte de l'appendice cancéreux fut entièrement fortuite. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-sept ans, chez laquelle on avait fait le diagnostic de rétroflexion adhérente de l'utérus avec pyosalpinx droit et hernie inguinale du même côté. A la fin de l'opération, M. John G. Clark, avant de refermer le ventre, chercha l'appendice, suivant une pratique fort sage, qui lui est commune, d'ailleurs, avec un certain nombre de chirurgiens, et qui consiste *à ne pas terminer une laparotomie*, simple d'ailleurs, *sans aller examiner la fosse iliaque droite*. De fait, l'appendice était un peu rouge et adhérent à son extrémité : il fut excisé.

Cet appendice avait 7 centim. 1/2 de long, 7 millimètres de diamètre à sa base ; il était un peu épaissi à son extrémité ; mais l'apparence était celle de l'appendicite chronique ; il en était de même à la section : la portion terminale était oblitérée, sur une longueur de 1 centim. 1/2, par une masse solide, dure, blanc jaunâtre, qu'on eût dit cicatricielle. A l'examen histologique, on reconnut que cette portion soi-disant oblitérée était occupée par du tissu carcinomateux, infiltrant toute la paroi et se prolongeant même dans le méso-appendice.

Ces *cancers appendiculaires latents* valent d'être connus et recherchés avec soin, et leurs relations ordinaires avec l'appendicite chronique leur assurent un réel intérêt général. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, novembre 1903.) — L.

Occlusion fibreuse complète des deux veines caves chez un jeune homme de dix-huit ans, par M. A. MEYER.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un jeune homme admis au Mount Sinai Hospital de New-York, pour une hydropisie avec dilatation très marquée des veines superficielles du thorax et de l'abdomen, œdème et cyanose des pieds, et ulcères aux deux jambes. A l'inspection de la région précordiale, on constata que le choc de la pointe n'était pas perceptible ; les dimensions du cœur étaient normales, et il en était de même de ses bruits, qui paraissaient, cependant, quelque peu voilés. Il existait, en outre, une hypertrophie de la rate et du foie, et une tuméfaction de la plupart des ganglions lymphatiques. On porta le diagnostic de symphyse totale du péricarde, diagnostic qui semblait cadrer le mieux avec les troubles de la circulation présentés par le patient. Malgré le traitement qui fut institué, l'abdomen ne fit qu'augmenter de volume, au point que sa circonférence dépassa bientôt 87 centimètres, et finalement, le malade succomba.

A l'autopsie on trouva une occlusion des deux veines caves, dont la supérieure était complètement oblitérée sur une étendue de 6 centimètres à partir de l'oreillette. La circonférence de ce vaisseau mesurait 5 centimètres, et ses parois étaient légèrement épaissies. A 2 millimètres de distance au-dessus de l'atrésie, il existait seulement du tissu fibreux auquel aboutissaient les deux troncs innominés, étroits et à parois épaissies. On ne voyait aucune trace de processus inflammatoire, pas plus du côté de la veine cave elle-même que dans les parties environnantes. La grande veine azygos était fortement distendue, sa circonférence atteignant 2 centimètres. Quant à la veine cave inférieure, elle était oblitérée au voisinage du diaphragme ; son extrémité était entourée d'une gaine de tissu fibreux mesurant de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 d'épaisseur. La portion oblitérée de la veine plongeait dans une zone de foie, atteinte de périhépatite. La partie la plus large du vaisseau (en arrière du foie) avait 4 centimètres de circonférence.

Ces constatations montrent que, dans ce cas, toute la circulation de retour était en dernier lieu assurée par la grande veine azygos. Il est évident que le processus d'occlusion des deux veines caves avait dû évoluer lentement et d'une manière graduelle, de sorte qu'une circulation collatérale — superficielle et profonde — avait pu se développer. Les expériences sur les animaux font d'ailleurs supposer qu'une oblitération rapide des deux vaisseaux dont il s'agit ne tarderait pas à entraîner la mort. (*Med. Record*, 23 mai 1903.) — L. CH.

Arguments en faveur de l'existence d'un centre particulier pour l'écriture, par M. HERMON C. GORDINIER.

Le présent mémoire est basé sur le cas d'une femme de trente-sept ans, atteinte d'une tumeur cérébrale et qui présentait de l'agraphie, sans avoir eu, à aucun moment de sa maladie, de l'aphémie, de la surdité ni de la cécité verbales. Tout en lisant très correctement, la patiente était absolument incapable d'écrire, cette agraphie portant à la fois sur l'écriture volontaire ou sous dictée et sur l'écriture copiée. Cette femme ayant succombé à la suite d'une opération exploratrice, son autopsie révéla la présence d'un gliome occupant le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche. Sur les coupes du cerveau, on constata que cette tumeur se prolongeait en bas et en dedans, dans le centre ovale, jusqu'à la corne antérieure du ventricule latéral, et en avant jusqu'au voisinage du sommet du lobe frontal. Le néoplasme intéressait, d'ailleurs, à peu près exclusivement la substance blanche de ladite circonvolution.

L'auteur estime que ce fait prouve l'existence d'un centre spécial et distinct, qui serait, par rapport aux mouvements d'écriture, ce qu'est le centre moteur d'articulation des mots par rapport à la parole articulée. Le centre particulier pour l'écriture se trouverait dans le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche chez les droitiers, et probablement dans la partie correspondante de l'hémisphère droit chez les gauchers. La destruction de ce centre produirait une *agraphie pure*, sans aphasie ni paralysie du bras. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, septembre 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Etude d'un cas de rhumatisme hémophilique, par MM. G. N. CHAVES et D. SPERONI.

Les particularités cliniques ayant signalé l'évolution du cas de rhumatisme hémophilique relaté par MM. Chaves et Speroni — et les méprises qui en furent la conséquence — nous engagent à résumer cette observation.

Un homme, d'aspect affaibli, était atteint depuis l'âge de douze ou treize ans de douleurs rhumatismales s'étant maintes fois accompagnées de tuméfactions articulaires, mais sans fièvre. Les moindres coups faisaient de plus apparaître sous sa peau des nodules noirâtres, qui devenaient ensuite rouges, puis disparaissaient peu à peu. Un jour, à l'occasion d'une petite plaie de la muqueuse nasale, il eut une hémorrhagie quasi mortelle. Depuis deux ans enfin une grosse tumeur s'était développée dans la fosse iliaque gauche : son début ayant coïncidé avec quelques symptômes généraux et vésicaux — entre autres une orchite et une hématurie de près d'un demi-litre de sang —, le malade fut envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de tumeur de la vessie.

Au moment de l'admission, on put se convaincre que ce néoplasme, du volume d'une tête d'enfant de six mois, assez dur, lisse, adhérent à l'os, était cependant indépendant des organes abdominaux et notamment de la vessie. Dans la fosse iliaque droite, se trouvait une tumeur à peu près symétrique, grosse seulement comme un œuf d'oie. Par la suite on s'aperçut que les palpations accompagnant les examens cliniques avaient pour effet de faire augmenter le volume de ces tumeurs ; sous l'influence du repos elles diminuaient au contraire. Les articulations étaient tuméfiées et presque toutes, à la suite des poussées répétées de rhumatisme, s'étaient plus ou moins enraidies et fixées dans des attitudes vicieuses.

La complexité des manifestations cliniques avait d'abord fait penser à de la tuberculose génito-urinaire ; toutefois, l'intégrité du thorax et l'état des urines firent rejeter ce diagnostic. La tumeur iliaque fut alors considérée comme un sarcome de l'os iliaque. Une opération exploratrice sembla confirmer cette opinion : le néoplasme était plaqué contre l'os, au dessous du péritoine et du muscle iliaque, paraissait friable et présentait un contenu grisâtre, sanguinolent. Le ventre fut aussitôt refermé. Mais, dans l'après-midi du même jour, il se fit par la plaie une hémorrhagie incoercible qui amena rapidement la mort.

L'examen du sang avait révélé une légère leucocytose portant uniquement sur les leucocytes polynucléaires : les éosinophiles étaient en quantité normale.

L'autopsie montra que les tumeurs iliaques étaient formées d'une énorme masse de fibrine et de caillots ; une capsule fibreuse, infiltrée de pigment sanguin, les entourait. Du côté gauche, la tumeur s'était creusé dans l'os une sorte de niche au fond de laquelle la lame osseuse était réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier ; sur la face externe de l'os existait au contraire une voussure. Le périoste était épaissi et ponctué de foyers hémorrhagiques. En ce qui concerne les articulations, on rencontrait tout d'abord de petites hémorrhagies dans les épiphyses et un liquide sanguinolent dans l'intérieur des cavités articulaires. Les cartilages étaient en partie exfoliés. La synoviale, épaissie, de même que les capsules, les tendons ou les muscles périarticulaires, contenait également de petits foyers hématiques.

Les auteurs concluent qu'il s'agissait d'un de ces cas d'hémarthrose ou de rhumatisme hémorrhagique, décrits jadis par König. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin 1903.)

Des hémoagglutinines du sang humain et de l'hématologie de la maladie de Carrion, par M. U. BIFFI.

Ce mémoire contient la relation des observations hématologiques que M. Biffi a eu l'occasion de faire, en étudiant les phénomènes de l'agglutination sur une centaine d'individus, dont 40 atteints de maladies diverses.

L'auteur a tout d'abord pu constater que le pouvoir agglutinant d'un sérum est en raison inverse de la capacité d'agglutination de ses globules ; autrement dit, on ne peut trouver qu'à grand'peine un sérum capable d'agglutiner les globules d'un sujet dont le sérum est doué d'un pouvoir agglutinant considérable. Ce fait explique dans une certaine mesure les particularités propres à l'auto-agglutination, ou agglutination des globules d'un individu par le sérum de ce même individu : on comprend qu'elle ne se produise pas chez un sujet sain, quand sérum et globules ont été extraits simultanément, puisque la capacité de l'un pour agglutiner et la capacité des autres pour se laisser agglutiner sont en raison inverse. Par contre, si chez une même personne bien portante, globules et sérum sont recueillis à des époques différentes, il survient quelquefois une légère agglutination, par suite des modifications hématologiques qui ont pu se produire dans l'intervalle.

Toutefois, si l'auto-agglutination à l'état normal est un fait absolument exceptionnel, dans certains états pathologiques elle peut s'observer facilement, alors même que l'extraction du sérum et des globules est simultanée, car l'une des parties constituantes du sang peut voir ses propriétés se modifier avant celles de l'autre. Dans l'accès de fièvre intermittente, par exemple, le sérum prend rapidement un pouvoir agglutinant considérable, quoique nullement pathognomonique, comme on l'a prétendu : on peut en effet trouver des individus sains dont le sérum possède un pouvoir agglutinant supérieur. Le premier jour de la pneumonie on observe un

phénomène analogue, mais bientôt les globules rouges s'adaptent aux nouvelles propriétés du sérum et l'auto-agglutination diminue ou disparaît. M. Biffi pense que dans la plupart des états pathologiques où les anciens auteurs signalaient une « viscosité » spéciale du sang, ce sont les phénomènes d'agglutination qui se trouvent en cause, phénomènes qui sont indépendants de la coagulation ou de la quantité de fibrine présente dans le sang : en effet, dans la malaria, la pneumonie, la période fébrile de la maladie de Carrion (verruga péruvienne) et quelques autres affections, le sang défibriné ou dépouillé de ses ferments donne les mêmes résultats au point de vue de l'auto-agglutination.

Les liquides pathologiques semblent jouir habituellement d'un pouvoir agglutinant inférieur à celui du sang du même sujet : sur 4 malades atteints de pleurésie ou d'ascite, cette infériorité fut constatée 3 fois; pour le quatrième cas, le pouvoir était le même de part et d'autre.

Les recherches précédentes peuvent trouver en médecine légale une application pratique. Supposé qu'il s'agisse, par exemple, de déterminer si une tache de sang appartient à un individu donné. Par les procédés usités en médecine légale, on en extrait alors les globules rouges; si le sérum de l'individu incriminé agglutine ces globules, on peut être moralement sûr que cette tache de sang ne provient pas de lui. Toutefois, comme il arrive souvent que les globules des taches ne sont pas en bon état de conservation, le mieux est d'extraire le sérum de la tache en additionnant celle-ci d'une quantité d'eau distillée égale à la quantité de sang que l'on présume l'avoir produite. On prend ensuite les globules du sujet incriminé : si l'agglutination a lieu, on sera également autorisé à conclure que le sang qui a formé la tache ne provient pas de ce sujet. On pourra utiliser encore ce genre de recherches quand on aura à déterminer si plusieurs taches appartiennent à un seul ou à plusieurs individus : il suffira d'éprouver les globules ou mieux le sérum de ces taches — en procédant comme tantôt — avec un sérum ou des globules donnés. Si le sang des diverses taches réagit de manières différentes, on sera en droit de supposer qu'il provient de sujets distincts, car il serait absolument extraordinaire de trouver deux individus dont le sérum eût le même pouvoir agglutinateur. Les épreuves précédentes supposent que les matières agglutinantes persistent intactes : M. Biffi a, en effet, constaté que les agglutinines gardent pendant fort longtemps — il a expérimenté jusqu'à trois mois — leurs propriétés. Quant au sérum et aux globules d'un homme sain, leurs réactions demeurent encore plus longtemps inaltérées.

A propos de la disposition des globules rouges en piles de monnaie, disposition sur laquelle on a tant discuté, l'auteur pense qu'elle est due à une agglutinine spéciale, distincte des précédentes. En effet, quand on a neutralisé celles-ci en faisant agglutiner des globules par un sérum, ce dernier, bien qu'il soit incapable d'agglutiner de nouvelles quantités de sang, amène encore les globules à prendre leur disposition en piles de monnaie.

Signalons enfin que, dans la maladie de Carrion, le sérum posséderait un pouvoir hémolytique nul ou presque nul, mais un pouvoir agglutinateur extrêmement développé. (*Bol. de la Acad. nacion. de med. de Lima*, III, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

De la gangrène pulmonaire, par M. S. Talma.

L'expérience acquise par M. Talma grâce à l'observation d'assez nombreux cas de gangrène pulmonaire nous engage à résumer les vues exprimées par lui dans le présent travail.

La gangrène pulmonaire est généralement considérée comme une affection rare et quasi fatalement mortelle. Elle est cependant beaucoup plus commune et moins grave qu'on ne le croit. Alors, en effet, que Laënnec ne l'avait rencontrée que deux fois, M. Talma en a observé 22 cas, dont la moitié seulement se sont terminés par la mort. A la liste des facteurs étiologiques il convient d'ajouter de nos jours le chloroforme : chez 2 opérés de gastro-entéro-anastomose la gangrène pulmonaire apparut vers le quatrième jour après l'opération; l'un d'eux guérit.

Les formes bénignes, relativement assez communes, se reconnaissent à quelques particularités : les crachats sont peu virulents, les adhérences pleurales font défaut et, quand on vient à ponctionner — pour éliminer le diagnostic de pleurésie —, il ne se produit que peu ou pas de réaction du côté de la plèvre à l'égard de l'aiguille pourtant chargée de matières septiques. De plus, l'état général se maintient bon, à tel point que, dans les formes chroniques, certains malades continuent à vaquer à leur travail. Pour se faire une idée de la virulence des crachats, il est utile de pratiquer les inoculations aux animaux, non pas dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais dans le poumon : celui-ci ne réagit souvent pas, là où le premier donne un abcès sous-cutané.

Les symptômes de la gangrène pulmonaire sont assez bien connus, mais ils sont très variables et il ne faut pas oublier que les premiers signes stéthoscopiques sont de plusieurs jours en retard sur le début des symptômes fonctionnels. Il est à remarquer aussi que la plèvre résiste très longtemps à l'infection : elle ne se prend que quand le processus gangreneux vient en quelque sorte à la toucher. Par contre, il ne faut pas juger de la gravité de la maladie seulement sur la température, mais plutôt sur les caractères du pouls et en particulier sa fréquence : un pouls rapide est d'un très mauvais pronostic. Le diagnostic différentiel le plus délicat est celui de la pleurésie, et il est souvent indispensable de recourir à la ponction exploratrice.

Au point de vue thérapeutique, M. Talma insiste sur les résultats remarquables des cures d'air. On voit fréquemment les patients présenter une amélioration immédiate et même s'acheminer rapidement vers la guérison, sitôt qu'on les soustrait au milieu qui a vu éclore leur maladie. Dans ces cures d'air il faudra éviter le vent et les poussières; la marche ne sera reprise — sous le contrôle du thermomètre — qu'après disparition complète de l'infiltration pulmonaire, faute de quoi on s'exposerait aux récidives, accident qui est d'ailleurs assez fréquent. Quant à la pneumotomie, elle est indiquée dans les formes aiguës ayant amené la formation d'une caverne : elle détermine alors une rémission instantanée et souvent la guérison. La bronchite du côté opposé ne serait pas une contre-indication opératoire. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 8 août 1903.) — R. DE B.

Glycosurie diurne, par MM. H. L. Van Linden van den Heuvell et N. M. Façee Schaeffer.

L'observation relatée dans le présent travail signale une particularité encore peu connue, et à laquelle il est utile de songer, pour la recherche du sucre dans les urines des malades suspects de glycosurie.

Un homme de vingt-six ans était atteint de furoncles pour la troisième fois. Ses urines contenaient, en effet, du sucre (0.7 %), mais cette substance ne se rencontrait que dans les urines du jour et faisait complètement défaut dans celles de la nuit. Comme le malade ne présentait d'ailleurs aucun symptôme de diabète et que ses antécédents étaient assez chargés au point de vue de l'hérédité névropathique, la glycosurie fut considérée comme d'origine nerveuse.

Après deux semaines et demie de diète carnée, la glycosurie disparut. Le patient fut alors autorisé à consommer des aliments riches en hydrocarbonés; mais la glycosurie reparut aussitôt, et avec le même caractère diurne que précédemment. La distribution des aliments au cours de la journée n'y faisait rien : le malade avait beau consommer au repas du soir la totalité de ses hydrocarbonés, les urines nocturnes n'en demeuraient pas moins indemnes de sucre. Il est à remarquer que les urines de ce malade, quoique abondantes (de 1,100 à 1,300 c.c. par vingt-quatre heures), offraient une densité élevée (1,045), due à la présence de phosphates.

En cas de glycosurie supposée, il ne faut donc pas se borner à l'examen des urines de la nuit, mais analyser encore celles du jour ou celles des vingt-quatre heures. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 août 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Delle condizioni del sistema nervoso nella infezione difterica; studi clinici e sperimentali. In-8°, 110 p. avec fig. Mortara. — **Les conditions du système nerveux dans l'infection diphtéritique**, par M. A. Villa.

Après une revue synthétique de nos connaissances cliniques et anatomo-pathologiques sur les complications nerveuses de la diphtérie, M. Villa, dans sa thèse de *libera docenza*, expose les résultats de ses expériences personnelles, instituées dans le but d'élucider la nature et la pathogénie des lésions du système nerveux consécutives à l'intoxication diphtéritique.

Ses recherches ont été effectuées au moyen d'une toxine diphtéritique dont 0 gr. 01 centigr., en injection intrapéritonéale, constituait par kilogramme de cobaye la dose mortelle en quarante-huit heures.

Dans une première série d'expériences, il utilisa pour ses inoculations la voie nerveuse; à cet effet, il injecta dans la gaine sciatique, chez des lapins dont le poids variait entre 1,500 grammes et 2 kilogrammes en chiffres ronds, $^1/_{20}$e de centimètre cube de la toxine en question. Un de ces animaux fut sacrifié par piqûre du cœur au bout de huit heures, un second au bout de seize, un troisième au bout de vingt-quatre, puis les autres de jour en jour, sans compter ceux qui moururent spontanément. Le système nerveux, aussitôt prélevé, était fixé et histologiquement examiné.

Voulant ensuite se rendre compte des effets de la toxine diphtéritique amenée aux centres nerveux par voie sanguine, l'auteur injecta à d'autres lapins, sous la peau d'un membre, cette même toxine à la dose de 0 gr. 01 centigr. par kilogramme de poids.

Les résultats de cette double série d'expériences, sensiblement comparables, permettent à M. Villa de conclure que les lésions nerveuses, dans l'intoxication diphtéritique, sont surtout représentées par une dégénération des cellules ganglionnaires de la corne antérieure de la moelle épinière, et aussi des noyaux des nerfs crâniens, lesquels, comme on le sait, sont embryologiquement une émanation de la corne médullaire antérieure. A un premier stade (vingt quatre à quarante-huit heures), on constate une tuméfaction de l'élément nerveux, qui se colore mal, et dont les prolongements protoplasmiques se désagrègent et finissent par disparaître complètement. Puis le noyau cesse d'être différencié, et toute la cellule forme une masse homogène (quarante-huit heures). Enfin la substance chromatique est à son tour atteinte, et, au quatrième jour, l'élément n'est plus représenté que par une vacuole, qui est bientôt envahie et détruite par les leucocytes.

A côté de ces lésions si marquées de la substance grise, la substance blanche médullaire demeure inaltérée; dans quelques cas seulement l'auteur a noté une légère dilatation du canal central, et, par endroits, une solution de continuité de l'épendyme.

En ce qui concerne le système nerveux périphérique, dans les cas où l'injection de toxine avait été pratiquée dans la gaine du sciatique, on remarquait un processus phlogistique local, auquel succédait la dégénération des fibres nerveuses : celles-ci devenaient irrégulières, leur myéline se fragmentait, les noyaux s'hypertrophiaient et se multipliaient, finalement le cylindraxe lui-même disparaissait, complétant ainsi la nécrose du tube nerveux.

Mais ces lésions, pour l'auteur, seraient secondaires à des phénomènes inflammatoires se passant au niveau des cornes postérieures de la moelle, lesquelles seraient le « centre de diffusion » de l'agent toxique, qui, par contiguïté, atteindrait ensuite les cornes antérieures.

Toutefois, plus encore que le tissu nerveux, c'est la voie sanguine qui présiderait à la dissémination de la toxine; en effet, dans sa seconde série d'expériences (injections sous-cutanées), M. Villa a pu se convaincre que les lésions des cornes médullaires apparaissaient avec une rapidité très grande : au bout de vingt-quatre heures elles étaient déjà fort nettes, alors que les nerfs périphériques étaient encore parfaitement inaltérés.

Appliquant ces données expérimentales à la clinique, l'auteur estime au total que les parésies et paralysies post-diphtériques *transitoires* sont dues à des lésions cellulaires cir-

conscrites, entraînant dans les nerfs périphériques de simples troubles circulatoires ou nutritifs réparables. — F. F.

Réaction des paralytiques généraux à l'antisérum humain, par MM. C. Ceni et C. Besta.

Etendant aux paralytiques généraux les recherches que l'un d'eux a récemment effectuées sur les épileptiques (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 324), les auteurs ont voulu voir si le sang possède, dans la méningo-encéphalite diffuse, des propriétés à la fois toxiques et curatives analogues à celles que présente le sérum des épileptiques. Pour cela ils ont employé la méthode même que M. Ceni avait utilisée dans ses investigations sur le sang dans le mal comitial : à savoir, vacciner des lapins avec le sérum des sujets soumis à l'expérience, puis étudier les propriétés du sérum fourni par ces animaux.

Leurs recherches ont porté sur 9 paralytiques généraux, qui ont reçu des injections du sérum obtenu comme il vient d'être dit. Chez 4 de ces malades il n'y eut aucune espèce de réaction, même après l'injection de fortes doses (jusqu'à 14 c c.) du sérum des lapins vaccinés. Chez les 5 autres, on n'observa pas davantage de phénomènes généraux ni de modifications de l'état psychique, mais il survint une réaction locale, d'intensité variable avec le plus ou moins d'affaiblissement des malades, et cela bien que les quantités injectées fussent notablement inférieures à celles qu'avaient reçues les sujets de la série précédente (6 c c. au maximum). Or, il importe de remarquer que les patients qui ne réagirent pas du tout se trouvaient à un stade avancé de la paralysie générale, et étaient tous dans des conditions physiques très compromises, tandis que ceux qui réagirent offraient au point de vue somatique un état assez satisfaisant.

Des expériences de contrôle furent ensuite instituées avec le sérum de lapins vaccinés au moyen, non plus du sérum de paralytiques généraux, mais bien de sérum humain normal; les résultats furent absolument concordants.

Dans une troisième série de recherches, MM. Ceni et Besta firent des injections d'un mélange du sérum d'animaux vaccinés et de sérum de paralytiques, dans le but de mettre en évidence l'existence éventuelle, dans ce dernier sérum, d'une anti-autocytotoxine susceptible de neutraliser les propriétés légèrement toxiques du sérum des animaux vaccinés; mais ces investigations demeurèrent complètement négatives.

Enfin, des injections du sérum d'animaux vaccinés soit avec du sérum de paralytiques, soit avec du sérum humain normal, furent faites à des individus sains; on observa simplement chez ceux-ci des réactions locales comparables à celles qu'avaient présentées les paralytiques généraux, mais plus intenses et plus durables.

De l'ensemble de ces faits, les auteurs concluent que le sérum des paralytiques, inoculé aux animaux, se comporte comme du sérum humain normal et n'entraîne pas l'apparition de toxines spécifiques, à l'inverse de ce qui se passe avec le sérum des épileptiques. Ils font observer, en outre, que chez leurs malades le degré de réaction aux injections de sérum était en raison inverse de l'altération des conditions somatiques, d'où ils déduisent l'hypothèse que les lésions de la méningo-encéphalite diffuse sont dues à un agent qui traduit essentiellement son influence en diminuant le pouvoir de réaction de l'économie à l'égard de certains principes toxiques d'origine organique, dont la nature n'est pas encore élucidée. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.) — F. F.

Sténose du canal hépatique par hyperplasie conjonctive des parois de ce conduit, par M. D. Marasco.

La lésion que présentait le malade dont l'auteur relate l'observation est des plus rares, si tant est qu'elle ait déjà été signalée; elle a de plus donné lieu à une erreur de diagnostic qui nous engage à résumer ce fait.

Un homme de cinquante-huit ans, sans antécédents dignes d'être notés, avait vu apparaître huit mois auparavant un ictère qui depuis lors n'avait fait que progresser, et dont l'évolution avait été marquée par des hématémèses et probablement aussi par du melæna; les selles étaient décolorées, mais à plusieurs reprises le patient avait eu d'abondantes évacuations biliaires, à la suite desquelles son état s'améliorait, d'une façon toute passagère malheureusement; jamais il n'avait éprouvé de phénomènes douloureux; par contre, il avait eu quelquefois un peu de fièvre.

A l'examen physique, on remarqua seulement un certain degré de tuméfaction du foie, qui débordait l'arc costal d'un travers de doigt environ, et offrait un bord tranchant, une surface lisse, une consistance dure et élastique. La cavité abdominale était libre de tout épanchement. Les urines renfermaient des pigments biliaires en abondance, de l'urobiline, de l'uroérythrine; le taux d'urée était diminué; il n'y avait pas de sucre.

Il s'agissait évidemment d'un ictère par rétention. L'absence de toute tumeur à la palpation, la conservation de l'état général, le défaut de glycosurie, d'ascite, etc., permettaient d'éliminer les néoplasmes tant des voies biliaires que de la tête du pancréas. On ne pouvait guère s'arrêter à l'idée de lithiase biliaire, faute de toute crise de colique hépatique. On admit donc l'hypothèse d'une angiocholite avec obstruction du cholédoque par un bouchon muqueux, ce qui expliquait notamment les débâcles biliaires qui étaient survenues à diverses reprises et avaient à chaque fois été suivies d'une rétrocession de l'ictère.

Au bout de quelques jours le malade succombait, et l'autopsie révéla, comme cause de la rétention, une hyperplasie énorme des parois du canal hépatique, rendant ce conduit presque complètement imperméable. Au-dessus de l'obstacle les voies biliaires étaient extrêmement dilatées, et cette dilatation avait entraîné une prolifération notable du tissu conjonctif intrahépatique. Il existait en outre une gastro-entérite chronique muqueuse et une néphrite interstitielle.

Dans le cas où pareille lésion serait diagnostiquée, ce qui n'est guère possible qu'après ouverture du ventre, M. Marasco suggère qu'on pourrait tenter d'y remédier chirurgicalement, en pratiquant — suivant l'étendue et le siège de la portion atrésiée — soit la résection de la partie atteinte du canal hépatique, avec suture des deux bouts, soit une hépatico cholécystostomie, interventions qu'il a pu effectuer sur le cadavre sans trop de difficultés. (*Incurabili*, 1er-15 août 1903.) — F. F.

Cancer de l'estomac à symptomatologie intestinale, par M. G. Giacomelli.

Si les tumeurs malignes de l'estomac sont souvent très difficiles à reconnaître au début, le diagnostic en est d'ordinaire beaucoup plus aisé quand l'affection est arrivée à un certain point de son évolution. Le fait relaté par M. Giacomelli montre cependant que, même alors que le néoplasme a acquis un développement considérable, le clinicien peut encore se trouver exposé à commettre de graves erreurs, sinon en ce qui concerne la nature du mal, du moins au point de vue du siège de la lésion.

Il s'agit d'un vieillard de soixante-dix ans, qui se fit recevoir à l'hôpital de Pise pour des troubles ayant débuté un an environ auparavant par des alternatives de diarrhée et de constipation, et accompagnés depuis quelques mois de douleurs assez vives mais intermittentes dans la fosse iliaque gauche, région où s'était développée en outre une grosseur; les troubles fonctionnels se réduisaient à un certain degré d'anorexie.

A l'examen objectif, l'auteur constata que le patient, assez maigre, n'avait pourtant pas l'aspect cachectique. La présence d'une tumeur dure, à surface lisse, plongeant en bas dans le petit bassin, remontant en haut jusqu'au voisinage de la ligne ombilicale, l'âge du malade, l'engorgement des ganglions inguinaux, firent admettre qu'il s'agissait d'un néoplasme malin; le siège de celui-ci, la symptomatologie purement intestinale (diarrhée et constipation, peut-être melæna), et en particulier l'absence de tout vomissement et de toute douleur gastrique tant à jeun qu'après les repas, conduisirent naturellement au diagnostic de cancer de l'intestin, probablement de l'S iliaque.

Or, une laparotomie ayant été pratiquée, on reconnut qu'il s'agissait d'un volumineux carcinome de l'estomac, occupant la face antérieure et la grande courbure de cet organe, lequel était fixé à la fosse iliaque gauche par de solides adhérences; le grand épiploon était fortement infiltré de tissu néoplasique, et le côlon transverse, ayant accompagné l'estomac dans son mouvement de descente, se trouvait fixé avec lui, par son milieu, dans la fosse iliaque. Le patient ayant succombé quatre jours après à une pneumonie, l'autopsie permit de contrôler tous les renseignements fournis par l'opération. (*Clinica moderna*, 8 juillet 1903.) — F. F.

Colique néphrétique malarique ou fièvre intermittente à forme de colique rénale, par M. V. Piazza-Martini.

Un homme de soixante ans est pris un matin d'un accès de colique néphrétique bien caractérisé, avec douleur siégeant sur le bord externe du carré des lombes, exaspérée par la pression, irradiant vers le pubis et le testicule, et accompagnée de l'émission d'urines chargées d'urates et de sable uratique. Cette crise se reproduit le lendemain et le surlendemain matin, toujours à la même heure, mais sans entraîner de nouveau des modifications dans l'aspect des urines. Un gramme de quinine est alors administré, et dès le jour suivant l'accès n'est plus qu'ébauché; une seconde prise de quinine coupe court à toute nouvelle manifestation. L'usage du médicament est à ce moment suspendu; quarante-huit heures après, les douleurs recommencent. Ce n'est que sous l'influence de l'absorption quotidienne de quinine que la guérison est enfin obtenue.

Deux autres observations relatées par l'auteur reproduisent assez exactement ce tableau clinique, ainsi qu'une troisième, empruntée à M. G. Mastrogiacomo. De ces faits, M. Piazza-Martini conclut qu'il existe une variété de colique néphrétique due à la malaria; elle revêt l'apparence de la néphrolithiase la plus légitime quant à l'intensité et à la propagation des douleurs, quoique celles-ci restent parfois plus limitées que dans la colique néphrétique vraie. Ce qui permettra surtout d'assurer le diagnostic, ce sera le retour des crises à heure fixe; l'heureux effet de la quinine lèvera tous les doutes dans les cas incertains. (*Gazz. siciliana di med. e chir.*, 6 août 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS POLONAISES

Un cas d'obstacle insolite à l'accouchement, par M. J. Saks.

L'observation relatée par M. Saks a trait à une primipare de trente-huit ans, qui fut admise à l'hôpital alors que les douleurs avaient déjà commencé, et chez laquelle on constata, au toucher vaginal, l'existence d'une tumeur dure, tendue et immobile, qui remplissait tout le vagin et se prolongeait vers la cavité abdominale. C'est à peine si l'on arrivait à insinuer un doigt entre cette masse et la paroi antérieure du vagin, et à atteindre l'orifice du col utérin. L'exploration rectale permit de se rendre compte que la tumeur en question comprimait complètement le rectum. En présence de ces données, l'auteur posa le diagnostic de kyste de l'ovaire, prolabé par suite des contractions de la matrice et venant obstruer le vagin On se décida à pratiquer la laparotomie. La patiente étant anesthésiée à l'éther, on incisa l'abdomen et, après avoir amené l'utérus au dehors, on ne fut pas peu surpris de retirer du cul-de-sac de Douglas une portion du gros intestin, extrêmement distendue et presque noire : on avait affaire à un volvulus au niveau de l'S iliaque, et l'obstacle constaté au toucher vaginal était constitué par l'anse intestinale tordue et descendue assez bas pour obstruer complètement la lumière du vagin. On incisa la matrice et on en retira le fœtus en état de rigidité cadavérique. Après avoir extirpé le placenta, on ferma la plaie utérine par une suture à deux étages, on réduisit l'intestin et on sutura l'incision abdominale. Malgré une série d'injections sous-cutanées de solution physiologique de chlorure de sodium, l'opérée succomba le lendemain.

M. Saks n'a pas pu trouver dans la littérature médicale de cas analogue à celui que nous venons de résumer. (*Gaz. lekarska*, 26 septembre 1903.) — L. CH.

Lésion traumatique de la branche palmaire profonde du nerf cubital, par M. L. Bregman.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un étudiant de vingt-trois ans, qui, en voulant enfoncer dans un bouchon l'une des deux branches d'un tube en V, se blessa à la paume de la main. La plaie était très profonde et donna lieu à une hémorrhagie abondante. Au bout d'environ un mois, la blessure était complètement cicatrisée, mais le patient présentait toute une série de troubles morbides dus évidemment à une lésion de la branche palmaire profonde du nerf cubital. Il existait une atrophie musculaire très accentuée : les espaces interosseux paraissaient enfoncés, les tendons des fléchisseurs des doigts très saillants. En faisant étendre la main malade, on constatait que les deux derniers doigts restaient recourbés, les premières phalanges étant en hyperextension, tandis que les phalangines et les phalangettes étaient légèrement fléchies; on remarquait, en outre, que l'auriculaire était en abduction. A l'encontre de ce que l'on notait pour les deux derniers doigts, le patient pouvait assez bien étendre l'index et le médius. La réaction électrique de dégénérescence fut constatée dans les muscles interosseux, ainsi que dans le long fléchisseur propre du pouce. Du côté des éminences thénar et hypothénar, la réaction était normale. L'examen radioscopique ne décela la présence d'aucun corps étranger dans la paume de la main.

Sous l'influence de la galvanisation, l'atrophie musculaire ne tarda pas à diminuer et, au bout de quelques semaines, le patient était à même d'exécuter des mouvements qui étaient impossibles avant le traitement. (*Kronika lekarska*, 15 septembre et 1er octobre 1903.) — L. Ch.

Contribution à l'étude de la cystinurie, par M. Wasserthal.

Dans le présent mémoire, consacré surtout à l'étiologie de la cystinurie, l'auteur relate une observation personnelle, qui a trait à un homme de trente-neuf ans, atteint depuis plusieurs années de calculs de la vessie. Tout à fait bien portant jusqu'en 1897, cet homme éprouva pour la première fois, à cette époque, une violente névralgie sciatique, qui fut suivie, au bout de quelques semaines, d'arthrites rhumatismales au niveau des genoux et des jointures tibio-tarsiennes. Les douleurs et les tuméfactions articulaires se dissipèrent dans l'espace de trois mois, mais, peu après, le patient fut pris d'une nouvelle atteinte de rhumatisme, au cours de laquelle la miction devint d'abord douloureuse, puis complètement impossible : l'exploration de l'urèthre permit de constater que ce canal était complètement obstrué par un calcul. A l'analyse de l'urine, on dénota la présence de cystine. Depuis lors, le malade a subi, à deux reprises, la lithotritie pour calculs formés de cystine, et dans ses urines on trouve toujours un dépôt abondant de cette substance, ainsi que de nombreux globules blancs.

M. Wasserthal serait porté à admettre l'existence d'un rapport de cause à effet entre le rhumatisme et la cystinurie, et cela d'autant plus que la même relation se retrouve dans un cas publié par M. Ebstein, où il s'agissait d'une femme de vingt-trois ans, atteinte de polyarthrite rhumatismale avec albuminurie et cystinurie, et chez laquelle l'urine redevint normale dès qu'elle fut guérie de son rhumatisme. (*Gaz. lekarska*, 22 et 29 août et 5 septembre 1903.) — L. Ch.

PUBLICATIONS PORTUGAISES

Tratamento da febre amarella pelas injecçoes de sôro antiophidico. In-8°, 19 p. S. Paulo, 1903. — **Du traitement de la fièvre jaune par des injections de sérum antivenimeux**, par M. Bettencourt-Rodrigues.

Les analogies existant entre les accidents produits par des morsures de serpents et les symptômes de la fièvre jaune ont été depuis longtemps signalées par des auteurs tels que Neidhard et Guillaume de Humboldt, et plus récemment par des médecins brésiliens, parmi lesquels il faut citer M. V. Godinho et surtout M. V. Brazil, lequel a fait connaître les résultats de nombreuses expériences exécutées sur les animaux et qui semblent établir que ceux d'entre eux qui ont subi préalablement une injection de toxines de la fièvre jaune supportent très facilement des doses de venin de serpents plusieurs fois mortelles.

Les toxines de la fièvre jaune administrées à la dose vaccinante conféreraient donc à l'animal une certaine immunité vis-à-vis de l'action du venin ophidique. La réciproque est-elle vraie? Jusqu'à ce jour aucune expérience n'a été faite pour fournir une réponse à cette question; mais le fait relaté par M. Bettencourt-Rodrigues, sans donner une réponse définitive, permet de supposer tout au moins qu'il existe vraiment un rapport de réciprocité quant à la façon dont la toxine de la fièvre jaune et les venins de serpents se comportent entre eux.

Il s'agissait d'un homme de vingt et un ans qui, trente-six heures après le début d'une fièvre jaune à forme très grave, fut pris d'hémorrhagies multiples (entérorrhagie, stomatorrhagies, épistaxis), accompagnées d'œsophagisme, d'une sensation de strangulation, de constriction dans la gorge et de rétention partielle des urines, c'est-à-dire d'un ensemble de symptômes qu'on observe souvent à la suite d'une simple morsure de serpent. Frappé par ce fait et se rappelant les travaux où l'analogie entre l'action de la toxine de la fièvre jaune et les effets des venins de serpent a été mise en lumière, l'auteur eut l'idée de soumettre son patient à des injections d'un sérum antivenimeux préparé par M. Brazil, à l'Institut de Butantan. Le nombre des injections fut de trois; à la suite de la première les hémorrhagies avaient considérablement diminué et la diurèse était devenue plus abondante; après la troisième les hémorrhagies, ainsi que l'œsophagisme qui les accompagnait, avaient complètement disparu et les reins avaient repris leur fonctionnement à peu près normal. Le malade n'a cependant pu être sauvé, ce qui, d'après M. Bettencourt-Rodrigues, serait peut-être arrivé s'il s'était agi d'une forme moins grave et si l'on avait institué la sérothérapie à une phase moins avancée de la maladie. — S. J.

PUBLICATIONS RUSSES

Contribution à l'étude des maladies simulées des organes génito-urinaires, par M. A. Galiénkovsky.

Chargé du service des maladies vénériennes à l'hôpital militaire de Brest-Litovsk, l'auteur a eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas de simulation des affections des organes génito-urinaires, qui méritent d'autant plus d'être signalés que, parmi les maladies simulées, celles de l'appareil génito-urinaire semblent être les moins connues.

M. Galiénkovsky a été à même de dépister, trois fois, la simulation de la blennorrhagie aiguë, réalisée à l'aide du procédé sur lequel M. Sorotchinsky a naguère attiré l'attention et qui consiste, comme on se le rappelle, à introduire dans l'urèthre une bougie de savon ordinaire que l'on pousse profondément par quelques mouvements de massage (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 262). Au point de vue diagnostique, l'auteur attache une grande importance à l'absence de taches de pus sur le linge du patient, contrairement à ce que l'on observe dans la blennorrhagie vraie. A l'examen microscopique de l'écoulement uréthral, on constate que le prétendu pus se fixe mal sur la lame et se laisse difficilement colorer par le bleu de méthylène; enfin, l'absence complète de globules de pus et d'éléments figurés viendra lever tous les doutes.

Dans le cas où l'on n'a pas de microscope à sa disposition, on peut recourir au procédé décrit par M. Potapov sous le nom de *réaction des bulles de savon* (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 387); mais, d'après l'expérience de M. Galiénkovsky, cette épreuve ne réussit que lorsque l'écoulement contient une proportion assez considérable de savon; si la sécrétion est diluée dans l'urine, la réaction est difficile à obtenir. Aussi l'auteur conseille-t-il, pour mettre la fraude à découvert, d'additionner l'urine de quelques gouttes d'une solution d'acide osmique à 2 % : on verrait alors le liquide urinaire « savonneux » devenir trouble et prendre rapidement une coloration noire, qui au bout de quelques instants virerait au rouge brun. Au contraire, les urines ne contenant point de savon resteraient tout à fait limpides.

M. Galiénkovsky a également eu l'occasion d'observer 18 cas de cystite chronique *provoquée* dans le but d'obtenir l'exemption du service militaire. A cet effet, les patients s'étaient servi d'un mélange d'urine et de jus de citron, additionné d'une petite quantité de quinine une injection de cette mixture dans le canal de l'urèthre suffirait pour déterminer un tableau clinique rappelant de très près la cystite chronique. L'auteur a pu se rendre compte qu'un mélange composé de 50 c.c. d'urine, d'une certaine quantité de jus de citron et de 0 gr. 12 centigrammes de chlorhydrate de quinine ne diffère en rien, comme aspect, de l'urine provenant d'un sujet atteint d'une cystite vraie. Les simulateurs mettent souvent à profit cette ressemblance, en l'accentuant quelquefois par l'addition de mucus nasal, comme M. Galiénkovsky l'a constaté dans deux cas, où il a trouvé dans le dépôt urinaire des cellules épithéliales à cils vibratiles. A titre de signes susceptibles de révéler la véritable nature de l'affection, il convient de mentionner l'état constamment et uniformément trouble de l'urine, le peu de tendance que celle-ci présente à déposer, et, enfin, sa pauvreté en éléments figurés, notamment en leucocytes. (*Voïenno-méd. journ.*, juin 1903.) — L. Ch.

Un cas de crachement de sang, provoqué par une sangsue, par M. G. Sterjémensky.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un soldat de vingt-quatre ans, qui, en pleine santé, fut pris brusquement de douleurs au niveau du cartilage thyroïde, avec aphonie, crises d'asphyxie et toux accompagnée de crachement de sang. A l'examen, on ne constata rien d'anormal du côté des organes thoraciques. Les muqueuses de la bouche et du nez, ainsi que le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx, ne présentaient aucune lésion; les dents étaient saines et les gencives en très bon état. On fit plusieurs tentatives pour pratiquer l'examen laryngoscopique, mais les accès de toux et les nausées qu'éprouvait le malade à la vue de l'instrument rendaient impossible l'introduction du laryngoscope dans la gorge. Les crachats étaient visqueux, de coloration rouge foncé, et légèrement spumeux; le microscope y décelait la présence de salive et d'éléments figurés du sang, mais il n'existait pas de bacilles de Koch. Admis à l'hôpital, le patient y resta un mois et demi, sans qu'on vît survenir la moindre amélioration dans son état, et cela malgré l'emploi des hémostatiques et des narcotiques. Les choses en étaient là lorsque, à l'occasion d'une quinte de toux particulièrement violente, le malade expectora avec les crachats une sangsue mesurant 8 centimètres de long sur 1 centim. 1/2 de large. Le même jour, la toux et les crachements de sang cessèrent complètement et la voix redevint claire. Les téguments cutanés, qui présentaient depuis quelque temps une pâleur assez accentuée, ne tardèrent pas à récupérer leur coloration normale, et le patient quitta l'hôpital, tout à fait rétabli.

Il est probable que la sangsue avait été avalée avec l'eau de boisson, au cours de manœuvres durant lesquelles les soldats avaient souvent été obligés de se désaltérer directement dans des mares plus ou moins suspectes.

L'intérêt de l'observation que nous venons de résumer réside surtout dans la longue durée (près de deux mois) du séjour du parasite au niveau du larynx. On sait, en effet, qu'habituellement les sangsues lâchent prise et tombent d'elles-mêmes une fois qu'elles sont gorgées de sang; à moins d'être soumises au dégorgement, elles sont alors incapables d'exercer la succion et l'aspiration du sang. Or, dans le cas en question, la sangsue avait gardé son activité pendant toute la durée de son séjour dans le larynx. M. Sterjémensky serait porté à attribuer ce fait aux dégorgements successifs que devait subir l'animal sous l'influence de la compression à l'occasion des accès de toux. Ce sont précisément ces dégorgements qui donneraient lieu aux crachements de sang, lesquels constituent le symptôme le plus constant de la présence de sangsues dans le larynx. Il va sans dire que dans les cas où l'on peut pratiquer l'examen laryngoscopique (Voir *Semaine Médicale*, 1883, p. 285), le diagnostic ne présente aucune difficulté. (*Voïenno-méd. journ.*, mai 1903.) — L. Ch.

Les bubons des cavaliers, par M. V. Vassiliev.

L'auteur a été à même de remarquer que les soldats de cavalerie se plaignent fréquemment de douleurs au niveau de la région inguinale. A l'examen, on constate en pareille occurrence que les ganglions lymphatiques de l'aine sont tuméfiés, arrondis et élastiques, et en outre un peu douloureux à la palpation. La tuméfaction porte sur les ganglions qui siègent sous le ligament de Poupart, tout comme sur ceux du triangle de Scarpa. L'évolution de cette affection est des plus variables : tantôt elle guérit sous l'influence de la simple suppression de l'équitation pendant quelques jours, associée ou non à l'emploi de l'onguent ou de l'emplâtre mercuriel, tantôt elle aboutit, au contraire, à la suppuration en nécessitant une intervention opératoire.

Fait à remarquer, l'examen le plus minutieux n'a jamais permis de déceler l'existence d'un *foramen contagiosum* et, d'après les renseignements fournis par l'interrogatoire des malades, la tuméfaction ganglionnaire n'aurait été précédée d'aucune plaie ni contusion de la moitié inférieure du tronc ou des extrémités inférieures. L'adénopathie en question semble, par conséquent, être indépendante de toute autre lésion et doit être considérée comme une sorte de *maladie professionnelle*, liée à l'équitation prolongée.

La pathogénie de cette phlegmasie ganglionnaire s'explique par la disposition anatomique des vaisseaux lymphatiques de la moitié inférieure du corps. Les ganglions inguinaux, superficiels et profonds, constituent, comme on le sait, des collecteurs pour la circulation lymphatique d'une grande partie de l'économie, puisqu'ils recueillent la lymphe des membres inférieurs, de la région lombaire, de la moitié sous-ombilicale de l'abdomen, du périnée et des organes génitaux externes. Tous leurs vaisseaux efférents se rendent dans les ganglions iliaques, qui reçoivent, en outre, les lymphatiques provenant des organes du petit bassin. Pendant l'équitation, la circulation lymphatique subirait une perturbation assez marquée, en raison de la tension des muscles des membres inférieurs, qui activerait l'afflux de la lymphe vers les ganglions inguinaux, alors que — les vaisseaux efférents de ces glandes se trouvant comprimés entre la branche horizontale du pubis et le ligament de Poupart — la progression ultérieure de la lymphe serait, au contraire, entravée. Ce défaut d'équilibre et l'hyperfonctionnement des ganglions inguinaux auquel il donnerait lieu, joints à l'irritation mécanique de la région correspondante par les chocs de la selle, se traduiraient, chez un certain nombre de sujets, par l'adénopathie phlegmasique plus ou moins accentuée que décrit M. Vassiliev. (*Voïenno-méd. journ.*, juin 1903.) — L. CH.

Influence de quelques alcalins sur l'évolution des maladies infectieuses provoquées expérimentalement, par M. D. Averbakh.

On sait que l'alcalinité du milieu de culture constitue une condition particulièrement propice au développement de certaines bactéries. Or, au cours de recherches relatives à la pullulation du bacille d'Eberth et du bacille pyocyanique sur milieux alcalins, M. Averbakh a eu l'occasion de constater que les tubes de cultures placés dans une étuve dont on avait, par inadvertance, laissé la température monter et se maintenir pendant deux jours à 42°, ne contenaient que des microbes ayant perdu toute leur vitalité. Une série d'expériences instituées dans le but de vérifier cette constatation accidentelle donnèrent toutes des résultats concordants : le milieu alcalin, favorable au développement d'une espèce bactérienne à la température normale, devient, au contraire, bactéricide à l'égard de cette même espèce, si la température est portée aux environs de 42°.

En présence de ce fait, qui, à première vue, semble paradoxal, M. Averbakh se demande si l'action curative de l'élévation thermique, chez les fébricitants, ne serait pas due précisément aux propriétés bactéricides qu'acquerrait le sang — milieu alcalin — sous l'influence de l'hyperthermie. D'autre part, l'auteur a cherché à se rendre compte si l'on ne pourrait pas, dans les infections expérimentales, favoriser les défenses de l'organisme par l'emploi des alcalins, qui auraient pour effet d'augmenter l'alcalinité du sang et, partant, ses propriétés bactéricides, tout en neutralisant les produits acides, particulièrement abondants dans les états pyrétiques.

Et, de fait, les recherches que M. Averbakh a instituées, afin d'élucider cette question, sur des lapins et sur des cobayes auxquels il injectait des cultures de staphylocoques, de bacilles d'Eberth, de bacilles de la diphtérie, etc., lui ont montré que l'alcalinité du sang diminue parallèlement à l'intensité de l'infection et que les animaux traités par des injections de solutions alcalines résistent mieux au processus morbide que les témoins, chez lesquels l'infection est abandonnée à elle-même. (*Méd. Obozr.*, LIX, 8.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Altérations pathologiques du tube digestif dans l'anémie pernicieuse, par MM. K. Faber et C. E. Bloch.

Les auteurs consacrent ce travail à la description des lésions observées dans le tube digestif au cours de l'anémie pernicieuse, lésions au sujet desquelles règnent encore d'assez grandes divergences d'opinion.

Dans les 5 cas qu'ils ont eu l'occasion d'examiner, MM. Faber et Bloch ont constamment trouvé des altérations stomacales, surtout prononcées vers le fond de l'organe. On les décrit généralement sous le nom de gastrite atrophique. Toutefois leur aspect varie un peu suivant les formes cliniques de la maladie : les différences portent principalement sur l'état des glandes, car l'épithélium est généralement bien conservé et le chorion muqueux est plus ou moins uniformément infiltré de cellules embryonnaires et de petits blocs hyalins. Dans les formes aiguës, les glandes sont à peu près normales; mais, dans les formes chroniques, elles sont atrophiées, leurs culs-de-sac présentent souvent un renflement kystique, et un tissu interstitiel abondant et en voie de prolifération les éloigne les unes des autres. Même dans ce cas, comme on le voit, les glandes gastriques sont loin d'avoir entièrement disparu : on peut même voir une achylie gastrique complète coexister avec une conservation histologique relative des tubes glandulaires.

Au point de vue clinique, on sait, en effet, que la plupart des sujets atteints d'anémie pernicieuse, pour ne pas dire tous, ont de l'achylie gastrique; mais ce trouble fonctionnel peut évoluer d'une manière absolument latente ou avec des symptômes dyspeptiques extrêmement légers.

En ce qui concerne l'intestin, la plupart des auteurs déclarent qu'il y existe une atrophie comparable à celle que l'on trouve au niveau de l'estomac, que la muqueuse s'exfolie, etc. D'après MM. Faber et Bloch, il ne s'agit là que de lésions cadavériques, ainsi qu'ils ont pu s'en assurer en injectant dans l'intestin, aussitôt après la mort, une solution de formaline, ce qui a pour effet de fixer les éléments histologiques; on fixe même ainsi les anses intestinales dans leurs mouvements péristaltiques, car les unes demeurent distendues, alors que les autres sont rétrécies. Il est bon de remarquer qu'à la suite de ces fixations exécutées immédiatement après la mort, la longueur de l'intestin est notablement inférieure à celle qu'on lui attribue couramment : il ne mesure guère que de 4 m. 50 à 5 m. 50 et non 8 ou 10 mètres. Si l'on oublie que par ce procédé l'intestin est fixé en péristaltisme, on peut être tenté de croire, là où l'anse est distendue, que la paroi intestinale est atrophiée, d'autant plus que les glandes se trouvent alors plus distantes les unes des autres que de coutume. Mais il est facile de comprendre qu'il n'y a là qu'une apparence. D'ailleurs, pas plus dans les anses dilatées que dans celles qui sont contractées, on ne surprend aucune trace d'inflammation, à moins que le malade, comme dans une des observations relatées par les auteurs, n'ait eu quelque entérite antérieure.

Du côté du foie ou du pancréas, MM. Faber et Bloch n'ont rien noté d'anormal.

A l'instar de l'anémie due au bothriocéphale, et où l'intestin est intact, les auteurs supposent donc que le poison, cause de l'anémie pernicieuse, se produit dans l'intestin et qu'il s'élimine ensuite par l'estomac, d'où les lésions de ce dernier organe. (*Hospitalstidende*, 2 et 9 septembre 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

La forme hémorrhagique de la fièvre typhoïde, par M. F. Samohrd.

L'auteur a eu l'occasion d'observer, dans les services de MM. les professeurs Eiselt et Maixner, 6 cas de cette forme rare de dothiénentérie que les anciens désignaient sous le nom de *fièvre putride hémorrhagique*. Dans la plupart de ces observations (4 fois sur 6), les hémorrhagies ne se sont manifestées qu'à partir du quatrième septénaire de la maladie; 2 fois seulement elles ont débuté respectivement au seizième et au dix-septième jour de l'affection.

Les écoulements sanguins se produisaient par des voies multiples, mais le plus souvent ils commençaient par une épistaxis profuse. Les hémorrhagies cutanées étaient particulièrement fréquentes. A côté d'elles, on a noté, dans un cas, toute une série de manifestations hémorrhagiques du côté du nez, des gencives, des oreilles, des voies digestives, de l'appareil urinaire, etc. Chez un autre malade, il existait une infiltration sanguine diffuse au niveau de l'abdomen et des cuisses.

Sur les 6 patients, 5 ont guéri; le sixième a succombé au cours de la troisième semaine de la maladie. A l'autopsie, on constata la présence de nombreuses hémorrhagies intramusculaires, ainsi qu'une infiltration sanguine de la vésicule biliaire et des ganglions mésentériques; il y avait également des foyers hémorrhagiques sur les séreuses, dans les reins, dans la vessie, etc., etc. L'examen bactériologique a permis de déceler, dans le sang du cœur, de la rate et des ganglions mésentériques, la présence du bacille d'Eberth, mais on ne trouva ni microbes pyogènes, ni colibacilles. Cela étant, M. Samohrd serait porté à croire que la forme hémorrhagique de la fièvre typhoïde n'est pas due à une infection secondaire, mais qu'elle est plutôt sous la dépendance d'une virulence particulière de l'agent pathogène. (*Sbornik klinicky*, V, 1.) — L. CH.

Ralentissement expiratoire considérable du pouls chez quelques neurasthéniques, par M. R. Vanysek.

M. le professeur Thomayer a, depuis longtemps, remarqué que chez les neurasthéniques et, en particulier, chez ceux d'entre eux qui se plaignent de sensations cardiaques, le pouls subit pendant l'expiration un ralentissement très considérable. D'après les recherches que l'auteur a instituées en vue d'étudier le phénomène en question, le rapport entre le nombre des pulsations à la minute pendant l'inspiration et leur fréquence à l'expiration est, en pareille occurrence, comme 100 est à 70, 90 à 60, 84 à 45, etc., etc.

Tout en n'étant qu'une exagération du rythme normal, ce ralentissement expiratoire du pouls ne s'observerait jamais avec la même intensité chez les sujets bien portants ou atteints de maladies du cœur. Il paraît donc propre à la neurasthénie et doit être mis sur le compte d'une surexcitabilité particulière du centre cardiaque, que l'on peut admettre par analogie avec la surexcitabilité des centres vasomoteurs, laquelle constitue, comme on le sait, un symptôme très fréquent au cours des états neurasthéniques. Au point de vue pathogénique, le ralentissement expiratoire du pouls serait, par conséquent, à rapprocher du phénomène décrit, en 1898, par M. Erben (*Vaguspuls*), ainsi que de la *tachycardie orthostatique*, étudiée récemment par M. Thomayer et que nous avons eu l'occasion de signaler ici même (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 284).

En pratique, la connaissance du symptôme qui fait l'objet du mémoire de M. Vanysek n'est pas sans valeur, car le phénomène en question est susceptible de simuler une arythmie par cardiopathie organique. C'est assez dire qu'en présence d'une arythmie ne s'accompagnant d'aucune autre manifestation cardiaque objective, il importe d'avoir en vue l'existence possible d'un simple ralentissement expiratoire du pouls, de nature neurasthénique. (*Sbornik klinicky*, V, 1.) — L. CH.

23e ANNÉE. — No 1. Vingt centimes le numéro. 7 JANVIER 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Le diagnostic de siège des calculs biliaires, par M. le docteur H. Ehret 1
MÉDECINE PRATIQUE. — La salpingoscopie ou cystoscopie du nasopharynx, par M. le professeur A. Valentin........ 2
PREMIER CONGRÈS ÉGYPTIEN DE MÉDECINE (tenu au Caire du 19 au 23 décembre 1902). — Bilharzia et bilharziose........ 3
Etiologie et traitement du trachome........ 3
Dysenterie et abcès du foie........ 4
Le traitement chirurgical des abcès du foie........ 4
Les abcès du foie chez l'enfant........ 5
Sur le typhus bilieux........ 5
Les néphrites paludéennes........ 5
Les épidémies de choléra et de peste en Egypte........ 5
Sérothérapie de la fièvre typhoïde........ 6
Sur le traitement des calculs vésicaux en Egypte........ 6
Des psychoses dans les pays chauds........ 6
Anémie pernicieuse à bothriocéphale........ 6
La cure chirurgicale de l'ascite dans les cirrhoses cardiaques........ 6
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1901-1902)........ 6
L'antidote de l'arsenic est nuisible en cas d'empoisonnement par l'anhydride arsénieux et d'une efficacité temporaire contre la liqueur de Fowler........ 7
Publications allemandes. — Sur l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie choréique........ 7
De la genèse et du diagnostic clinique de la dégénérescence polykystique des reins........ 7
Luxation de l'épaule avec rupture de l'artère thoracique inférieure au niveau de sa séparation d'avec l'artère axillaire........ 8
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement des tumeurs vasculaires par des injections interstitielles d'eau chaude........ 8
Injections d'un mélange de vaseline et d'huile d'olive comme moyen de prothèse........ 8
L'exercice de la bicyclette comme moyen de traitement de la tarsalgie des adolescents........ 8
Traitement des ulcères de jambe par des lavages au formol et des applications d'acide borique en poudre........ 8
NOUVELLES.
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès du foie........ 4^2
— — chez l'enfant........ 5^1
Acide borique en poudre contre les ulcères de jambe........ 8^3
Anémie pernicieuse à bothriocéphale........ 6^3
Appendicite........ 7^2
Arsenic et son antidote........ 7^2
Bilharzia et bilharziose........ 3^1
Calculs biliaires et diagnostic de leur siège........ 1^1
Choléra et ses épidémies en Egypte........ 5^3
Dégénérescence polykystique des reins........ 7^3
Diabète et affections du foie........ 7^1
Dysenterie et abcès du foie........ 4^2
Eau chaude en injections contre les tumeurs vasculaires........ 8^1
Engorgement chronique du foie dans les pays chauds........ 6^3
Epidémies de choléra et de peste en Egypte........ 5^3
Epilepsie choréique........ 7^3
Fièvre typhoïde et sa sérothérapie........ 6^2
Foie des diabétiques........ 7^1
Formol contre les ulcères de jambe........ 8^3
Injections prothétiques de paraffine et d'huile d'olive........ 8^2
Invagination intestinale........ 6^3
Lipomatoses symétriques........ 7^1
Luxation de l'épaule avec rupture de l'artère thoracique inférieure........ 8^1
Néphrites paludéennes........ 5^2
Peste et ses épidémies en Egypte........ 5^3
Psychoses dans les pays chauds........ 6^2
Salpingoscopie ou cystoscopie du nasopharynx........ 2^2
Sérothérapie de la fièvre typhoïde........ 6^2
Sérum antiscorpionique........ 6^3
Tarsalgie des adolescents........ 8^3
Trachome........ 3^3
Traitement chirurgical de l'ascite dans les cirrhoses cardiaques........ 6^3
— — de l'épilepsie choréique........ 7^3
— — des abcès du foie........ 4^3
— de l'appendicite........ 7^2
— de la tarsalgie des adolescents........ 8^3
— des calculs vésicaux en Egypte........ 6^2
— des tumeurs vasculaires........ 8^1
— des ulcères de jambe........ 8^3
— du trachome........ 3^3
Tumeurs vasculaires........ 8^1
Typhus bilieux........ 5^2
Ulcères de jambe........ 8^3

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Ernst Remak (*neurologie et électrothérapie*); Oskar Lassar (*dermatologie et syphiligraphie*).

Faculté de médecine de Berne. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Fritz Dumont et Paul Niehans (*chirurgie*), E. Emmert (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur F. Gangitano, privatdocent à la Faculté de médecine de Messine, est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Joseph Esser est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Willy Anschütz est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Majewski est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Emil von Dungern, privatdocent d'hygiène, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur W. Müller est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur G. Benno Schmidt, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Wilhelm Lubosch est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Adam Bednarski est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Moscou. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires I. Spijarny (*pathologie externe*); V. Roth (*neurologie et psychiatrie*).

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Rudolf Seggel est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Enrico Coraini est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur J. Sabanéiev est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Séville. — M. le docteur Enrique Suñer y Ordóñez est nommé professeur de pathologie générale.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur Tikhov est nommé professeur extraordinaire de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les docteurs H. Schlesinger (*médecine interne*), Salomon Klein (*ophtalmologie*), Richard von Braun (*obstétrique et gynécologie*), A. Bing (*otologie*).

McGill University de Montréal. — M. le docteur Th. A. Starkey (de Londres) est nommé professeur d'hygiène, en remplacement de M. Wyatt Johnston, décédé.

University of California de San Francisco. — M. le docteur J. Loeb (de Chicago) est nommé professeur de physiologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Panas, ancien professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Varnier, accoucheur des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Max Schede, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Angelo Mazzucchelli, professeur extraordinaire de pathologie externe à la Faculté de médecine de Pavie.

NOUVELLES

FRANCE

~~ Dans sa séance de mercredi dernier, le Conseil municipal de Paris a voté un crédit de 3,000 fr. pour frais de création d'un bureau municipal de renseignements scientifiques pour les étrangers. Il avait été déjà question d'établir un bureau de ce genre au point de vue spécial de la médecine, mais cette création n'a pas eu lieu jusqu'ici et c'est pour mettre l'idée en œuvre et, s'il y a lieu, pour la généraliser que le Conseil a pris la délibération que nous venons de faire connaître. L'office projeté, qui serait installé dans un immeuble appartenant à la ville, comme la Sorbonne ou la Faculté de médecine, se tiendrait en rapport par correspondance avec les corps scientifiques étrangers et serait à la disposition des visiteurs en tout temps et en particulier à l'époque des vacances; il comprendrait des fonctionnaires possédant les langues étrangères et en mesure de répondre à toutes les demandes de renseignements.

~~ Dans la dernière séance de l'Académie des sciences morales et politiques, M. Toutée, lieutenant-colonel d'artillerie et sous-directeur de l'Ecole de guerre, a donné lecture d'un mémoire sur la natalité française et le moyen à employer pour l'augmenter.

Après avoir signalé que la population allemande s'accroît vingt et une fois plus vite que la population française, il recommande, pour parer à notre faible natalité, une mesure qui ne nécessite ni intervention de l'Etat, ni création de fonctionnaires, ni augmentation d'impôts, ni exemptions; une mesure, en un mot, qui puisse fonctionner automatiquement et qui invite à la création de familles nombreuses par le seul désir qu'elle éveille chez les intéressés, c'est-à-dire chez les pères et mères de famille.

Cette mesure consiste en une modification à apporter aux lois successorales non pas pour revenir au droit d'aînesse, comme d'autres l'ont prôné, mais au contraire pour faire un pas de plus dans l'égalité du partage des fortunes entre les membres d'une même famille : il s'agit d'appeler à ce partage non pas seulement les enfants du premier degré, mais encore les enfants de ceux-ci.

D'après le système de M. Toutée, chaque enfant se présenterait donc à la succession de ses auteurs en réclamant, en sus de sa part, autant de parts égales à la sienne qu'il a lui-même d'enfants vivants. Les enfants uniques hériteraient seulement de la moitié de la fortune de leurs parents, l'autre moitié étant attribuée aux personnes qui auraient hérité à leur défaut.

AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE

~~ Dans un précédent numéro, nous avons signalé les grands travaux projetés pour l'assainissement de l'Afrique occidentale française. Voici maintenant, d'après des renseignements tout récents fournis par M. le docteur Barot (médecin des troupes coloniales), quelles sont les zones habitables par les Européens :

L'Afrique occidentale française possède une zone de montagnes et de plateaux bien irrigués, où l'Européen peut se fixer. Là, point de maladies endémiques, point d'épidémies; seul, le paludisme menace le colon pendant une partie de l'année. Aussi, sur 105 soldats européens observés pendant seize mois, malgré les privations et les fatigues, 2 seulement ont succombé. On peut donc essayer de délimiter les régions plus ou moins habitables. Le littoral ne doit être qu'un lieu de passage. Il convient d'y séjourner le moins possible. C'est, en effet, la zone de la fièvre jaune. La partie du pays vraiment habitable est la haute vallée du Niger et de ses affluents, sur une superficie de 150,000 kilomètres carrés; puis les territoires, d'une surface de 400,000 kilomètres carrés, arrosés par le cours supérieur du Falémé, du Bafing, du Bakoy, du Bandama, du Comoé, de la Volta et de l'Ouémé. Une troisième zone, assez bonne, est scindée en deux parties : à l'ouest, la Guinée et le Fouta-Djallon (35,000 k. q.); à l'est, les bassins, supérieur du Sassandra, et moyens du Bandama, du Comoé et de la Volta (280,000 k. q.). L'ensemble de la terre, facilement habitable pour l'Européen, représente donc, en territoire français, 700,000 kilomètres carrés sur 865,000.

Le surplus, c'est-à-dire le littoral et la partie orientale, ne devrait être qu'une région d'exploitation où la main-d'œuvre indigène fera la besogne matérielle. Tel est le cas du haut Sénégal et du moyen Niger. Quant à la zone présaharienne, à la forêt équatoriale, aux lagunes et aux deltas marécageux du littoral, ces régions constituent la partie réellement dangereuse pour l'Européen.

AFRIQUE ORIENTALE ANGLAISE

~~ La mission médicale qui avait été envoyée par le gouvernement anglais pour étudier dans cette partie de l'Afrique la maladie du sommeil est rentrée ces jours derniers à Londres, sauf un des membres, qui est resté sur place pour compléter certaines recherches bactériologiques. Il résulte des premiers renseignements fournis que la maladie du sommeil prend, dans l'Afrique orientale anglaise, une extension très grande; plusieurs des provinces de l'Ouganda sont atteintes, et des localités qui étaient indemnes au mois de juillet dernier se trouvent actuellement contaminées à plusieurs lieues à la ronde. C'est le cas pour le terminus du chemin de fer du lac Victoria Nyanza. Si la maladie continue sa marche envahissante dans la direction de l'est, on prévoit que Mombasa, tête de ligne de ce chemin de fer et escale de la Compagnie de navigation anglo-indienne, deviendra tôt ou tard la proie du fléau, de telle sorte que la maladie sera susceptible d'être importée alors dans les Indes par la voie de mer.

A ce moment, la maladie du sommeil, endémique sur une partie de la côte occidentale de l'Afrique, aura traversé le continent africain depuis l'océan Atlantique jusqu'à l'océan Indien, attendu qu'elle a été signalée dans le Congo portugais, — où elle a été déjà étudiée par une commission médicale envoyée de Lisbonne (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 366) —, dans le Congo belge — où elle sévit depuis plusieurs années et a pris dernièrement une extension qui va toujours croissant —, enfin dans l'Afrique orientale anglaise. Mais ce n'est pas tout, car les communications entre le lac Victoria Nyanza et l'Egypte, par la voie du Nil, prenant quelque développement, il est à craindre qu'un jour ou l'autre l'épidémie ne gagne ce dernier territoire.

Quoi qu'il en soit, il était temps que les gouvernements intéressés se préoccupassent de ce fléau qui a pris une extension propre à inspirer des craintes d'autant plus sérieuses que l'affection se termine le plus souvent par la mort. Tout fait prévoir que la maladie du sommeil est d'origine microbienne, mais les expérimentateurs ne sont pas encore d'accord sur son agent pathogène.

DANEMARK

~~ Les présidents des Sociétés médicales danoises et tous les hauts fonctionnaires médicaux du Danemark ont signé une déclaration, publiée le 28 décembre 1902, aux termes de laquelle le calice commun dont les protestants se servent pour la communion présente des dangers réels au point de vue de la contagion. Pour obvier à cet inconvénient, ils recommandent l'emploi d'un calice dont le pourtour comprend une série de petites coupes pouvant, au moyen d'un mécanisme spécial, être remplies séparément et l'une après l'autre du liquide nécessaire.

ETATS-UNIS

~~ Il est question de construire pour les phtisiques au *Philadelphia Hospital* huit pavillons en verre avec armature d'acier, pouvant, les jours de beau temps, être ouverts par le haut et par les côtés; les fermetures seront rendues étanches par une garniture de caoutchouc. Les frais de construction de ces huit pavillons sont estimés à la somme de 625,000 fr. et l'on espère que le conseil municipal de Philadelphie votera le crédit pour l'exercice 1903.

HOLLANDE

~~ Vers la fin de 1899, il est intervenu entre les gouvernements belge et hollandais une convention portant modification à l'arrangement néerlando-belge de 1873, relatif aux communications directes à se faire, par les autorités médicales limitrophes des deux pays, au sujet des maladies contagieuses qui pourraient se déclarer dans leurs ressorts respectifs.

Jusqu'ici la peste était la seule maladie qui donnait lieu, après une première notification, à des communications périodiques hebdomadaires. Mais les deux gouvernements ont dernièrement convenu que, pour assurer la prophylaxie de deux maladies particulièrement contagieuses, les mêmes communications hebdomadaires seront à l'avenir échangées directement, en ce qui concerne le choléra et la variole.

ITALIE

~~ Par ordre du ministre de l'intérieur, il a été fait, pendant le dernier trimestre de l'année écoulée, un cours pratique de police scientifique pour les fonctionnaires supérieurs de la sûreté publique; ce cours, fait à Rome par M. le docteur S. Ottolenghi, professeur extraordinaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Sienne et chargé du même enseignement à la Faculté de droit de ladite ville, a pour but de faire connaître, avec démonstrations sur les détenus, sur les cadavres et sur le corps du délit, l'application des méthodes scientifiques à l'identification, à la surveillance et à la recherche des criminels ainsi qu'à la détermination de la nature du crime commis.

RUSSIE

~~ La situation des femmes-médecins va toujours en s'améliorant en Russie. Maintenant on annonce que l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg a décidé d'admettre les femmes-médecins à des travaux scientifiques dans la section des maladies aiguës et contagieuses dépendant des cliniques de l'infirmerie militaire, à condition qu'il n'y ait qu'une seule femme-médecin dans chaque baraquement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Ráskai (D.). Zur Histologie der gonorrhoischen Stricturen der Harnröhre. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 7.) — Anatomie pathologique des rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre.

Riechelmann (W.). Eine Krebsstatistik vom pathologisch-anatomischen Standpunkt. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 et 11 août.) — Une statistique du cancer, envisagée au point de vue anatomo-pathologique.

Scheel (V.). Ein Fall von primärem Carcinom der Lebergallengänge. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 2.) — Un cas de cancer primitif des conduits biliaires.

Tolot. Un cas de tuberculose du foie, de la rate et des ganglions trachéo-bronchiques; tubercules simulant des gommes. (*Lyon méd.*, 7 sept.)

Vlassov (G.). Qu'est-ce que le sarcome angioplastique (Malassez et Monod)? (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 16.)

Zingerle (H.). Ein Fall von umschriebener Störung im Oberflächenwachstum des Gehirnes; ein Beitrag zur Kenntnis der Porencephalie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 1.) — Un cas de défaut de développement circonscrit de la surface cérébrale; contribution à l'étude de la porencéphalie.

Zuckerkandl (O.). Ueber die sogenannte Cystitis cystica und über einen Fall von cystischem Papillom der Harnblase. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 9.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Donzello (G.). I limiti di resistenza del rene per i diuretici. (*Riforma med.*, 13 et 15 sept.)

Dubois (A.). Sur la dissociation des propriétés agglutinante et sensibilisatrice des sérums spécifiques. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Grandclément. Le cancer est-il inoculable et contagieux ? (*Lyon méd.*, 7 sept.)

Guérin (C.). Sur la non-identité de la diphtérie humaine et de la diphtérie aviaire. (*Echo méd. du Nord*, 28 sept.)

Knapp (R.). Ueber die eiweissspaltende Wirkung des Eiters. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 9.) — Dédoublement de l'albumine sous l'influence du pus.

Kraus (R.). Zur Theorie der Agglutination. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 8.)

London (E.). Contribution à l'étude des spermolysines. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 1 et 2.)

Majewski (F.). O zjawiskach aglutynacyi we krwi czlowieka i zwierzat w stanie fizyologicznym. (*Gaz. lekarska*, 6 et 13 sept.) — Les phénomènes d'agglutination dans le sang de l'homme et des animaux à l'état normal.

Paul (L.). Ueber die Bedingungen des Eindringens der Bakterien der Inspirationsluft in die Lungen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.) — Sur la pénétration intra-pulmonaire des microbes de l'air inspiré.

MÉDECINE

Achalme (P.). Sur un signe de diagnostic précoce des attaques et des rechutes de rhumatisme articulaire aigu. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Coleman (W.). The significance of glycosuria. (*Med. News*, 9 août.)

Coles (A. C.). The blood; how to examine and diagnose its diseases. 2e éd. In-8°, 302 p. avec planches. Londres. — Le sang; son examen et le diagnostic de ses maladies.

Faber (K.). Achylia gastrica. (*Hospitalstidende*, 19 nov.)

Ferrannini (L.). Alimentäre Glykosurie und Lävulosurie bei Erkrankungen der Leber. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 sept.) — Glycosurie et lévulosurie alimentaires dans les affections du foie.

Feyfar (J.). O vztahu mezi vadami srdecními a tuberkulosou plicní. (*Sbornik klinicky*, IV, 1.) — Des rapports entre les maladies du cœur et la tuberculose pulmonaire.

Francesco (B.). Degenerazioni croniche del miocardio in rapporto colle aritmie. (*Riforma med.*, 1er, 2, 3 et 4 sept.)

Fumarola (G.). A proposito di un caso di albuminuria famigliare. (*Policlinico*, 27 sept.)

Godart-Danhieux. Les affections hémorrhagiques de l'estomac. (*Policlinique*, 15 sept.)

Goéré (J.). Etude expérimentale et critique sur le retard du pouls considéré comme élément de diagnostic dans les anévrysmes. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 et 14 sept.)

Hare (H. A.) et **Dare** (A.). The complications and sequelæ of acute croupous pneumonia. (*Med. News*, 23 et 30 août.) — Complications et suites de la pneumonie lobaire aiguë.

Henderson (E.). Heat apoplexy. (*Brit. Med. Journ.*, 20 sept.) — L'insolation.

Hess (O.). Ueber Stauung und chronische Entzündung in der Leber und den serösen Höhlen. In-8°, 168 p. avec planches. Marbourg. — Congestion et inflammation chronique du foie et des cavités séreuses.

Ingelrans (L.). Le cancer primitif du canal hépatique. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Kirikow (N.) et **Korobkow** (K. J.). Ueber die Leukocytose bei der Hanot'schen Krankheit (hypertrophischen ikterischen Lebercirrhose). (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 2 et 9 août.)

Knapp (M. I.). Organacidia gastrica. (*Med. Record*, 6 sept.)

Kramm. Ueber die Leberentzündung nach Ruhr. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.) — De l'hépatite post-dysentérique.

Levien (H.). Dextrocardia due to pulmonary cirrhosis. (*Med. News*, 2 août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Glorieux. Formes frustes de tabes chez des syphilitiques. (*Policlinique*, 1er oct.)

Henneberg et **Koch** (M.). Ueber « centrale » Neurofibromatose und die Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels (Acusticusneurome). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 1.)

Herz (H.). Ueber Ausgänge und Prognose der Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (*Wien. med. Presse*, 17 août.) — Pronostic et terminaisons des névroses de l'appareil circulatoire périphérique.

Hnátek (J.). Príspèvek ku diagnostice arteriosklerosy centralního cívstva. (*Sbornik klinicky*, IV, 1.) — Contribution au diagnostic de l'artériosclérose du système nerveux central.

Hödlmoser (C.). Beitrag zur Klinik der myasthenischen Paralyse. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 8.)

Lenoble (E.) et **Aubineau** (E.). Tremblements infantiles et nystagmus congénitaux (essai de classification séméiologique). (*Gaz. méd. de Nantes*, 13 et 20 sept.)

Marchand (L.). De l'épilepsie toxique. (*Echo méd. du Nord*, 21 sept.)

Meyer (E.). Hysterie nach Trauma combinirt mit organischer Erkrankung des Nervensystems. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 août.)

Mingazzini (G.). Sulla sintomatologia delle lesioni del nucleo lenticolare. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVII, 1 et 2 et XXVIII, 2-3.)

Neisser (C.). Beitrag zur Aetiologie der periodischen Psychosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 1.)

Perrin (M.). Le pronostic des polynévrites. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.)

CHIRURGIE

König (F.). Methodik und Erfolge der Fussgelenksresektion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 août.) — Technique et résultats de la résection du pied.

Langemak (O.). Die Nephrotomie und ihre Folgen, zugleich ein Beitrag zur Frage der Wundheilung in der Niere. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 1.) — La néphrotomie et ses résultats; contribution à l'étude de la cicatrisation des plaies du rein.

Lanz. Operative Behandlung der Lebercirrhose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 sept.) — Traitement opératoire de la cirrhose du foie.

Lemoine. Quelques opérations palliatives applicables à l'éléphantiasis des Arabes pratiquées à Tahiti. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Lieblein (V.). Beiträge zur Kenntnis der chemischen Zusammensetzung des aseptischen Wundsekretes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 1.) — Contribution à l'étude de la composition chimique de la sécrétion aseptique des plaies.

Lossen. Ueber Harnblasenbrüche. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 1.) — Les hernies de la vessie.

Mally et **Richon**. De la fracture de Dupuytren; moyens de contention; amyotrophies réflexes; déviation secondaire; consolidation vicieuse. (*Rev. de chir.*, août, sept. et oct.)

Manninger (W.). Ueber die Enderfolge der operativen Behandlung bei Coxitis tuberculosa. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 1.) — Résultats définitifs du traitement opératoire de la coxalgie tuberculeuse.

Mayer (O. J.). Angiotripsy as a substitute for the ligature in routine work of general surgery. (*Ann. of Surgery*, août.)

Mayo (W. J.). Complications following gastroenterostomy. (*Ann. of Surgery*, août.)

McGraw (Th. A.). On a case of splenectomy for leukæmic enlargement. (*Ann. of Surgery*, août.)

Michalski (J.). Ueber Hydronephrosis intermittens. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1 et 2.)

Murray (R. W.). The ultimate results in a series of 76 cases of fracture of the tibia and fibula. (*Lancet*, 13 sept.)

Neumann. Lymphangiom mit temporärer Chylorrhoe. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 9.)

Nikolsky. Des rétrécissements tuberculeux de l'intestin (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 16.)

Ochsner (E. H.). Congenital dislocation of hips. (*Ann. of Surgery*, août.) — Luxation congénitale de la hanche.

Ombrédanne (L.). Contribution à l'étude des fractures de l'astragale. (*Rev. de chir.*, août et sept.)

Riedel. Wie oft fehlt die typische Dämpfung in der rechten Fossa iliaca bei der Appendicitis? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 août.) — Quelle est la fréquence des cas d'appendicite sans matité caractéristique dans la fosse iliaque droite?

Rose (W.) et **Carless** (A.). Manual of surgery. 5e éd. In-8°, 1228 p. Londres.

Savariaud (M.). Un cas de désarticulation inter-ilio-abdominale; procédé à lambeau interne. (*Rev. de chir.*, sept.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Fleck. Beitrag zur Aetiologie der Hydrorrhoea gravidarum. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 3.)

Franqué (O. von). Carcino-Sarko-Endothelioma tubae. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.)

Füth (H.). Ueber die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 sept.) — Sur la durée de la grossesse [avec remarques de M. Zweifel].

Gigli (L.). Uncino ottuso e forcipe nelle estrazioni del podice. (*Clinica moderna*, 10 sept.)

Goldspohn (A.). What are the known facts about follicular cystic degeneration of the ovaries? (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Grusdew (V.). Urethroplastik nach der Idee von Subbotin in der gynäkologischen Praxis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 août.)

Heinricius (G.). Ueber Myomotomie mit retroperitonealer Behandlung des Stieles nach Chrobak. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 2.) — Myomotomie avec traitement rétropéritonéal du pédicule d'après le procédé de Chrobak.

Henkel (M.). Blutungen nach der Geburt und ihre Behandlung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.) — Hémorrhagies post-partum et leur traitement.

Herrgott. Myxœdème, parturition et éclampsie. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.)

Hollweg. Ueber Intrauterinpessarien. (*Therap. Monatsh.*, sept.)

PÉDIATRIE

Gros (A.). Sur un cas de fièvre typhoïde chez un nourrisson de quatre mois. (*Province méd.*, 20 sept.)

Hellesen (E.). Om kvælstofstofskiftet hos barn med adipositas nimia særlig med hensyn til afmagringskure. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.) — Des échanges azotés chez l'enfant dans l'adipose généralisée, surtout au point de vue des cures d'amaigrissement.

Horst (A.). Erstickung durch Aspiration necrotischer Massen aus einer perforirten tuberculösen trachealen Lymphdrüse. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 2.) — Asphyxie par aspiration de masses nécrosées provenant d'un ganglion trachéal tuberculeux.

Nordheim. Beobachtungen an einem natürlich genährten Kinde. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 1.) — « Curriculum » d'un enfant allaité au sein.

Valvasori (P.). L'albumosuria in alcune malattie dei bambini. (*Pediatria*, août.)

BACTÉRIOLOGIE

Baumgarten (P. von) et **Tangl** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoën (16. Jahrgang, 1900). 2e partie. In-8°, p. 401 à 812. Leipzig. — Compte rendu des progrès réalisés dans l'étude des microbes pathogènes pendant l'année 1900.

Calendoli (E.). Ricerche sulla vitalità di alcuni microbi patogeni nell'inchiostro. (*Policlinico*, 20 sept.) — Recherches sur la vitalité de quelques microbes pathogènes dans l'encre.

Finizio (G.). Sul potere proteolitico dei microrganismi non liquefacienti; contributo alla biologia del bacillus coli e del bacillus typhi. (*Pediatria*, août.)

Heubner. Noch einmal der Meningokokkus intracellularis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 3.)

Klopstock (M.). Beitrag zur Differenzirung von Typhus-, Coli- und Ruhrbacillus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 août.) — Contribution à la différenciation du bacille d'Eberth, du *Bacterium coli* et du bacille de la dysenterie.

Malvoz (E.). Sur les cils composés. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Pfuhl (E.). Vergleichende Untersuchungen über die Haltbarkeit der Ruhrbacillen und der Typhusbacillen ausserhalb des menschlichen Körpers. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.) — Recherches comparées sur la résistance des bacilles de la dysenterie et de la fièvre typhoïde en dehors de l'organisme humain.

Rymovitch (F.). Contribution à la bactériologie de la conjonctive normale (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, sept.)

23e ANNÉE. — N° 2. Vingt centimes le numéro. 14 JANVIER 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Des variations pathologiques du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien, par M. le professeur L. Bard 9

BULLETIN. — La « socialisation » de la médecine et ses funestes conséquences pour la profession médicale 12

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Diminution du taux des lécithines dans les laits chauffés 13
Contribution à l'étude des réflexes locomoteurs 13
Rappel, trente heures après la mort, des battements du cœur humain séparé du corps 13
Recherches sur la physiologie de la peau dans un cas d'autoplastie 13

Société médicale des hôpitaux. — Sur quelques particularités cliniques des paralysies diphtériques 14
Lèpre systématisée nerveuse à manifestations tardives 14
Fièvre typhoïde extrêmement prolongée et avec complications multiples 14
Sur une nouvelle méthode de recherche des bacilles tuberculeux 14

Société de biologie. — Sur les connexions des pédoncules cérébelleux supérieurs chez l'homme 14
Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis oculaire 14
Relations des glandes génitales mâles avec le squelette 14
La leucocytose dans l'urémie expérimentale 14
Recherche du bacille tuberculeux dans le sang par « homogénisation » du caillot 14

ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Lésions pulmonaires tardives consécutives à des corps étrangers des voies aériennes 15
Sur l'élimination d'acides gras volatils par l'urine 15

Lettres d'Amérique. — La fièvre typhoïde dans quelques grandes villes des Etats-Unis 15
Traitement de la névralgie faciale 15
Des indications fournies au cours des interventions chirurgicales par l'étude de la pression sanguine 16
La radiographie des tumeurs intracrâniennes 16

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La levure de bière contre l'amygdalite phlegmoneuse 16
Emploi de l'étain précipité par galvanisation à titre de tænifuge 16

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acides gras volatils et leur élimination par l'urine .... 15^2
Amygdalite phlegmoneuse .... 16^2
Bacille tuberculeux et sa recherche.... 14^2 14^3
Battements du cœur humain et leur rappel au bout de trente heures .... 13^3
Chauffage du lait et diminution de ses lécithines .... 13^2
Corps étrangers des voies aériennes et lésions pulmonaires tardives .... 15^1
Entérocoque et ses formes d'involution .... 15^1
Etain précipité comme tænifuge .... 16^3
Fièvre typhoïde aux Etats-Unis .... 15^2
— — avec méningite atténuée d'origine otique .... 14^2
— — très prolongée et à complications multiples .... 14^1
Glandes génitales mâles et leurs relations avec le squelette .... 14^3
Lécithines du lait et leur diminution après le chauffage .... 13^2
Lèpre systématisée nerveuse à manifestations tardives .... 14^1
Lésions pulmonaires tardives par corps étrangers des voies aériennes .... 15^1
Leucocytose dans l'urémie expérimentale .... 14^3
Levure de bière contre l'amygdalite phlegmoneuse .... 16^2
Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis oculaire .... 14^2
— — et variations de son pouvoir hémolytique .... 9^1
Locomotion et ses éléments .... 13^3
Névralgie faciale .... 15^3
Paralysies diphtériques .... 14^1
Peau autoplastiée et sa physiologie .... 13^3
Pédoncules cérébelleux et leurs connexions chez l'homme .... 14^2
Pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien et ses variations .... 9^1
Pression sanguine au cours des interventions chirurgicales .... 16^1
Sérothérapie des paralysies diphtériques .... 14^1
Socialisation de la médecine et ses funestes conséquences .... 12^3
Syphilis oculaire et cytologie du liquide céphalo-rachidien .... 14^2
Traitement contre le tænia .... 16^3
— de l'amygdalite phlegmoneuse .... 16^2
— de la névralgie faciale .... 15^3
— des paralysies diphtériques .... 14^1
Tumeurs intracrâniennes et leur radiographie .... 16^2
Zones de sclérose dans le névraxe et leur mensuration .... 15^1

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Alfred Koblanck (*obstétrique*); Julius Pagel (*histoire de la médecine*).

Faculté de médecine de Bonn. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Ernst Schultze, privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Breslau. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Karl Bonhöffer (*psychiatrie*), Walter Kausch et A. Tietze (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Camillo Vincenti est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Arnold Spuler, privatdocent d'anatomie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le comte Ferdinand von Spee, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire d'anatomie, en remplacement de M. W. Flemming, démissionnaire.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Max Jahrmärker est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Francesco Alessandro est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Luigi Tavernari est nommé privatdocent d'hygiène expérimentale.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur M. Tchlénov est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Munich. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Georg Sittmann (*médecine interne*); Otto Frank (*physique médicale*).

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Maurizio Crispino et Giuseppe Lucibelli (*pathologie interne*); Francesco Egidi (*laryngologie*).

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Dante Bertelli, professeur extraordinaire d'anatomie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Palerme. — MM. les docteurs Giuseppe Pollaci et Enrico Roncagliolo sont nommés privatdocenten de pathologie interne.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Italo Antonelli est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Salamanque. — M. le docteur Hipólito Rodríguez Pinilla est nommé professeur de pédiatrie.

Faculté de médecine de Santiago. — M. le docteur Eduardo García del Real y Alvarez Mijares est nommé professeur de pédiatrie.

Faculté de médecine de Séville. — M. le docteur Cristino Joaquin Muñoz est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Hugo Lüthje, privatdocent à la Faculté de médecine de Greifswald, est nommé privatdocent de médecine interne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur O. Rapin, professeur extraordinaire d'obstétrique à la Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur Giuseppe Colasanti, professeur de matière médicale et de pharmacologie expérimentale à la Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur A. Kast, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Wilhelm Pfitzner, professeur extraordinaire d'anatomie à la Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Michel Lavdovsky, professeur d'histologie et d'embryologie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Henry C. Pearce, ancien lecteur d'histologie et de physiologie au Starling Medical College de Columbus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902)

THÈSES DE PARIS

Aveline (P.). Contribution à l'étude de l'orthoforme; de quelques accidents causés par son emploi, particulièrement en obstétrique.

Barthès (P.-L.). Alcoolisme; causes, début, traitements.

Bienvenu (P.). Le tremblement essentiel congénital.

Blandamour (A.). Traitement du lupus par le radium.

Bossis (E.). Contribution à l'étude du chalazion.

Calmels (C.-X.). Les troubles gastro-intestinaux dans les purpuras.

Cazeneuve (L.-G. de). Des injections prothétiques de paraffine; applications en oto-rhino-laryngologie.

Chauveau (R.). De l'évidement osseux dans la résection du genou pour tumeurs blanches graves.

Clergeau (P.). Sur les différenciations adipeuses et pigmentaires du type féminin au point de vue de la physiologie, de l'art et de l'anthropologie.

Delafouchardière (J.). Des luxations de la tête du radius compliquant les fractures du cubitus.

Dervaux (H.). De la tuberculose génitale de la femme et de ses complications péritonéales; cysto-péritonite tuberculeuse; ascite tuberculeuse.

Dreyfus (H.). Etude des kystes d'origine dentaire.

Dromard (G.-R.). Les alcoolisés non alcooliques (étude psycho-physiologique et thérapeutique sur l'intoxication alcoolique latente: alcoolomanie).

Duroisel (A.). Les accidents musculaires au cours du mal de Bright (urémie musculaire).

Gaubert (J.). Aortites aiguës.

Gauquelin (L.). Du bacille diphtérique court.

Gratiot (J.). De quelques formes de stomatites chez les nouveau-nés et de la forme nécrosante en particulier.

Guillet (P.). Contribution à l'étude des fractures spontanées dans le tabes.

Joly (M.-E.). Contribution à l'étude du prolapsus du rectum.

Laborde (J.-P.-Th.). Le cancer de la langue et son traitement curateur.

Lacapère (G.). Le macrophage; étude histologique et physiologique de la cellule lympho-conjonctive.

Lambert (M.). De la séparation des urines des deux reins par cloisonnement de la vessie.

Laprade (A.). Contribution à l'étude de l'écriture en miroir.

Le Couëdic (A.). De l'épithélioma sénile du dos de la main.

Leiteisen (G.). Contribution à l'étude du rôle du surmenage physique dans l'éclosion des psychoses de puberté.

Lemasson-Delalande (Th.). Prophylaxie de la syphilis et de la blennorrhagie dans les consultations publiques.

Madelaine (G.). Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse en plaques.

Magniez (A.). Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne.

Maury (X.). Etude sur le traitement des ulcères variqueux, et, en particulier, sur l'emploi d'un nouveau pansement ambulatoire.

Morin (J.). Traitement du diabète sucré d'après la méthode de Vigouroux (régime lacté alterne, électricité statique).

Nigoul (M.). La stomatoplastie par évidement commissural du col (opération de Pozzi); traitement de choix de la stérilité par sténose du col de l'utérus.

Oeconomou (C.). Le sérum de Trunecek.

Oltramare, née **Gay** (Mme P.). Etude sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer de l'utérus.

Péchin (C.). Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire dans la pelade.

Perpère (E.). Contribution à l'étude des associations tabéto-paralytiques.

Piot (J.). Contribution à l'étude des hernies vésicales.

Prost (F.). Contribution à l'étude et au traitement de la stomatite mercurielle.

Rabier (J.). Contribution à l'étude de la torsion des trompes.

Recouly (M.). De la valeur de l'anus iliaque comme opération palliative dans le cancer de la partie terminale du gros intestin (S iliaque, rectum).

Rémignard (H.). La parasitologie aux XVIe et XVIIe siècles (étude historique et clinique).

Renoult (P.-L.). Contribution à l'étude des rapports de l'idiotie et du rachitisme.

Robert (J.). Contribution à l'étude des résections du maxillaire supérieur.

Royer (F.). Du moment et du choix de l'intervention opératoire dans la lithiase vésiculaire et principalement dans la lithiase du cholédoque.

Saint-Mathieu (F. de). Nouveau traitement de la coqueluche par une solution d'arséniate de soude obtenue par voie électrolytique.

Sarazin (P.). Des ostéomes du coude consécutifs aux luxations réduites.

Tansard (A.). Contribution à l'étude des bains médicamenteux en dermatologie.

Tostivint (V.). Contribution à l'étude de la pathogénie des luxations congénitales de la hanche d'après 80 radiographies.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Aubert (P.). Du rôle de la peau et des peauciers du cou dans la suspension des seins. (*Lyon méd.*, 28 sept.)

Bondi (J.). Ueber den Bau der Nabelgefässe. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Sur la structure des vaisseaux ombilicaux.

Cavalieri Ducati (C.). Alcune note intorno alla colorazione triacida di Ehrlich. (*Gazz. degli Osped.*, 5 oct.)

Heath et **Lane** (J. E.). Practical anatomy, a manual of dissections. 9e éd. In-8°, 714 p. avec fig. Londres.

Kronthal (P.). Von der Nervenzelle und der Zelle im Allgemeinen. In-8°, 274 p. avec fig. et planches. Iena. — La cellule nerveuse et la cellule en général.

Lœper (M.) et **Esmonet** (Ch.). Le glycogène dans le testicule. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Messina-Vitrano (S.). Ricerche sulla fine struttura della cellula nervosa. (*Pisani*, XXIII, 2.)

Pacchioni (D.). Untersuchungen über die normale Ossifikation des Knorpels. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 3.) — Recherches sur l'ossification du cartilage.

Pappenheim. Weitere kritische Ausführungen zum gegenwärtigen Stand der Plasmazellen-Frage; dazu ein Anhang, die Histogenese des Tuberkels betreffend. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 3.)

Parhon (C. et Mme C.). Recherches sur les centres spinaux des muscles de la jambe. (*Journ. de neurol.*, 5 sept.)

Robinson (B.). Course of the ureters. (*Gaillard's Med. Journ.*, sept.)

Schlesinger (A.). Ueber Plasmazellen und Lymphocyten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 3.)

Schütz (H.). Ueber die Beziehungen des unteren Längsbündels zur Schleife und über ein neues motorisches Stabkranzsystem. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.) — Sur les rapports entre le faisceau longitudinal inférieur et le ruban de Reil et sur une nouvelle systématisation motrice de la couronne rayonnante.

Triepel (H.). Einführung in die physikalische Anatomie. In-8°, 232 p. avec fig. Wiesbaden.

Wood (G. B.). Anomalous position of the common carotid, visible in the pharynx. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Ziegler. Beiträge zur Circulation in der Schädelhöhle. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.) — La circulation crânienne.

PHYSIOLOGIE

Chanoz (M.). Loi de l'excitation électrique des nerfs sensitifs au moyen des condensateurs. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Clopatt (A.). Ueber die Einwirkung des Alkohols auf den Stoffwechsel des Menschen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 sept.) — Influence de l'alcool sur les échanges organiques.

Cristiani. Greffe thyroïdienne et ensemencement thyroïdien. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Gentile (E.). Influenza della elettricità sul polso cerebrale. (*Pisani*, XXIII, 2.)

Leftwich (R. W.). The large intestine regarded as a syphon. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Lüthje (H.). Zur Frage der Zuckerbildung im tierischen Organismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 sept.) — Sur la formation du sucre dans l'organisme animal.

Morat (J.-P.) et **Doyon** (M.). Traité de physiologie. T. II : fonctions d'innervation. In-8°, XXIII-720 p. avec fig.

Richet (C.). Dictionnaire de physiologie. T. VI, 1er fasc. In-8°, 320 p. avec fig.

Schnyder. Influence du courant galvanique sur la force musculaire. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Wertheimer (E.). Expériences sur le suc intestinal et sur le suc pancréatique. (*Echo méd. du Nord*, 19 oct.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Baumgarten (P. von). Arbeiten auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Bacteriologie aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Tübingen. T. III, 3e fasc. In-8°, p. 417 à 560, avec fig. Leipzig.

Bret (J.) et **Cade** (A.). Contribution à l'étude histologique du foie dans l'anémie pernicieuse progressive protopathique. (*Lyon méd.*, 5 oct.)

Diélitzky (V.). Un cas de foie dit « en sucre glacé » et d'inflammation oblitérante du péricarde et de la plèvre (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 18.)

Ettore (M.). Lesioni meningee nella febbre tifoide. (*Pammatone*, VI, 3.)

Fredet (P.) et **Chevassu** (M.). Epithélioma branchial intra-parotidien; contribution à l'étude anatomique des épithéliomas de la parotide. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Giuranna (G. D.). Alterazioni istologiche del miocardio nella infezione da Bacterium coli. (*Clinica moderna*, 29 oct.)

Mönckeberg (J. G.). Ueber einen Fall von Doppel-Carcinom der Gallenblase, zugleich ein Beitrag zur Metaplasie-Frage. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 3.) — Cancer double de la vésicule biliaire.

Rössle (R.). Ueber abnorme Sehnenfäden des Herzens. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2.) — Tendons aberrants du cœur.

Schreiber (L.). Ueber multiple Divertikelbildung im Dickdarm. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2.) — Les diverticules multiples du gros intestin.

Spagnolio They (G.). Ricerche sperimentali ed istologiche sulle fine alterazioni trofiche e funzionali del sistema nervoso simpatico. (*Pisani*, XXIII, 2.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Boix (E.) et **Noé** (J.). Technique pour la récolte de l'urine chez les animaux de laboratoire. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Durante (D.). Sul potere emolitico del bacterium coli commune; ricerche sperimentali. (*Pediatria*, oct.)

Dzierzgowsky (S.). De l'immunisation des animaux contre la diphtérie et de la préparation du sérum antidiphtérique. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 3.)

Gaglio (G.). Ipersecrezione gastrica sperimentale. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 3.)

Korschun (S.) et **Morgenroth** (J.). Ueber die hämolytischen Eigenschaften von Organ-Extracten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 sept.)

Kyes (P.). Ueber die Wirkungsweise des Cobragiftes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 et 29 sept.) — Mode d'action du venin de cobra.

Nencki (M.) et **Zalessky** (I.). Du dosage de l'ammoniaque dans les sucs et les organes d'animaux. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 3.)

Schottelius (M.). Versuche über Fütterungs-Tuberkulose bei Rindern und Kälbern. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 sept.) — Essais sur la tuberculose par alimentation chez les bovidés.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Aronsohn (E.). Ueber den Ort der Wärmebildung in dem durch Gehirnstich erzeugten Fieber. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 3.) — Sur le siège de la formation de chaleur dans la fièvre provoquée par la piqûre du cerveau.

Bucco (M.). Sul potere di assorbimento e di eliminazione della mucosa vescicale; nota preliminare. (*Gazz. degli Osped.*, 26 oct.)

Charrin (A.). Les poisons de l'organisme. T. I[er]: poisons de l'urine. 2e éd. In-16, 180 p.

Defalle (W.). Recherches sur les anticorps des spores. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Morgenroth (J.) et **Sachs** (H.). Ueber die quantitativen Beziehungen von Amboceptor, Complement und Anticomplement. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er sept.)

Petrone (G. A.). Sul potere isolitico ed isoagglutinante del siero di sangue periferico e del siero di sangue splenico in alcune malattie infantili e degli adulti; contributo alla patogenesi delle anemie di origine splenica. (*Pediatria*, sept.)

Pezzolini (P.). Sugli innesti cutanei alla Krause; contributo allo studio dell'autonomia vitale dei tessuti. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 3.)

Quensel (U.). Untersuchungen über das Vorkommen von Bakterien in den Lungen und bronchialen Lymphdrüsen gesunder Tiere. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XL, 3.) — Recherches sur la présence de bactéries dans le poumon et dans les ganglions bronchiques des animaux sains.

Sanfelice (F.). La saccaromicetolisi. (*Riforma med.*, 9 sept.)

Savtchenko (I.) et **Berdnikov** (A.). Des alexines (cytases) (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, sept.)

Sieber (Mme N.). De la destruction des toxines au moyen des peroxydes et des oxydases d'origine animale et végétale. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 2.)

Tusini (F.). Gli estratti alcalini degli organi di animali sani nella immunità verso il carbonchio ematico. (*Riforma med.*, 24 sept.)

Viola (G.) et **Tarugi** (B.). La influenza della bile sulle resistenze dei globuli rossi. (*Riforma med.*, 16 et 17 sept.)

Wolff (M.). Perlsucht und menschliche Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 août.) — La pommelière et la tuberculose humaine.

MÉDECINE

Arnone. Esame analitico di una cardiopatia molto complessa. (*Riforma med.*, 30 oct.)

Arullani (P. F.). Alcuni appunti sulla sensibilità di tensione del ventricolo. (*Riforma med.*, 13 oct.)

Barjon (F.) et **Cade** (A.). Contribution à l'étude cytologique des épanchements pleuraux des brightiques et des cardiaques. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Bartoletti (C.). Il ferro nell'organismo sano, nella leucemia e nella cloro-anemia. (*Riforma med.*, 1er, 2, 3, 4, 6 et 7 oct.)

Bénech (E.). Sur un cas de boulimie. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, oct.)

Bosanquet (W. C.). Two cases of obstruction of the inferior vena cava, one of them due to syphilis. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Buttermann. Einige Beobachtungen über das Verhalten des Blutdrucks bei Kranken. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2.) — Sur l'état de la pression sanguine dans les maladies.

Cappuccio (D.). La scoliosi sciatica o segno di Vanzetti. (*Gazz. degli Osped.*, 28 sept.)

Cautley (E.). Atresia of the conus pulmonalis. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Cybulski (H.). Ueber eine eigentümliche Komplikation der Lungenblutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 sept.) — Sur une complication singulière de l'hémoptysie.

De Vivo (M.). Su due casi di rumore musicale del cuore. (*Riforma med.*, 14 oct.)

Die Handhabung des Heilverfahrens bei Versicherten durch die Landes-Versicherungsanstalt der Hansestädte im Jahre 1901, sowie die Jahresberichte über die Heilstättenanlagen Oderberg, Glückauf, Gr. Hansdorf, Westerland. In-4o, 74 p. Hambourg. — Du mode de traitement des assurés [1,028 phtisiques et 487 autres malades] par la Caisse d'assurance des villes hanséatiques pendant l'année 1901 (avec rapport annuel sur le fonctionnement de chacun des sanatoria appartenant à ladite Caisse).

Faber (K.). Achylia gastrica; hysteri; hereditær, tardiv syfilis. (*Hospitalstidende*, 26 nov.)

Micaud. Un cas de trismus chez une nourrice en convalescence de diphtérie. (*Loire méd.*, sept.)

Molle. Des souffles veineux fémoraux observés au cours de la puberté chez les garçons; leur importance diagnostique et pronostique, en particulier au point de vue de la prétuberculose; utilité de leur recherche lors de la sélection du contingent aux conseils de revision. (*Loire méd.*, oct.)

Müller (L. R.). Bericht über eine Wiederkäuerfamilie. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 août.) — Une famille de méricistes.

Neumann (H.). Ein Fall von Kopftetanus. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 8.) — Un cas de tétanos céphalique.

Oloff (P.). Erfahrungen über die Bülau'sche Aspirationsdrainage bei der Behandlung eitriger Brustfellergüsse. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 2.) — Recherches sur le traitement des pleurésies purulentes d'après le procédé de Bülau.

Pignatti Morano (G.). Diabete insipido trasformatosi poscia in mellito e ipertrofia della prostata. (*Riforma med.*, 11 et 12 sept.)

Rosenthal (C.). Die Zunge und ihre Begleit-Erscheinungen bei Krankheiten. In-8o, 259 p. Berlin. — La langue dans les maladies.

Sorgo (J.). Zur Differentialdiagnose der primären und secundären Pleuratumoren mit besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Probepunction. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 8.)

Stern (H.). On the pathogenesis of acute articular rheumatism. (*Med. News*, 23 août.)

Stradomsky (N.). Un cas d'hydrothorax chyliforme dans la cavité pleurale gauche (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, sept. et oct.)

Strümpell (A. von). Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 14e éd. T. III. In-8o, 731 p. avec fig. Leipzig. — Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des maladies internes.

Sverjevsky (L.). Maladies des voies respiratoires supérieures d'origine paludéenne (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 17.)

Syllaba (L.). O vztazích obrny zvratného nervu hrtanového k vnitrním chorobam. (*Sbornik klinicky*, IV, 1.) — Rapports entre la paralysie des nerfs récurrents et les maladies internes.

Wuhrmann (F.). Die bewegliche Niere und ihre Anteversion. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 sept.) — Le rein mobile et son antéversion.

MALADIES INFECTIEUSES

Boni (I.). Sopra un caso di settico-piemia gazosa nell'uomo d'origine probabilmente tonsillare. (*Clinica medica italiana*, sept.)

Brault (J.). Marche de la température dans les formes intermittentes de la malaria dans les pays chauds. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

De Rossi (G.). Di uno speciale reperto batteriologico nella milza di presunti tifosi. (*Policlinico*, 1er nov.)

Ergebnisse des von der Landes-Versicherungsanstalt der Hansestädte eingeleiteten Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten bis Ende 1901. In-4o, 32 p. Hambourg. — Résultats (jusqu'à fin 1901) du traitement des phtisiques assurés par la Caisse d'assurance des villes hanséatiques.

Fibiger (J.) et **Jensen** (C. O.). Uebertragung der Tuberculose des Menschen auf das Rind. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 sept.) — Transmission de la tuberculose de l'homme aux bovidés.

Spronck (C. H.) et **Hoefnagel** (K.). Accidenteele infectie van den mensch med runder-tuberculose en reïnoculatie van het virus op het rund. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 nov.) — Transmission à l'homme, par inoculation accidentelle, de la tuberculose bovine, et réinoculation expérimentale au veau.

Stadlinger (H. E.). How to recognize tubercular changes in the apices of the lungs on percussion. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 sept.) — Le diagnostic des lésions tuberculeuses des sommets pulmonaires à l'aide de la percussion.

Tiraboschi (C.). Gli animali propagatori della peste bubbonica : le pulci dei ratti e dei topi e la trasmissione della peste da ratto ad uomo. (*Policlinico*, 11 oct.)

Wallace (J.). Smallpox; how it is spread and how it may be prevented. In-8o, 78 p. Londres. — La variole; sa propagation et sa prophylaxie.

Ziemann (H.). Ueber Malaria einst und jetzt in den Marschen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 25 et 29 sept.) — La malaria autrefois et aujourd'hui dans les pays marécageux.

Zupnik (L.). Die Aetiologie der Diphtherie. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 et 31 juillet, 7, 14 et 21 août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Austregesilo (A.). Sobre um caso de meralgia paresthesica (syndroma de Bernhardt-Roth). In-8o, 21 p. avec fig. Rio-de-Janeiro.

Christiansen (V.). Den traumatiske neurose. (*Ugeskrift for Læger*, 14 nov.)

Cipollina (A.). Probabile emorragia del ponte di Varolio in seguito a trauma. (*Gazz. degli Osped.*, 21 sept.)

Fazio (F.). Vomito stercoraceo di origine isterica. (*Riforma med.*, 29 oct.)

Gorchkov (Y.). L'intoxication par la noix vomique comme cause de neurasthénie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, sept.)

Hedenius (I.). Beiträge zur Kenntnis der Meralgia paræsthetica. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 3.)

Pierret. Les sillons maladifs des ongles (sillons de Beau) chez les aliénés et les nerveux. (*Province méd.*, 13 sept.)

Pitres (A.). Les inhalations de nitrite d'amyle peuvent-elles servir au diagnostic différentiel des épilepsies essentielles et des convulsions épileptiformes de cause organique? (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 sept.)

Probst (M.). Ueber Pachymeningitis cervicalis hypertrophica und über Pachymeningitis interna haemorrhagica bei chronisch fortschreitenden Verblödungsprocessen in der Jugend. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 1.)

Schnitzer (H.). Zur diätetischen Behandlung der Epilepsie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Traitement diététique de l'épilepsie.

Sorgo (J.). Ueber subcorticale Entstehung isolirter Muskelkrämpfe; ein Beitrag zur Klinik der Vierhügeltumoren, nebst Bemerkungen über den Verlauf der centralen Haubenbahn. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet, 1er et 16 août et 1er sept.) — Crampes musculaires isolées d'origine sous-corticale; contribution à l'étude clinique des tumeurs des tubercules quadrijumeaux, avec remarques sur le trajet du faisceau de la calotte.

Torrild (J.). Et tilfælde af progressiv muskelatrofi af den Werdnig-Hoffmann'ske type. (*Hospitalstidende*, 26 nov.)

Wizel (A.). Patogeneza swoistego bredzenia paralitykow. (*Gaz. lekarska*, 13 et 20 sept.) — Pathogénie du délire chez les paralytiques.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Allen (Ch. W.). The early diagnosis and early treatment of cutaneous cancer : epithelioma. (*Gaillard's Med. Journ.*, sept.)

Behaegel. Traitement du lupus vulgaire. (*Policlinique*, 15 oct.)

Bettmann. Ueber Herpes laryngis (menstrualis), nebst Bemerkungen über den menstruellen Herpes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 sept.)

Bienenstock. Mittel und Wege zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten. (*Wien. med. Presse*, 23 et 30 nov.) — Prophylaxie des maladies vénériennes.

Buffa (E.). Action des sels de mercure sur le sang syphilitique; anémie syphilitique et résistance des hématies; hémolysimétrie. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 3.)

Hochsinger (C.). Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem. (*Wien. med. Presse*, 28 sept.) — Syphilis héréditaire précoce sans exanthème.

Klingmüller (V.). Ein Fall von Lepra tuberosa aus Oberschlesien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 sept.)

Oro (M.) et **Mosca** (L.). Contributo allo studio della psoriasi. In-8°, 81 p. avec fig. Naples.

Stolper (P.). Ueber die Beziehungen zwischen Syphilis und Trauma, insbesondere in gerichtlich- und versicherungsrechtlich-medicinischer Hinsicht. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.) — Des rapports entre la syphilis et le traumatisme en médecine légale et en matière d'assurances.

Van Harlingen (A.). Report of three cases of creeping larvæ in the human skin (hyponomoderma, Kaposi). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Warde (W. B.). Lupus erythematosus; its association with hypertrophic rhinitis and ozæna, and atrophic changes of the tympanum and ext. auditory meatus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.)

Weber (F. P.). A note on syphilis in relation to life assurance, with an examination of 500 consecutive claims. (*Lancet*, 27 sept.)

CHIRURGIE

Schlender. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.) — Les corps étrangers des voies respiratoires.

Schrank (W.). Ueber einen Fall von seröser Osteomyelitis am Hinterhaupte, der eine Meningocele vortäuschte. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 août.) — Ostéomyélite séreuse de l'occiput ayant simulé une méningocèle.

Shands (A. R.). The early diagnosis and treatment of hip disease. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Le diagnostic précoce et le traitement de la coxalgie.

Silbermark (M.). Fremdkörpertuberculose der Zunge in Tumorform. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.) — Tuberculose de la langue affectant la forme de tumeurs et ayant pour point de départ des corps étrangers.

Smith (Th. L.). Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae behandelt durch Pharyngotomia transhyoidea. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 2.)

Soraci (A.). Sulla plastica col grande omento. (*Riforma med.*, 21 sept.)

Statzer (von). Ueber das Verhalten verschluckter Fremdkörper zu Brüchen. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 9.) — Rapports entre les corps étrangers avalés et les hernies.

Ström (H.). Ueber Pneumatocele cranii supramastoidea. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 2.)

Sultan (G.). Atlas and epitome of abdominal hernias. (Ed. anglaise par W. B. Coley.) In-8°, 277 p. avec planches. Londres et Philadelphie.

Tansini (I.). Ableitung des portalen Blutes durch die direkte Verbindung der V. portae mit der V. cava; neues operatives Verfahren. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 6 sept.) — Dérivation du sang portal par abouchement direct de la veine porte avec la veine cave.

Thevenot (L.). De l'actinomycose ano-rectale. (*Rev. de chir.*, août.)

Tietze (A.). Ueber eine Hernia traumatica sacralis, nebst Bemerkungen zur Mastdarmplastik. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.) — Hernie sacrale traumatique, avec remarques relatives aux opérations plastiques sur le rectum.

Ullmann (E.). Die Fortschritte der Chirurgie in den letzten Jahren. In-8°, 277 p. Vienne. — Les progrès réalisés en chirurgie au cours de ces dernières années.

Valence (A.). Abcès périgastrique et hépatique avec perforations stomacales par traumatisme; opération, guérison. (*Rev. de chir.*, sept.)

Vassiliev. Traitement des ulcères de jambe (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

Vincent (E.). Ostéotomie et ostectomie fémorale dans les ankyloses vicieuses de la hanche et dans certaines fractures vicieusement consolidées du fémur. (*Rev. de chir.*, oct.)

Weber (S. L.). Spinal anesthesia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Wittek (A.). Ueber Pes calcaneus traumaticus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIV, 5-6.)

Wulff (P.). Zur Fettgewebsnekrose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 août.) — Nécrose du tissu adipeux.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Jahreiss. Zwei vaginale Kaiserschnitte bei Eklampsie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 août.) — Deux opérations césariennes vaginales pour éclampsie.

Koch (J.). Typhusbacillen in der Tube. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

Kocks (J.). Zur Sterilisationsfrage. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 sept.)

Kraus (E.). Nachweis von Gonokokken in den tiefen Schichten der Tubenwand. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Présence de gonocoques dans la profondeur des parois de la trompe de Fallope.

Krebs (J.). Ueber Gebärmutterzerreissung während der Geburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Rupture de l'utérus pendant le travail.

Krull. Ueber die Wendung mit sich anschliessender Extraction beim engen Becken auf Grund von 320 Fällen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 2.) — La version en cas de rétrécissement du bassin; étude basée sur 320 cas.

Leopold (G.). Zur Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen durch Credéïsirung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 août.) — Sur la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés au moyen du procédé de Credé.

Marc (H.). L'avortement spontané et criminel. In-16, 119 p.

Meyer (R.). Einmündung des linken Ureters in eine Uterovaginalcyste des Wolff'schen Ganges. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 3.) — Abouchement de l'uretère gauche dans un kyste utéro-vaginal du conduit de Wolff.

Noble (Ch. P.). Report of a case of epithelioma of the clitoris, with operation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Polano (O.). Zur Anwendung der Heissluftthérapie in der Gynäkologie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 sept.) — Emploi de l'air surchauffé en gynécologie.

Poten (W.). Die Verschleppung der Chorionzotten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 3.) — Migration des villosités choriales.

Remy (S.). De l'emploi du chlorate de potasse contre certaines dégénérescences qui amènent la mort de l'œuf pendant la grossesse. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.)

Roussel. De l'injection préventive de sérum antidiphtérique chez les femmes enceintes. (*Loire méd.*, sept.)

Russell (W.) et **Schenck** (B. R.). An ovarian sarcoma developing from the theca externa of the Graafian follicle. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Sauvage. Contribution à l'étude de l'éclampsisme. (*Touraine méd.*, sept.)

Schröder (E.). Vaginale Uterusexstirpation im 6. Schwangerschaftsmonat wegen Carcinoms. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 oct.) — Extirpation vaginale de l'utérus pour cancer au sixième mois de la grossesse.

Senger (E.). Ueber einen operativ geheilten Fall extensivster Pyometra bei einem Uterus bicornis puerperalis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 août.)

Stauder (A.). Ueber Sarkome des Ovariums. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 3.)

Strassmann (P.). Placenta praevia. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 1.)

Stratz (C. H.). Uterustorsion bei Myom und acuter, nicht entzündlicher Hämatosalpinx. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 3.)

Van de Velde (Th. H.). Die Hebotomie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 sept.)

Vassmer (W.). Zur Pathologie des Ligamentum rotundum uteri und des Processus vaginalis peritonei. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 1.)

Vineberg (H. N.). Vaginal operations for retroversions and retroflexions of the uterus, with a critical review of 57 cases of vaginal suturing of the round ligaments (the author's operation). (*Med. Record*, 6 sept.)

Voigt (J.). Ueber gleichzeitiges Bestehen von papillären Adenomen in Niere und Uterus mit Metastasenbildung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVI, 3.) — Coexistence d'adénomes papillaires dans le rein et dans l'utérus avec formation de métastases.

Walthard (M.). Die bacteriotoxische Endometritis. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.)

Weichardt (W.). Experimentelle Studien über die Eklampsie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 août.)

Wychgel (G. J.). Untersuchungen über das Pigment der Haut und den Urin während der Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.) — Recherches sur le pigment cutané et sur l'urine pendant la grossesse.

Zagorjanski-Kissel (W.). Ueber das primäre Chorioepitheliom ausserhalb des Bereiches der Eiansiedelung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 2.) — Le chorioépithéliome primaire en dehors de la zone de fixation de l'œuf.

Zangemeister (W.). Klinische Beiträge zur Frage der Wochenbettsmorbidität. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 3.) — Contribution à l'étude de la morbidité dans les suites de couches.

Ziegenspeck (R.). Ueber die Entstehung von Hymencysten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 1.) — L'origine des kystes de l'hymen.

PÉDIATRIE

Keller. Zur Aetiologie angeborener Klumpfüsse und Gelenkcontracturen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 2.) — Etiologie des pieds bots et des contractures articulaires d'origine congénitale.

Langstein (L.). Untersuchungen über die Acidität und den Zuckergehalt von Säuglingsstühlen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 3.) — Recherches sur l'acidité et la teneur en sucre des fèces des nourrissons.

Rey (J. G.). Ueber das Säuglingseczem, seine aetiologische Beziehung zum Intestinaltractus, daraus sich ergebende Therapie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 3.) — L'eczéma des nourrissons, ses rapports avec l'état de l'intestin et son traitement étiologique.

Schlesinger (E.). Eigentümlicher Beginn einer tuberculösen Meningitis. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 5-6.) — Méningite tuberculeuse à début singulier.

Schön-Ladniewski (S.). Ueber Calomel in der Kinderheilkunde. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 2.) — Le calomel dans la pratique pédiatrique.

Sidlauer (H.). Ein Fall von Persistenz des Ductus arteriosus Botalli. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIV, 5-6.)

Skormin (B.). Ueber die verschiedenen Formen des Icterus im Säuglingsalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 2.) — Les diverses formes d'ictère chez le nourrisson.

Sorgente (P.). Trombosi marantica delle vene meningee e dei seni longitudinali e trasversi in una bambina idrocefalica di 14 mesi. (*Pediatria*, août.)

TÉRATOLOGIE

Joukovski (W.). Zwei seltene Fälle von Hemicephalia, nebst Prosoposchisis, complicirt mit Hernia nasofrontalis. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 1.)

Marsh (J. P.). Congenital absence of the entire œsophagus, with report of a case. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Schödel (J.). Einseitige Bildungsfehler der Brustwandung und der entsprechenden oberen Gliedmasse. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 1.) — Malformation unilatérale de la paroi thoracique et de l'extrémité supérieure correspondante.

Wichura (M.). Zwei Fälle von Anencephalie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 2.)

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Le faisceau pyramidal direct et le faisceau en croissant, par MM. les docteurs P. Marie et G. Guillain. 17
MÉDECINE PRATIQUE. — Nouvelle méthode pour isoler le bacille de Koch des humeurs de l'organisme, par M. le docteur A. Jousset 22
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Additions à la liste des maladies épidémiques à déclaration obligatoire et proposition d'une catégorie de maladies à déclaration facultative 24
Société de chirurgie. — Traitement de l'appendicite 24
Néoplasmes associés...... 25
Oblitération de l'urèthre par une valvule congénitale 25
Société médicale des hôpitaux. — Duodénite ulcéreuse urémique 25
Cirrhose terminée par guérison, avec examen histologique du foie...... 25
Pathogénie du tabes 25
Société de biologie. — Deux cas d'intoxication mortelle par l'oxyde de carbone, avec analyse des gaz du sang...... 25
De l'action de la bile, du sublimé et du formol sur les germes hydatiques 25
Société de dermatologie et syphiligraphie. — Traitement de l'épithéliome cutané par les applications d'iode 26
Syphilides bucco-labiales lichénoïdes...... 26
Végétation en nappe de la muqueuse palatine, de structure lymphoïde...... 26
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur les formes atypiques de la fièvre typhoïde 26
Société de médecine interne de Berlin. — Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse chronique...... 26
Les indications opératoires dans la cholélithiase et la cholécystite 26
Tuberculose miliaire consécutive à l'avortement...... 27
Diabète et pancréatite aiguë...... 27
Lettres d'Autriche. — Tumeur maligne de la tête du pancréas...... 27
Pénétration des fils de suture dans la vessie au cours de la cure radicale de hernie par la méthode de Bassini 27
Adipose douloureuse...... 27
De l'acétonurie 27
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Des résultats définitifs de l'opération des hémorrhoïdes d'après la méthode de von Langenbeck 27
De l'inflammation du diverticule de Meckel. 27
De la dégénérescence kystique des sinus de Herrmann, et de la genèse des fistules anales...... 27
Publications italiennes. — Glycosurie et lévulosurie alimentaires dans les maladies du foie...... 28
Présence de la lipase dans quelques liquides pathologiques...... 28
Hémorrhagies dues à l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka et simulant des hémoptysies...... 28
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Injection d'air dans le tissu cellulaire présacré comme moyen de traitement de l'incontinence nocturne d'urine...... 28
Traitement de l'ulcère de jambe par des injections sous-cutanées de calomel...... 28

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acétonurie...... 27²
Adipose douloureuse...... 27²
Affections hépatiques dans leurs rapports avec la glycosurie et la lévulosurie 28¹
Appendicite...... 24³
Avortement et tuberculose miliaire...... 27¹
Bacille de Koch et sa recherche dans les humeurs de l'organisme...... 22²
Bile et son action sur les germes hydatiques. 25³
Calomel en injections sous-cutanées contre l'ulcère de jambe...... 28³
Cancer de la tête du pancréas...... 27¹
Cholélithiase et cholécystite...... 26³
Cirrhose hépatique terminée par guérison...... 25²
Colite ulcéreuse chronique...... 26²
Dégénérescence kystique des sinus de Herrmann et genèse des fistules anales...... 27³
Diabète et pancréatite aiguë...... 27¹
Diverticule de Meckel et son inflammation.. 27³
Duodénite ulcéreuse urémique...... 25²
Epithéliome cutané...... 26¹
Faisceau pyramidal direct et faisceau en croissant...... 17¹
Fièvre typhoïde et ses formes atypiques...... 26²
Fils de suture ayant pénétré dans la vessie... 27²
Fistules anales et leur genèse...... 27³
Germes hydatiques et leur destruction...... 25³
Glycosurie et lévulosurie alimentaires dans les maladies du foie...... 28¹
Hémorrhagies dues à l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka et simulant les hémoptysies...... 28²
Hémorrhoïdes...... 27³
Incontinence nocturne d'urine...... 28²
Inoscopie des humeurs de l'organisme...... 22²
Intoxication mortelle par l'oxyde de carbone 25³
Iode en applications contre l'épithéliome cutané...... 26¹
Lipase et sa présence dans quelques liquides pathologiques...... 28¹
Lipome très volumineux de l'S iliaque...... 25¹
Maladies contagieuses à déclaration obligatoire ou facultative...... 24¹
Néoplasmes associés...... 25¹
Oblitération de l'urèthre par une valvule congénitale...... 25¹
Pancréatite aiguë et diabète...... 27¹
Sang dans l'intoxication oxycarbonée...... 25³
Sublimé et son action sur les germes hydatiques...... 25³
Syphilides bucco-labiales lichénoïdes...... 26¹
Tabes et ses lésions...... 25²
Traitement chirurgical de la cholélithiase et de la cholécystite .. 26³
— — de la colite ulcéreuse chronique...... 26²
— de l'appendicite...... 24³
— de l'épithéliome cutané...... 26¹
— de l'incontinence nocturne d'urine...... 28²
— de l'ulcère de jambe...... 28³
— des hémorrhoïdes...... 27³
Tuberculose miliaire post-abortum...... 27¹
Ulcère de jambe...... 28³
Urémie et duodénite ulcéreuse...... 25²
Végétation en nappe de la muqueuse palatine, de structure lymphoïde...... 26¹

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Rouen. — M. le docteur Dévé est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bahia. — M. le docteur Ignacio Monteiro de Almeida Gouvêa, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur A. Jaquet, ancien professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de matière médicale, en remplacement de M. R. Massini, décédé.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur A. Wassermann, privatdocent d'hygiène, est nommé professeur extraordinaire de thérapeutique expérimentale.

Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Wilhelm Zinn (*médecine interne*), Max Lähr (*neurologie et psychiatrie*), Edmund V. Meyer (*laryngologie et otologie*).

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Georg Gottstein est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur J. Himmel est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Rafaele Brugia est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur N. Mamonov est nommé privatdocent de pathologie interne et de thérapeutique.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Filippo Rho, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur Ernesto do Nascimento Silva, professeur suppléant, est nommé professeur de médecine légale et de toxicologie, en remplacement de M. Agostino José de Souza Lima, démissionnaire.

TOLU LE BEUF

ÉMULSION CONCENTRÉE

Ce produit a sur les autres préparations de **Baume de Tolu** *l'avantage de contenir, sous une forme aisément absorbable,* **l'ensemble des principes actifs** *de ce médicament.* (Com. Thér. du Codex, du Professeur **GUBLER**, 2e édit., p. 314.)

Doses : Une ou deux cuillerées à café, deux ou trois fois par jour, dans de l'eau ou du lait chaud sucrés, un lait de poule ou une tisane appropriée. — Le flacon : **2 fr. 50.**

SE MÉFIER DES IMITATIONS

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Dépôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, 5, PARIS

Polyglycérophosphate Granulé Freyssinge

Contenant par cuillerée à café de sucre granulé 25 centigrammes de glycérophosphate composé (chaux, soude, fer et magnésie). — C'est le meilleur reconstituant à donner aux enfants et aux adolescents anémiques, chlorotiques ou surmenés.

Le flacon, **4** *fr.,* **rue de Rennes, 105, Paris,** et les Pharmacies

EAU MINÉRALE ARSÉNICALE ET FERRUGINEUSE

Source GUBER en Bosnie

Facile à digérer. — S'emploie avec succès contre l'ANEMIE, la CHLOROSE, la MALARIA, les AFFECTIONS NERVEUSES et les MALADIES CUTANEES. — Dépôt chez tous les Mds d'EAUX MINÉRALES et PHARMACIENS

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Préparé à l'aide de macérés de **VIANDE CRUE** hachée, il trouve dans la ***somothérapie*** une nouvelle raison de son efficacité : Prescrit aux ***Phtisiques, Anemiques***, etc., dont il reveille l'appétit et rétablit les forces.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. Paris, 20, Place des Vosges et Pharmacies

LE GAZ CLAYTON

Cie du **GAZ CLAYTON** (Procédés et Appareils de Désinfection et d'Extinction. *Société Anonyme, Capital 500,000f* TÉLÉPH. 309-26

36, RUE TAITBOUT, PARIS

Désinfecte **SUR PLACE** *avec pénétration* sans laisser de trace ni odeur, sans aucune détérioration les Marchandises et les Objets les plus épais et les plus délicats.

SANS TRANSPORT aux ÉTUVES

Le **GAZ CLAYTON** désinfecte les **NAVIRES** avec leur **CHARGEMENT** à **BORD.**

EMPLOYÉ à DUNKERQUE par le SERVICE SANITAIRE

"SIDONAL" MARQUE DÉPOSÉE

SPÉCIFIQUE contre la goutte, l'uricémie et les affections similaires.

Dépositaires : **MAX Frères, 31, Rue des Petites-Écuries, PARIS**

Echantillons gratuits sur demande à MM. les Docteurs.

Se trouve chez tous les Pharmaciens.

Rapport favorable de l'Académie de Médecine.

VINAIGRE DE PENNÈS

Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique

Purifie l'air chargé de miasmes.

Préserve des maladies épidémiq. & contagieuses

Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Marque de Fabrique. — TOUTES PHARMACIES

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUD^ts

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

Dans les ***CONGESTIONS*** et les ***Troubles fonctionnels du FOIE,*** la ***DYSPEPSIE ATONIQUE,*** les ***FIÈVRES INTERMITTENTES*** les ***Cachexies*** *d'origine* ***paludéenne*** et consécutives au long séjour dans les pays chauds On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine **GRENOBLE (FRANCE)**

Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger

EUKINASE

EUPEPTIQUE INTESTINAL

H. CARRION & Cie

54, Faubg Saint-Honoré, Paris

TÉLÉPHONE 136.64

PANCRÉATO-KINASE

DIGESTIF PUISSANT

Le Gérant : **J. CHARPENTIER.**

Paris — Imprimerie de la *Semaine Médicale,* 31, rue Croix-des-Petits-Champs — J. Charpentier

Liqueur Laprade à l'Albuminate de Fer

UNE CUILLERÉE à chaque repas CHLORO-ANÉMIE

NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, TUBERCULOSE RACHITISME, DIABÈTE, SURMENAGE, ETC.

LÉCITHOSINE ROBIN

LÉCITHINE NATURELLE CHIMIQUEMENT PURE

Extraite du Jaune d'Œuf

Contient environ 4 % de Phosphore entièrement assimilable

Se prépare sous deux formes différentes :

LÉCITHOSINE GRANULÉE ROBIN

d'une **ASSIMILATION** et d'un **GOUT TRÈS AGRÉABLE**

(Contient 0 gr. 05 de Lécithine naturelle chimiquement pure, par cuillerée à café.)

DOSES JOURNALIÈRES { Enfants : 1 à 2 cuillerées à café. Adultes : 2 à 5 cuillerées à café.

PILULES DE LÉCITHOSINE ROBIN

Ces Pilules, d'un très petit volume et d'une **DISSOLUTION PARFAITE DANS L'ESTOMAC,** *sont dosées à 0 gr. 05 de Lécithine naturelle chimiquement pure.*

DOSES JOURNALIÈRES { Enfants : 1 à 2 pilules. Adultes : 2 à 5 pilules.

VENTE EN GROS : **ROBIN,** 13, Rue de Poissy, PARIS.

23e ANNÉE. — No 4. Vingt centimes le numéro. 28 JANVIER 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX: — Pathogénie péritonitique de la « colique hépatique » et des crises douloureuses épigastriques, par MM. Raymond Tripier et J. Paviot.... 29
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Des essences reconnues dangereuses dont la fabrication et la vente doivent être proscrites ou réglementées.................. 32
Société de chirurgie. — Traitement de l'appendicite.................................. 32
Société médicale des hôpitaux. — Hémorrhagies et ulcérations de la peau et des muqueuses dans l'urémie.............................. 32
Les angines banales dans la rougeole de l'adulte............................... 32
Scoliose atypique consécutive à une sciatique................................ 32
Gomme hérédo-syphilitique traitée par des injections locales d'iodure de potassium à faible dose.............................. 32
Société de biologie. — La proportion d'hémoglobine réduite dans le sang, à l'état normal et chez les cardiopathes............ 33
Sur les lésions séniles, simulant les altérations rabiques, des ganglions nerveux du chien............................ 33
Essai de sérothérapie anti-échinococcique.. 33
ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — La péritonite par perforation de la vésicule biliaire............................ 33
Les indications opératoires dans la cholélithiase et la cholécystite.................. 33
Thrombose de la veine porte due à la compression exercée par un calcul biliaire... 33
Lettres d'Amérique. — La diphtérie à Boston et à Philadelphie.......................... 33
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Traitement de l'ostéomalacie par le phosphore..................................... 34
Des corps étrangers de l'œsophage........ 35
Publications anglaises. — Polypose intestinale et cancer.................................. 35
Les applications de teinture d'iode contre les ulcères de la cornée................... 35
De la cautérisation transvésicale pour remplacer l'opération de Bottini dans le traitement de certaines formes d'hypertrophie de la prostate............................ 35
Publications polonaises. — Sur l'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale................................... 36
Contribution à la pathogénie de la sclérose de l'aorte................................ 36
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les injections d'infusion de digitale dans le traitement des varices.................................... 36
Radiothérapie du trachome.................. 36
Les feuilles de bouleau comme moyen de traitement externe du rhumatisme articulaire.................................... 36
Emploi de l'essence de girofle en chirurgie et en obstétrique.......................... 36
NOUVELLES.
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Affections du foie et déformations hippocratiques des doigts.......................... 33^2
Angines banales dans la rougeole de l'adulte. 32^3
Appendicite................................ 32^2
Boissons spiritueuses et essences dont l'emploi doit être prohibé ou réglementé...... 32^1
Cancer et polypose......................... 35^2
Cardiopathies et proportion d'hémoglobine réduite dans le sang...................... 33^1
Cirrhose atrophique du foie................. 33^1
Colique hépatique et son origine péritonéale. 29^1
Corps étrangers de l'œsophage.............. 35^1
Digitale en injections contre les varices..... 36^2
Diphtérie à Boston et à Philadelphie........ 33^3
Doigts hippocratiques dans les affections du foie.................................... 33^2
Essence de girofle comme désinfectant...... 36^3
Essences dont l'emploi doit être prohibé ou réglementé.............................. 32^1
Feuilles de bouleau à l'extérieur contre le rhumatisme articulaire.................. 36^3
Ganglions nerveux et leurs altérations séniles chez le chien......................... 33^1
Gomme hérédo-syphilitique.................. 32^3
Hémoglobine réduite et son taux dans le sang des cardiopathes........................ 33^1
Hémorrhagies de la peau et des muqueuses dans l'urémie.......................... 32^2
Hyperchlorhydrie et son diagnostic chimique. 33^2
Hypertrophie de la prostate................. 35^3
Inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale........................ 36^1
Iodure de potassium en injections contre les gommes hérédo-syphilitiques............... 32^3
Opothérapie hépatique dans la cirrhose atrophique..................................... 33^1
Ostéomalacie............................... 34^3
Péritonite et son rôle dans la production de la colique hépatique.................. 29^1
— par perforation de la vésicule biliaire.. 33^2
Phosphore contre l'ostéomalacie............ 34^3
Polypose et cancer......................... 35^2
Radiothérapie du trachome.................. 36^2
Rage et lésions des ganglions nerveux....... 33^1
Rhumatisme articulaire..................... 36^3
Rougeole de l'adulte et angines banales..... 32^3
Sang des cardiopathes...................... 33^1
Sciatique et scoliose atypique consécutive... 32^3
Sclérose de l'aorte et sa pathogénie........ 36^1
Scoliose atypique consécutive à une sciatique.................................... 32^3
Sérothérapie anti-échinococcique............ 33^1
Teinture d'iode contre les ulcères de la cornée.................................... 35^3
Thrombose de la veine porte................ 33^3
Trachome.................................. 36^2
Traitement chirurgical de la cholélithiase et de la cholécystite.................... 33^2
— de la cirrhose atrophique du foie 33^1
— de l'appendicite................ 32^2
— de l'hypertrophie de la prostate.. 35^3
— de l'ostéomalacie............... 34^3
— des corps étrangers de l'œsophage............................ 35^1
— des gommes hérédo-syphilitiques 32^3
— des varices..................... 36^2
— des ulcères de la cornée........ 35^3
— du rhumatisme articulaire....... 36^3
— du trachome..................... 36^2
Ulcérations de la peau et des muqueuses dans l'urémie.................................. 32^2
Ulcères de la cornée....................... 35^3
Urémie et ses complications................ 32^2
Varices.................................... 36^2

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Marseille. — Sont institués suppléants, pour une période de neuf ans : MM. les docteurs Olmer (*pathologie et clinique médicales*); Henry Reynès (*pathologie et clinique chirurgicales et clinique obstétricale*).

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten R. Krause (*anatomie*); Karl Posner (*médecine interne*); Erich Bennecke (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Luigi Monesi est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Wilhelm Ercklentz est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Buénos-Ayres. — Sont nommés professeurs suppléants : MM. les docteurs José T. Borda (*clinique psychiatrique*); Leandro Valle (*médecine opératoire*); Juan Carlos Delfino et Leopoldo Uriarte (*bactériologie*).

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs W. Oppel (*chirurgie*); S. Lobanov (*ophtalmologie*).

University College de Liverpool. — M. le docteur J. W. Stephens est nommé lecteur des maladies des pays chauds.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Max Sänger, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur A. Gessner, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur K. R. Wenzel, ancien inspecteur général du service de santé de la marine allemande.

NOUVELLES

ALLEMAGNE

— Le gouvernement demande au Parlement les fonds nécessaires pour établir une statistique de la morbidité et de la mortalité par les différentes maladies en Allemagne. Ce travail devant durer plusieurs années comporte une dépense de plus de 400,000 fr., dont 62,500 fr. sont inscrits dans le projet de budget pour 1903.

— On commence à s'apercevoir, en Allemagne même, que la fièvre typhoïde ne reconnaît pas toujours une origine hydrique, ou tout au moins que le problème n'est pas aussi simple qu'on le croyait tout d'abord et qu'il y a lieu d'étudier à nouveau la question de l'endémicité de cette maladie infectieuse. Dans ce but, le gouvernement se propose de créer dans les régions où règne la fièvre typhoïde des stations pour l'étude complète de chaque cas signalé; on commencerait par la province rhénane et par les États voisins de l'empire, qui entourent cette partie de la Prusse.

BRÉSIL

— Un décret portant la date du 18 septembre dernier a réorganisé l'hygiène publique et la police sanitaire de Rio-de-Janeiro et a transféré ce service à la direction générale de la santé publique, ce qui lui enlève son caractère municipal. La capitale est divisée en cinq circonscriptions à la tête de chacune desquelles est placé un médecin dénommé «délégué de santé»; ces 5 fonctionnaires ont sous leurs ordres 26 médecins-inspecteurs sanitaires, dont le nombre pourra être augmenté en cas de besoin.

Huit maladies comportent la déclaration obligatoire; ce sont : le choléra et les affections cholériformes, la fièvre jaune, la peste, la variole, les diphtéries, le typhus et la fièvre typhoïde, la tuberculose ouverte, la lèpre ulcérée.

Toutes les affections transmissibles non comprises dans la liste ci-dessus peuvent faire l'objet d'une déclaration, mais celle-ci reste alors facultative.

L'assistance hospitalière incombe à la direction générale de la santé publique qui, outre la direction et l'administration des hôpitaux pour contagieux dépendant du ministère de l'intérieur, a un droit de surveillance sur tous les hôpitaux, hospices et dispensaires de Rio, et même sur toute maison particulière transformée temporairement en hôpital d'isolement, lorsque les conditions intérieures permettront d'y laisser le patient sous la responsabilité du chef de maison et du médecin traitant, et sous la réserve qu'on se soumettra à une désinfection continue pendant toute la durée de la maladie.

L'isolement ne sera pas appliqué seulement au malade : toute personne en contact avec ce dernier sera également soumise à l'isolement ou tout au moins tenue de se présenter chaque jour à la visite d'un médecin pendant une période d'observation déterminée et, si elle désire quitter Rio avant l'expiration du délai, elle ne pourra le faire qu'après avoir obtenu une attestation de l'autorité sanitaire, portant le temps pendant lequel elle a été observée et l'indication du lieu de destination. En cas d'impossibilité d'isolement à domicile des personnes étant ou ayant été en contact avec le malade, ou en cas d'infraction aux ordres de l'autorité sanitaire, l'isolement sera imposé dans un établissement spécial.

Tout individu atteint d'une maladie transmissible sera admis, sur sa demande, dans un hôpital d'isolement dépendant de la direction générale de la santé publique, mais y seront transportés *obligatoirement* les indigents, les nécessiteux, les malades dont le logement est commun à plusieurs personnes ou dont l'isolement est irréalisable, enfin, ceux qui auront enfreint les règles adoptées pour l'isolement à domicile. Point à noter : les malades fortunés ainsi isolés auront le droit de se faire soigner par un médecin de leur choix, sans qu'il puisse en résulter une responsabilité quelconque pour l'hôpital.

Il va sans dire que toute désinfection prescrite par l'autorité sanitaire est gratuite.

ETATS-UNIS

— Il a été déposé, sur le bureau du Congrès, un projet de loi portant création, dans la marine des Etats-Unis, de 50 gardes-malades du sexe féminin, à l'instar de ce qui existe déjà dans l'armée de terre.

— D'après un règlement mis en vigueur au mois de décembre dernier, tout individu malade désirant voyager par chemin de fer dans l'Etat du Colorado doit se munir préalablement d'un certificat médical constatant qu'il n'est pas atteint d'une maladie contagieuse.

PRUSSE

— Dans le projet de budget prussien pour 1903, figurent deux demandes de crédit, qui méritent d'être signalées : l'une de 437,500 fr. pour la prophylaxie du trachome, et l'autre de 62,500 fr. pour l'étude du cancer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

André (P.). De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles de l'épaule.

Balatre (E.). Contribution à l'étude des pyélonéphrites gravidiques et de leur traitement.

Bardon (F.). Des composés mercuriels employés en injections hypodermiques (étude critique et comparative).

Berthet. Les perfectionnements récents de la rachicocaïnisation.

Bonnefous (E.). Contribution à l'étude du cancer primitif du vagin.

Boute (R.-L.). De l'éléphantiasis des paupières non congénital et se produisant à la suite de poussées inflammatoires d'origine microbienne.

Bribon (G.). Contribution à l'étude de la rachicocaïnisation.

Burthe (F.). Les éliminations urinaires dans les néphrites chroniques scléreuses.

Cailleron (L.). De l'hydrocèle et de l'emploi du thermocautère dans la cure radicale de cette affection.

Charpy (C.-J.). Formes rares de phlébite pendant la grossesse et les suites de couches.

Chichkoff (D.). Des rapports de la leucoplasie buccale avec la syphilis.

Choffé (F.). Contribution à l'étude de la désarticulation du genou; de l'amputation intra et sus-condylienne fémorale (procédé Morestin).

Crouzet (G.). Contribution à l'étude des phlegmons et abcès chauds des parois thoraciques.

Cruet (M.). Modifications subies par le foie sous l'influence de l'alimentation insuffisante chez les dyspeptiques.

Dévé (Ch.). Réflexions critiques sur la puériculture; essai de puériculture pratique.

Dubois (P.-S.). Méningite purulente à bacille de Pfeiffer.

Dubreuil (N.). Contribution à l'étude du spina-bifida.

Espitallier (J.). Contribution à l'étude du traitement du tabes dorsal.

Fabre née **Boïarskaïa** (Mme S.). Contribution à l'étude des hématomes du cordon ombilical.

Fresson (H.). Indications et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine.

Gros (H.). Des complications oculaires dans la variole et, particulièrement, de la névrite optique.

Guiot (P.). Des complications nerveuses de la coqueluche.

Houllier (X.). Etude clinique et anatomo-pathologique de trois cas de chondrosarcome ostéoïde du tibia.

Kiener (P.). Des suppurations latentes dans la fièvre typhoïde.

Labignette (A.-E.). Du chlorure d'éthyle pur comme anesthésique général.

Mancel (J.-B.). Dépression nerveuse post-grippale.

Marcellin (F.). Contribution à l'étude des épanchements lactescents du péritoine et de la plèvre.

Maringer (H.). Facteurs de gravité chez les syphilitiques.

Monod (R.). Réactions méningées chez l'enfant.

Niort (L.). Contributions à l'étude des hémarthroses spontanées.

Noirclaude (P.). Du refroidissement des appendicites aiguës par les applications larges de glace sur le ventre.

Perfetti (C.). Essai d'étude sur le caféisme dans les dermatoses.

Perrot (Ch.-C.). Procédé de résection du genou sans ouverture de l'articulation pour arthrite tuberculeuse chez l'adulte.

Petit (A.). De la mort subite dans l'appendicite.

Postel (E.). De la gastrostomie.

Pruneau (E.). Les indications du lavage de l'estomac en médecine infantile.

Prunier (G.). Alimentation dans les fièvres.

Rabant (M.). De la pneumonie chez l'enfant au-dessous de deux ans.

Roques (M.). Les traitements de la coqueluche.

Sagot (F.). Contribution à l'étude de la phlébite des veines saphènes et de leurs branches.

Souilhé (P.). L'alcoolisme : son influence sur la famille et sur la dépopulation.

Thomas (A.). Etude sur les corps étrangers de l'articulation du coude.

Tiphine (L.-J.). Le traitement de la syphilis par les injections intra-trachéales de mercure.

Verneau (P.). Les maladies que l'on soigne au sanatorium de Hendaye.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Gengou. Sur les sensibilisatrices des sérums actifs contre les substances albuminoïdes. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Herter (C. A.) et **Wakeman** (A. J.). Ueber Adrenalin-Glykosurie und verwandte, durch die Wirkung reducirender Substanzen und anderer Gifte auf die Pankreaszellen hervorgerufene experimentelle Glykosurien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 3.)

Kaufmann (M.) et **Mohr** (L.). Beiträge zur Alloxurkörperfrage und zur Pathologie der Gicht. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2, 3-4 et 5-6.) — Contribution à l'étude de l'alloxurie et de la pathologie de la goutte.

Oswald (A.). Die Chemie und Physiologie des Kropfes. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 3.) — Chimie et physiologie du goitre.

Penkert (M.). Ueber idiopathische Stauungsleber (Verschluss der Venae hepaticae). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXIX, 3.) — Sur la congestion idiopathique du foie (occlusion des veines hépatiques).

Petrone (G. A.). Su di un siero dotato di azione precipitante sul siero antidifterico; nota preventiva. (*Pediatria*, oct.)

Pinto (C.). Sugli effetti dell'ischemia temporanea dell'apparecchio tireoparatiroideo; nota preventiva. (*Riforma med.*, 21 oct.)

Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft. 4. Tagung, gehalten zu Hamburg vom 21. bis 25. September 1901. In-8°, 275 p. avec fig. Berlin.

Vitali (F.). Ricerche sulla funzione intestinale e sul ricambio materiale in un caso di estesissima resezione del tenue. (*Riv. critica di clinica medica*, 15, 22 et 29 mars.)

MÉDECINE

Ferrannini (L.). Un caso di cisti della testa del pancreas ed epatite sifilitica simulante perfettamente la cirrosi di Hanot. (*Riforma med.*, 18 et 19 sept.)

Freund (W. A.). Ueber die Beziehungen gewisser geheilter Lungenphthisen zur Gelenkbildung am ersten Rippenknorpel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 août.) — Rapports entre certaines phtisies pulmonaires guéries et les formations articulaires au niveau du premier cartilage costal.

Germani (A.). La prova del vescicatorio. (*Gazz. degli Osped.*, 7 sept.)

Gillot (V.). Anévrysme cœlio-mésentérique. (*Lyon méd.*, 26 oct.)

Grober (J. A.). Der Tierversuch als Hülfsmittel zur Erkennung der tuberkulösen Natur pleuritischer Exsudate, seine Methodik und die Bewertung seiner Ergebnisse. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2.) — L'inoculation aux animaux comme moyen de diagnostic de la nature tuberculeuse des épanchements pleuraux; sa technique et sa valeur.

Hausmann (A.). Ueber die Beeinflussung der Acidität des Harnes durch Rhodanverbindungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2.) — Action des composés rhodaniques sur l'acidité urinaire.

Hedinger (E.). Klinische Beiträge zur Frage der Hämolyse. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2.)

Hiller (A.). Der Hitzschlag auf Märschen (mit Benutzung der Akten der Medizinal-Abteilung des preussischen Kriegs-Ministeriums). In-8°, 264 p. avec fig. Berlin. — L'insolation pendant les marches (étude basée sur les documents de la section médicale du ministère prussien de la guerre).

Jardini (A.). Essudati e trasudati. (*Riforma med.*, 27 et 28 oct.)

MALADIES INFECTIEUSES

Heiberg (P.). De letale tuberkulosetilfældes varighed i en række forskellige erhverv. (*Ugeskrift for Læger*, 7 nov.)

Kasparek (Th.) et **Teuner** (K.). Ueber einen Fall von Ausbruch der Tollwut sieben Monate nach der Pasteur'schen Schutzimpfung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 sept.) — Eclosion de la rage sept mois après le traitement antirabique.

Omizzolo (A.). Contributo alla casistica della setticemia diplococcica. (*Morgagni*, nov.)

Perrod (G.). Osservazioni su alcuni casi di recidive di febbri malariche in seguito a traumatismi. (*Gazz. degli Osped.*, 26 oct.)

Pianori (R.). La tubercolosi incipiente e il solco apicale del polmone. (*Gazz. degli Osped.*, 19 oct.)

Salvatore (M.). La peste bubbonica. (*Gazz. degli Osped.*, 7 sept.)

Sestini (L.). Maceratoi, zanzare e malaria. (*Clinica moderna*, 8 oct.)

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. 20. Heft : Beobachtungen und Untersuchungen über die Ruhr (Dysenterie). In-8°, 160 p. avec fig. Berlin.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Glynn (T. R.). On two cases of paralysis complicating gonorrhœa. (*Lancet*, 27 sept.)

Jendrassik (E.). Ueber neurasthenische Neuralgieen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 et 11 sept.)

Lannois (M.) et **Porot** (A.). Un cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique et à évolution fébrile. (*Lyon méd.*, 26 oct.)

Macris (E.). Quelques considérations sur la grande névrose et surtout sur la valeur séméiologique de ses stigmates. (*Grèce méd.*, 1er et 15 sept.)

Meige (H.). Sur le gigantisme. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Mendel. Welchen Schutz bietet unsere Zeit den Geisteskranken? (*Berlin. Klinik*, sept.) — Etat actuel de la protection des aliénés.

Mirto (G.). Persistenza della reazione degenerativa in un caso di paralisi grave del facciale con esito in guarigione. (*Pisani*, XXIII, 2.)

Niessl (E. von). Ueber Stauungserscheinungen im Bereiche der Gesichtsvenen bei der progressiven Paralyse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er sept.) — Phénomènes de congestion dans le domaine des veines de la face en cas de paralysie générale.

Pope (C.). The rational treatment of locomotor ataxia. (*Amer. Practitioner and News*, 15 sept.)

Raviart (G.) et **Caudron** (P.). Monoplégie brachiale au cours de la chorée de Sydenham. (*Echo méd. du Nord*, 5 oct.)

CHIRURGIE

Aievoli (E.). Per la genesi del lipoma. (*Gazz. degli Osped.*, 19 oct.)

Association française de chirurgie (15e Congrès, tenu à Paris du 20 au 25 octobre 1902). Informations et documents divers. In-8°, 96 p.

Baccarani Solimei (U.). L'ematologia della cloronarcosi. (*Gazz. degli Osped.*, 21 sept.)

Baisch. Ueber die Gefährlichkeit der Tavelschen Kochsalz-Sodalösung bei subkutaner Anwendung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 août et 4 sept.) — Sur le danger de l'emploi sous-cutané de la solution salée-sodique de Tavel.

Baldassari (L.) et **Gardini** (A.). Contributo sperimentale alla cura delle perforazioni e lacerazioni della cistifellea; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 26 oct.) — Traitement des perforations et déchirures de la vésicule biliaire.

Baracz (R. von). Ueber Lumbalhernien und seitliche Bauchhernien (Laparocelen). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 3.)

Berger (E.). Die Verletzungen der Milz und ihre chirurgische Behandlung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 3 et 4.) — Lésions traumatiques de la rate et leur traitement chirurgical.

Bergmann (E. von). Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Universität Berlin. T. XVI. In-8°, 347 p. avec fig. Berlin. — Travaux de la clinique chirurgicale de l'Université de Berlin.

Biagi (N.). Ueber die Reparationsprocesse der Schädelknochen mit Bezug auf die gewöhnlich angewandten Methoden der Cranioresection. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.) — Les processus de réparation des os crâniens, envisagés au point de vue des procédés usuels de résection crânienne.

Bird (F. D.). Clinical remarks on some tumours of the anterior abdominal wall. (*Lancet*, 27 sept.)

Boureau (M.). Le massage du cœur mis à nu. (*Rev. de chir.*, oct.)

Braatz (E.). Zur Theorie und Praxis der chirurgischen Dampfdesinfection. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 3.) — La désinfection par la vapeur en chirurgie.

Courtin (J.). Les arthrites des hémophiles. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 5 oct.)

Cushing (H.). Some experimental and clinical observations concerning states of increased intracranial tension. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Daraignez (E.). De l'entéro-anastomose par les boutons anastomotiques dans certains cas d'occlusion intestinale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 nov.)

De Cortes (A.). Due casi di actinomicosi umana. (*Gazz. degli Osped.*, 26 oct.)

Denucé. Hydropisie de la vésicule biliaire; calcul enchatonné dans le canal cystique; cholécystotomie idéale; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 oct.)

Dévé (F.). Des greffes hydatiques post-opératoires (pathogénie et prophylaxie). (*Rev. de chir.*, oct.)

Eckstein (H.). Ueber subkutane und submuköse Hartparaffinprothesen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 août.)

Ehrhardt (O.). Zur Anatomie und Klinik der Struma maligna. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 2.)

Eicken (G. von). Ein Sarkom der Speiseröhre. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.) — Sarcome de l'œsophage.

Elter (J.). Rectumtumor und Corpus liberum der Bauchhöhle. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 2.) — Tumeur du rectum et corps libre dans la cavité abdominale.

Erdheim (S.). Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen. (*Wien. med. Presse*, 21 sept.) — L'appendicite et ses rapports avec les traumatismes.

Fournier. Cure d'éventration. (*Gaz. méd. de Picardie*, oct.)

Frœlich et **Weiss**. De la coxalgie ostéomyélitique hyperostosante (due au staphylocoque blanc); coxite hyperostosante. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.)

Gangitano (F.). Splenectomia ed operazione di Talma per morbo di Banti al 3.° stadio. (*Gazz. degli Osped.*, 12 oct.)

Gfeller (L.). Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Darmcysten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.) — Contribution à l'étude des kystes congénitaux de l'intestin.

Giani (R.). Per la casistica degli enteroteratomi dell'ombelico. (*Clinica moderna*, 15 oct.)

Goodridge (M.). Entrance of air into the veins, and its treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Guilbaud (G.). Tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique et sclérosante. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 sept.)

Jungmann. Ueber multiple hereditäre Exostosen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 sept.)

King (H. M.). Post-operative non-septic leucocytosis and other blood conditions. (*Amer Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Martin (A.) et **Nicolle** (Ch.). Tumeur mixte de la parotide (endothéliome d'origine lymphatique). (*Rev. méd. de Normandie*, 10 oct.)

UROLOGIE

Baatz (P.). Trichomonas vaginalis in der weiblichen Harnblase. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 8.) — *Trichomonas vaginalis* dans la vessie chez la femme.

Comandini (P.). Due casi di ipertrofia della prostata curati colla resezione dei dotti deferenti. (*Gazz. degli Osped.*, 28 sept.)

Ferraresi (P.). Di una modificazione nella cistotomia soprapubica. (*Policlinico*, partie chir., IX, 11.)

Jacoby (S.). Beitrag zur Bottini'schen Operation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 sept.)

Loumeau (E.). Nouveau cas d'hypertrophie de la prostate guéri par la prostatectomie périnéale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 oct.)

Rydygier (L.). Die intrakapsuläre Prostataresektion als Normalverfahren bei Prostatahypertrophie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 11 oct.)

OPHTALMOLOGIE

Cosse (F.). Etude clinique sur le kératocone. (*Touraine méd.*, oct.)

Michel (J. von). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (31. Jahrgang, 1900). 2e partie, In-8°, p. 401 à 879. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1900.

Oliver (Ch. A.). Traumatic rupture of chorioid, with hemorrhage from upper branch of the inferior temporal vein. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Salva. A propos de l'extirpation du sac lacrymal. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Wherry (G.). Buphthalmos, or congenital hydrophthalmos. (*Lancet*, 27 sept.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlefelder (C.). Klinische und anatomische Beiträge zur Genitaltuberkulose des Weibes. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Ahlfeld (F.). Partielle Contractionen des schwangeren Uterus, Myome vortäuschend. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.) — Contractions partielles de l'utérus gravide, ayant simulé un fibromyome.

Aldrich (Ch. J.). Puerperal and gestational paralyses. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Amann (J. A.). Zur Technik der transperitonealen Exstirpation des carcinomatösen Uterus mit Beckenausräumung, mit besonderer Berücksichtigung der Ureterdeckung und der Drainage der Beckenhöhle. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Ascarelli (A.). Tubercolosi dell'utero. (*Policlinico*, 18 oct.)

Audibert (V.). L'acétonurie est-elle synonyme de mort du fœtus? (*Marseille méd.*, 15 oct.)

Bossi (L. M.). Le indicazioni mediche all'interruzione della gravidanza. (*Gazz. degli Osped.*, 12 oct.)

Commandeur. Les tractions bilatérales divergentes sur les lacs du forceps; leur utilisation à la réduction des occipito-postérieures. (*Province méd.*, 4 oct.)

Dewar (M.). On the use and abuse of forceps in general practice. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Frickhinger (G.). Die äussere Untersuchung am Gebärbett. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 sept.) — L'exploration externe pendant le travail.

Herrgott (A.). Récidive d'opération césarienne chez une achondroplasique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.)

Hertzka (J.). Ueber das Eindringen von Badewasser in die Scheide von Schwangeren und Gebärenden und über die Zweckmässigkeit des Bades bei denselben. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Sur la pénétration de l'eau du bain dans le vagin et sur l'utilité des bains chez les femmes enceintes et chez les accouchées.

Kleinertz (F.). Ein Fall von spontaner kompletter Uterusruptur. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 oct.)

Krönig. Die doppelseitige Unterbindung der Aa. hypogastrica und ovarica zur palliativen Behandlung des Uteruscarcinoms. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 oct.) — La ligature bilatérale des artères hypogastrique et utéro-ovarienne comme moyen de traitement palliatif du cancer de l'utérus.

Meyer (R.). Zur Frage : « Was ist intraabdomineller Druck »? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 sept.) — Contribution à l'étude de la pression intra-abdominale.

Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. T. IV, fasc. 2. In-8°, p. 101 à 212. Berlin.

PÉDIATRIE

Anschütz (W.). Zur Operation der Scrotalhernien bei Kindern. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 2.)

Cima (F.). Contribuzione allo studio delle alterazioni istologiche della milza nell'anemia splenica infettiva dei bambini. (*Pediatria*, oct.)

Concetti (L.). Sul significato e sull'importanza della citodiagnosi nelle meningiti dei bambini; nota preventiva. (*Riforma med.*, 15 oct.)

Coutts (J. A.). Some observations on the occurrence and treatment of lobar pneumonia in young children. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.) — La pneumonie lobaire chez les jeunes enfants et son traitement.

Dauchez (H.). Nouveau formulaire magistral de consultations infantiles. In-18, 228 p.

Eguise (B.). Des tumeurs bénignes de l'intestin chez les enfants (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 18.)

Galvagno (P.). Sulle azioni patogene dei zooparassiti intestinali più comuni all'infanzia e sulle loro cause determinanti. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, juillet-août.)

Kremm (P.). Die Radikaloperation des kindlichen angeborenen Leistenbruches. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 15 nov.) — Cure radicale de la hernie inguinale congénitale chez l'enfant.

Ligorio (E.). Le infezioni ombellicali nel neonato. (*Clinica moderna*, 1er oct.)

Pfeiffer (E.). Verhandlungen der 18. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abteilung für Kinderheilkunde der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg, 1901. In-8°, 264 p. avec fig. Wiesbaden. — Compte rendu de la 18e Assemblée de la Société allemande de pédiatrie.

Schiödte (N.). Bændelorm i barnealderen. (*Hospitalstidende*, 3 et 10 déc.) — Les tænias chez les enfants.

Stamm (C.). Zur Prophylaxe des Keuchhustens. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 sept.) — Prophylaxie de la coqueluche.

Statistique de la mortalité des enfants assistés (année 1901). In-4°, 115 p. avec graphiques. Melun. Impr. administrative.

Sutherland (G. A.). Some neuroses in childhood. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Valagussa (F.). Contributo allo studio dei vomiti ciclici nei bambini. (*Policlinico*, partie méd., IX, 12.)

Valvassori-Peroni (C.). Le ultime questioni risguardanti il latte nella pratica dell'allattamento artificiale. (*Gazz. degli Osped.*, 19 oct.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bryan (J. H.). Chronic empyema of the frontal, ethmoidal, and both sphenoidal sinuses, with extensive necrosis, complicated with adenoma of the posterior ethmoidal and sphenoidal regions. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Gatteschi (F.). 3 casi di creduta emottisi riconosciuta invece emorragia da ipertrofia della tonsilla del Luschka. (*Ann. di laringol., otol. e rinol.*, oct.)

Kilian (G.). Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen der modernen direkten endoskopischen Untersuchungsmethoden bei Fremdkörpern in den Luft und Speisewegen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 sept.) — Les progrès de l'endoscopie directe pour corps étrangers des voies respiratoires et digestives.

Lafite-Dupont (J.-A.). Désarticulation de l'étrier de l'enclume dans un cas d'ankylose des gros osselets aux parois de la caisse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 oct.)

Tarchetti (C.) et **Zanconi** (A.). Contributo allo studio della tubercolosi latente delle tonsille e delle vegetazioni adenoidi; comunicazione preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 7 sept.)

HYGIÈNE

Brunon (R.). Le traitement des tuberculeux indigents; sanatoria de fortune. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Calmette (A.) et **Hautefeuille**. Rapport sur la désinfection par le procédé Clayton à bord des navires. (*Echo méd. du Nord*, 26 oct.)

Das Sanitätswesen des preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897. In-8°, 976 p. Berlin.

Deysine. De l'inspection des viandes dans les corps de troupe. In-8°, 36 p.

Ebstein (W.). Dorf-und Stadthygiene, unter besonderer Rücksichtnahme auf deren Wechselbeziehungen. In-8°, 160 p. avec fig. Stuttgart. — L'hygiène des campagnes et l'hygiène des villes.

Hirschfeld (F.). Ueber Ernährung in der heissen Jahreszeit und im warmen Klima. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 sept.) — De l'alimentation pendant la saison chaude et dans les pays chauds.

Rapport sur les travaux du conseil central de salubrité et des conseils d'arrondissements du département du Nord pendant l'année 1901. In-8°, LXXVII-517 p. Lille.

Reille (P.). Les ordures ménagères; enlèvement, évacuation, utilisation. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Schmid (F.). Die schulhygienischen Vorschriften in der Schweiz, auf Anfang 1902 zusammengestellt. In-8°, 439 p. Zurich. — Répertoire des prescriptions d'hygiène scolaire en vigueur en Suisse au commencement de 1902.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Biondi (C.). Su di alcuni fatti di applicazione pratica nello studio della rigidità cadaverica. (*Clinica moderna*, 15 oct.)

Brouardel (P.), **Riche** (A.) et **Thoinot** (L.). Un cas d'intoxication par des chaussures jaunes noircies à l'aniline. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Friedeberg. Einige Bemerkungen über zwei seltene Vergiftungen. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 18 oct.) — Deux cas rares d'empoisonnement.

Kobert (R.). Ein Fall von Oxalsäurevergiftung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 15 nov.) — Un cas d'intoxication par l'acide oxalique.

Krönig. Zur Frage der Verwertbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Valeur de la docimasie pulmonaire hydrostatique dans les cas où il existe des germes dans la cavité utérine.

Mirto (D.). Spasmo cadaverico generalizzato e rigidità cadaverica precoce negli epilettici. (*Pisani*, XXIII, 2.)

Neudörffer (R.). Ein Fall von Vergiftung durch die Douglasfichte (Tsuga Douglasii). (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 4 oct.)

Ottolenghi (S.). Reperto microscopico del polmone in un neonato atelectasico. (*Gazz. degli Osped.*, 14 sept.)

Schwalbe (K.). Die giftigen Arten der Familie Rhus: Rhus diversiloba, Rhus Toxicodendron und Rhus venenata. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 sept.)

Uhlenhuth. Praktische Ergebnisse der forensischen Serodiagnostik des Blutes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 et 18 sept.) — Les résultats pratiques du sérodiagnostic du sang en médecine légale.

Wachholz (L.). Ueber die neue Lungenprobe. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 sept.) — Sur un nouveau procédé de docimasie pulmonaire.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Berruti (C.). Un caso di echinococco del fegato guarito con la cura Baccelli. (*Policlinico*, 29 nov.)

Bivona. Un caso di tetano per iniezione di gelatina. (*Policlinico*, 18 oct.)

Bonnet (L.). La médication thyroïdienne dans l'athrepsie infantile. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, avril-mai juin.)

Conche. Note sur l'emploi de la levure de bière dans les éruptions varioliques. (*Lyon méd.*, 12 oct.)

Croner (W.). Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. In-8°, 515 p. Vienne.

Della Vedova. Un nuovo mezzo terapico per le forme catarrali croniche delle prime vie respiratorie. (*Gazz. degli Osped.*, 28 sept.)

Koettlitz (H.). Le massage dans la constipation rebelle. (*Policlinique*, 15 oct.)

Lemaire (P.). Etude sur un aphrodisiaque de la Guadeloupe, le « Chalufouria racemosa ». (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 oct.)

Leyden (E. von) et **Blumenthal** (F.). Vorläufige Mitteilungen über einige Ergebnisse der Krebsforschung auf der I. medizinischen Klinik [Berlin]. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 sept.) — Sur la sérothérapie du cancer.

Lüthje (H.). Ueber die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege, nebst einigen Bemerkungen über die Genese der Cylinder und Cylindroide. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2.) — L'action des préparations salicylées sur les voies urinaires.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Béclère (A.). La radioscopie et la radiographie des organes splanchniques. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Bergonié (J.). Technique de l'application du traitement électrique dans les scolioses de l'enfance ou de l'adolescence. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Coen (G.). La radiografia nella calcolosi biliare. (*Policlinico*, partie chir., IX, 11.)

Dichiara (F.). La cura elettrica dei fibromi dell'utero. In-8°, 60 p. Palerme.

Grunmach (E.). La radiographie et la radioscopie des organes internes. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Guilleminot (H.). Mode opératoire pour obtenir les projections orthogonales radioscopiques. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Guilloz (Th.). Sur l'électrolyse et la galvanocaustie chirurgicales. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Laquerrière et **Delherm**. Action motrice de différents modes électriques sur l'intestin grêle. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

M'Cormack (A. T.). X-rays in surgery. (*Amer. Practitioner and News*, 15 sept.)

Viana (G.). Sulla dilatazione graduale elettrica nel processo blenorragico cronico mercè l'applicazione dell'idro-elettro-dilatatore uretrale. (*Gazz. degli Osped.*, 20 juillet.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Claisse (A.). Recherches sur l'influence des bains chlorurés-sodiques. In-8°, 24 p.

Du Pasquier (E.). Les boues minérales du sud-ouest de la France. In-8°, 44 p.

Wertheimer (W.). Zur Hydrotherapie des Basedow. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, sept.)

Winternitz. Das Bad als Infectionsquelle. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — Le bain comme source d'infection.

BACTÉRIOLOGIE

Cipollina (A.). Sulla presenza di cosidetti batteri acidofili nelle feci dell'adulto. (*Gazz. degli Osped.*, 5 oct.)

Finizio (G.). Ricerche su di alcune caseasi batteriche. (*Pediatria*, oct.)

Iwanow (W.). Sur le sort des bacilles de la lèpre dans l'organisme des animaux (cobayes). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Rymovitch (F.). Sur les propriétés bactéricides des larmes et du liquide de la chambre antérieure (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, oct.)

Sbriscia (E.). Sulla depurazione rapida del vaccino antivaioloso. (*Policlinico*, partie méd., IX, 9, 10 et 11.)

Wallgren (A.). Ueber anaërobe Bakterien und ihr Vorkommen bei fötiden Eiterungen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 oct.) — Les bactéries anaérobies et leur présence dans les suppurations fétides.

23e ANNÉE. — No 5. Vingt centimes le numéro. 4 FÉVRIER 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro est exclusivement consacré à la Littérature médicale.

SOMMAIRE

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.*
— Œdèmes et hydrorrhées au cours des néphrites chroniques.......... 37
Contribution à la pathogénie des souffles musicaux.......... 37
Contribution à l'étude des sérums lactescents.......... 37
Hallucinations de l'ouïe alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle chez un paralytique général : lésions circonscrites de méningo-encéphalite.......... 37
Fièvre typhoïde et tuberculose.......... 38
Publications allemandes. — Recherches sur le diabète sucré.......... 38
Pneumotomie pour corps étranger.......... 38
Des résultats éloignés du traitement conservateur dans le cas de grossesse extra-utérine interrompue au cours des premiers mois.......... 38
Contribution à l'étude de la perforation instrumentale de l'utérus.......... 39
Publications anglaises. — Un cas d'adipose douloureuse avec autopsie.......... 39
Un cas de goitre colloïde intra-trachéal.......... 39
Ligature de l'artère linguale à travers la bouche dans les cas d'amputation d'une moitié de la langue.......... 39
Publications hollandaises. — Contribution à l'étude des cyanoses dues à une auto-intoxication d'origine intestinale.......... 40
L'unicité de la tuberculose des mammifères 40
Publications hongroises. — Un cas de fièvre intermittente apoplectiforme.......... 40
De la connexion physiologique entre la fonction des labyrinthes et la sensibilité des téguments.......... 41
Publications italiennes. — Les manifestations cutanées au cours de la malaria.......... 41
Le corps thyroïde dans les infections et les intoxications expérimentales.......... 41
Contribution expérimentale à la chirurgie rachidienne : extirpation totale d'une vertèbre.......... 41
Publications polonaises. — De la diazoréaction dans différentes maladies.......... 41
Un cas d'emphysème sous-cutané chez un phtisique.......... 42
Publications russes. — Sur la digestion stomacale dans la maladie de Hanot.......... 42
Traitement de l'angine scarlatineuse par des injections phéniquées.......... 42
Un cas d'aménorrhée primitive absolue.......... 42
Publications scandinaves. — Du traitement de l'hypertrophie de la prostate.......... 43
Etude étiologique sur la paralysie générale en Suède.......... 43
Papillomes de la vessie recouvrant les deux orifices urétéraux; transplantation des deux uretères sur le sommet de la vessie; extirpation de la tumeur.......... 43
Un nouveau procédé de réduction de la luxation de la hanche.......... 43
Epidémie d'angines à streptocoques, compliquées d'érythème noueux et de phlegmon ligneux du cou.......... 43
Publications tchèques. — Rapports de la paralysie laryngée récurrentielle avec les maladies internes.......... 44
Sur la tachycardie paroxystique essentielle. 44
Sur la paralysie agitante débutant par les membres inférieurs.......... 44
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide phénique en injections contre les angines scarlatineuses.......... 42[2]
Adipose douloureuse.......... 39[1]
Aménorrhée primitive absolue.......... 42[3]
Amputation de la langue.......... 39[3]
Angines à streptocoques avec érythème noueux et phlegmon ligneux du cou.......... 43[3]
— scarlatineuses.......... 42[2]
Corps étrangers du poumon.......... 38[2]
— thyroïde dans les infections et intoxications expérimentales.......... 41[2]
Cyanoses par auto-intoxication d'origine intestinale.......... 40[1]
Diabète sucré.......... 38[1]
Diazoréaction dans diverses maladies.......... 41[3]
Digestion stomacale dans la maladie de Hanot.......... 42[2]
Emphysème sous-cutané chez un phtisique.. 42[1]
Extirpation totale d'une vertèbre.......... 41[3]
Fièvre intermittente apoplectiforme.......... 40[2]
— typhoïde et tuberculose.......... 38[1]
Goitre colloïde intra-trachéal.......... 39[2]
Grossesse extra-utérine.......... 38[3]
Hypertrophie de la prostate.......... 43[1]
Labyrinthe et sensibilité cutanée.......... 41[1]
Ligature de l'artère linguale à travers la bouche.......... 39[3]
Luxation de la hanche.......... 43[3]
Maladie de Hanot et digestion stomacale.... 42[2]
Malaria et ses manifestations cutanées.......... 41[1]
Néphrites chroniques avec œdèmes ou hydrorrhées.......... 37[1]
Œdèmes et hydrorrhées dans les néphrites chroniques.......... 37[1]
Papillomes de la vessie.......... 43[2]
Paralysie agitante débutant par les membres inférieurs.......... 44[3]
— générale à forme sensorielle.......... 37[3]
— — en Suède.......... 43[2]
— récurrentielle et maladies internes. 44[1]
Perforation instrumentale de l'utérus.......... 39[1]
Sensibilité cutanée et fonctions du labyrinthe 41[1]
Sérums lactescents.......... 37[2]
Souffles musicaux et leur pathogénie.......... 37[1]
Tachycardie paroxystique essentielle.......... 44[2]
Traitement de la grossesse extra-utérine.... 38[3]
— de la luxation de la hanche.......... 43[3]
— de l'hypertrophie de la prostate.. 43[1]
— des angines scarlatineuses.......... 42[2]
— des corps étrangers du poumon. 38[2]
— des papillomes de la vessie.......... 43[2]
Tuberculose des mammifères et son unicité.. 40[1]
— et fièvre typhoïde.......... 38[1]
Urticaire malarienne.......... 41[1]

VARIA

Responsabilité civile en cas de communication de la syphilis par relations sexuelles.

Si les tribunaux français ont maintes fois admis que la responsabilité civile des parents est engagée en cas de contamination d'une nourrice par un enfant syphilitique, il ne semble pas qu'ils aient eu jusqu'ici l'occasion de se prononcer en matière de transmission de la syphilis par relations sexuelles. Le tribunal civil de la Seine, dans son audience de jeudi dernier, vient de décider qu'en pareille occurrence, la communication même involontaire de la vérole par un individu qui s'en sait atteint doit être considérée comme constituant une imprudence ou une négligence dont l'auteur est civilement responsable, et, dans l'espèce, il a condamné ce dernier à 12.000 francs de dommages intérêts envers la victime.

Voici les principaux motifs sur lesquels est basé ce jugement :

« Attendu qu'il est établi : 1° que dans les premiers mois de l'année 1901, X... était atteint de syphilis; 2° qu'il a eu, à cette même époque, du mois de février au mois de juillet 1901, des relations sexuelles avec la mineure Z... (âgée de seize ans); 3° que celle-ci a été, à son tour, atteinte de la même maladie au mois de juin 1901;

» Attendu que pour se soustraire à la réparation du préjudice qu'il a ainsi causé à la mineure Z..., X... allègue vainement que « la démonstration fût-elle faite que la demoiselle Z... aurait contracté la syphilis dans ses relations avec X... il n'en résulterait pas pour elle un droit à des dommages-intérêts; que la communication d'une maladie quelconque, vénérienne ou autre, ne pourrait constituer une faute que si elle était intentionnelle »;

» Attendu que ces conclusions de X... ne sont aucunement fondées, la communication d'une maladie contagieuse constituant une faute, alors même qu'elle n'a pas eu lieu intentionnellement et qu'elle résulte d'une imprudence ou d'une négligence de celui qui en est atteint;

» Attendu qu'il résulte suffisamment des circonstances graves, précises et concordantes plus haut analysées, que X... se savait atteint de la syphilis au mois de février 1901, lorsqu'il a eu ses premières relations avec la mineure Z...; qu'il n'ignorait pas le caractère éminemment contagieux de cette dangereuse maladie et qu'il l'a, par sa faute, communiquée à la mineure Z...;

» Attendu que X... n'est pas plus fondé à soutenir que l'action en dommages-intérêts de la mineure Z... ne serait pas recevable comme ayant pour cause un acte immoral de ladite mineure;

» Attendu, en effet, que la demande de Z... n'a pas pour base et pour cause l'acte immoral accompli par la mineure Z..., lorsqu'elle s'est donnée à X..., mais la faute odieuse commise par le défendeur, qui n'a pas craint de communiquer la terrible maladie dont il était atteint à une enfant de seize ans, dont il paraît avoir été le premier amant, la demoiselle Z... établissant, par un certificat médical, qu'elle était encore vierge à la fin de l'année 1900. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE PARIS

Aupois (R.). Des kystes hydatiques du grand épiploon.

Banteignie (C.). De l'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse.

Barnsby (P.). Traitement des anévrysmes artériels rompus des membres.

Beauchesne (J.-M.). Relations entre les lésions de l'aorte et les troubles de la pupille.

Beauverger (A.). Etude des kystes développés aux dépens des glandes para-uréthrales chez la femme.

Besson (J.). Etude de la cyanose congénitale sans signe d'auscultation.

Braunberger (P.). Etude d'hygiène infantile; rachitisme et crèches.

Chanteaud (G.). Considérations sur les agents et les médications thérapeutiques.

Cottenseau (J.). Contribution à l'étude des orchites blennorrhagiques, syphilitiques et tuberculeuses.

David (E.). Contribution à l'étude du traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale.

Debidour (A.). Contribution à l'étude du pyramidon et de ses sels dans la fièvre des tuberculeux.

Déchy (A.). Le signe d'Argyll-Robertson et la cytologie du liquide céphalo-rachidien.

Deligny (L.). Du traitement abortif de la blennorrhagie de l'homme par les instillations de nitrate d'argent.

Dimier (G.). Etude sur quelques points cliniques de la névralgie faciale et sur la valeur respective des traitements électrique et chirurgical dans les types de névralgie faciale vraie.

Felhoen (R.). Des complications rares et graves de l'infection urineuse.

Fougère (A.). Nouveaux exemples de la contagion de la fièvre typhoïde observés dans le canton de Sauxillanges (Puy-de-Dôme).

Gachet (G.). De l'abolition précoce des réflexes rotuliens dans les méningites aiguës cérébrospinales (physiologie pathologique).

Gauchery (P.). Etude sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité : occlusions gravidiques, paragravidiques, extragravidiques.

Granier (B.). Le diagnostic de l'abondance des épanchements pleuraux: évaluation des épanchements par le bleu de méthylène.

Guégo (H.). Contribution à l'étude statistique sur la criminalité en France de 1826 à 1900.

Iscovesco (Catherine). La fonction urinaire chez les tuberculeux (étude de séméiotique).

Klibansky (Zelda). Contribution à l'étude de l'hydrothérapie chez l'enfant : de l'emploi du drap mouillé au cours des troubles nerveux de l'enfance.

Legaye (G.). Contribution à l'étude clinique de l'hydramnios.

Legendre (Ch.). Les propharmaciens : leurs droits, leurs devoirs; conditions de l'exercice de la pharmacie par les médecins autorisés.

Le Sourd (L.). Recherches expérimentales et cliniques sur la présence d'une substance sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques.

Lévy-Bing (H.-A.). Les injections mercurielles intra-musculaires dans la syphilis.

Lorenzo (E.). De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein; résultats thérapeutiques.

Madelaine (E.). Les vomissements incoercibles de la grossesse.

Mermier (P.). Suppurations méningées dans la paralysie générale.

Mondain (Ch.). Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin.

Paquier (L.). L'accouchement prématuré provoqué; résultats obtenus à la clinique Tarnier du 1er mars 1898 au 15 novembre 1902.

Péricat (E.). Cancer de la langue; de l'intervention logique.

Pierrhugues (M.). Etude critique sur les vomissements incoercibles de la grossesse.

Roger (M.-R.). Quelques considérations sur l'importance de l'éducation physique dans la famille et à l'école.

Santini (J.). La méthode évacuante dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Secourgeon (E.). Tumeurs solides primitives de la glande sous-maxillaire.

Séthian (G.-I.). L'incontinence d'urine stigmate de dégénérescence.

Simonnet (Ch.). Action des métaux alcalins sur le cœur.

Tassain (G.). Valeur pronostique des idées hypocondriaques de négation dans quelques maladies mentales.

Teulet-Luzié (F.). De l'intervention chirurgicale dans le cancer du cæcum.

Vianay (A.). Quelques causes peu fréquentes d'intoxication saturnine.

PHYSIOLOGIE

Barraja (A.). Notes sur l'élimination du chloroforme et nouveau procédé de destruction de la matière organique dans les urines. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Daffner (F.). Das Wachstum des Menschen; anthropologische Studien. 2e éd. In-8°, 475 p. Leipzig. — Etudes anthropologiques sur la croissance.

Masing (E.). Ueber das Verhalten des Blutdrucks des jungen und des bejahrten Menschen bei Muskelarbeit. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 3-4.) — L'état de la pression sanguine pendant le travail musculaire chez l'homme jeune et chez l'homme âgé.

Noel (H.). Les odeurs du corps humain. (*Echo méd. des Cévennes*, sept. et oct.)

Zunz (E.). Ueber die Verdauung und Resorption der Eiweisskörper im Magen und im Anfangsteil des Dünndarmes. (*Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol.*, III, 7 et 8.) — La digestion et la résorption des corps albuminoïdes dans l'estomac et dans la partie supérieure de l'intestin grêle.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Cozzolino (V.). Un caso di melanosarcoma della mucosa nasale. In-8°, 22 p. Naples.

Giacomelli (G.). Ricerche sperimentali ed osservazioni anatomo-patologiche intorno alla miocardite segmentaria. (*Riforma med.*, 3, 4 et 5 nov.)

Giuranna (G. D.). Alcune alterazioni istologiche delle capsule surrenali in seguito a sifilide. (*Clinica moderna*, 12 nov.)

Jaboulay. Un point de l'anatomie pathologique du cancer. (*Lyon méd.*, 23 nov.)

Laguesse (E.). Les îlots de Langerhans (pancréas) au point de vue pathologique. (*Echo méd. du Nord*, 9 nov.)

Lambert (A.) et **Coley** (W. B.). Embolism of the mesenteric artery. (*Med. News*, 6 sept.)

Magni (E.). Struttura ed istogenesi di un linfo-fibro-adenoma cistico congenito della parotide. (*Policlinico*, partie chir., IX, 11.)

Solowij (A.). Zur Kenntnis der pathologischen Anatomie der Placenta. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Torri (O.). Le intossicazioni batteriche e la degenerazione grassa degli organi; ricerche anatomo-patologiche e sperimentali. (*Policlinico*, partie méd., IX, 12.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Angelici (G.). Le citoprecipitine o plasmaprecipitine. (*Clinica moderna*, 12 et 19 nov.)

Ascoli (M.). In qual modo va intesa la specificità dei sieri precipitanti? (*Gazz. degli Osped.*, 16 nov.)

Cattaneo (C.) et **Varanini** (M.). Sul ricambio materiale in due casi di sarcoma epatico. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma*, mai.)

Cipollina (A.). Contributo allo studio sulla identità della tubercolosi bovina ed umana. (*Gazz. degli Osped.*, 9 nov.)

Falloïse (A.). Contribution à l'étude des sérums précipitants. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Giudice (G.). Sintomatologia e semmeiotica clinica. Parte II : Istituzioni di patologia generale umana. In-8°, 301 p. Livourne.

Malfitano (G.). De l'influence de l'oxygène sur la protéolyse en présence de chloroforme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Marie (A.) et **Morax** (V.). Recherches sur l'absorption de la toxine tétanique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Mitulescu (J.). Die Entwicklung der chronischen Tuberkulose, vom Standpunkte des Zellstoffwechsels aus betrachtet. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 25 oct.) — L'évolution de la tuberculose chronique, envisagée au point de vue des échanges cellulaires.

Orta (F.). Carcinoma e malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 9 nov.)

Poenaru (I. D.). L'origine et l'identité du virus vaccin et virus variolique; les corpuscules sphériques. In-8°, 30 p. avec fig. Bucharest.

Reports from the Cancer Research Laboratories : the Middlesex Hospital. T. Ier. In-8°, 204 p. avec fig. Londres.

Rovighi (A.). Cancro e malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 5 oct.)

Varanini (M.). Dei rapporti tra funzione gastrica, renale e alcalinità del sangue. In-8°, 33 p. Parme.

MÉDECINE

Constant. L'urée dans le diabète sucré. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er nov.)

Hochhaus (H.). Zur Pathologie der Bronchitis fibrinosa. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2.)

Ingelrans. Tétanos chronique d'une durée d'un mois; injections de sérum antitétanique; guérison. (*Echo méd. du Nord*, 26 oct.)

Karfunkel. Eine neue Methode des Nachweises von Jodkalien im Blute. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 sept.) — Un nouveau procédé de recherche de l'iodure de potassium dans le sang.

Manon. Un cas de piqûre de vipère, suivi d'une étude sur les piqûres des reptiles venimeux en général. (*Limousin méd.*, juin, juillet, août, sept. et oct.)

Montagnon. Un procédé pratique pour faciliter la déglutition du tube de Faucher. (*Loire méd.*, oct.)

Müller (W.). Experimentelle und klinische Studien über Pneumonie : Vorkommen und Verbreitungsweise der Bakterien bei der Pneumonie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 1-2.)

Nordgren (R. E.). Ein Fall von kongenitaler spastischer Pylorushypertrophie. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 3.)

Porru-Costa (P.). Indicanuria e sua importanza clinica. (*Gazz. degli Osped.*, 21 sept.)

Silva (G.). Sul sarcoma primario del polmone. (*Gazz. degli Osped.*, 19 oct.)

Silvagni (L.). Intorno ad alcuni fatti osservati nell'antipiresi. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, août.)

Sohlern (von). Zur Obstipatio spastica. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 sept.)

Strauss (H.). Zur Frage der Beziehungen zwischen perniciöser Anämie und Magendarmcanal. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 août et 1er sept.) — Rapports entre l'anémie pernicieuse et le tube digestif.

Talma (S.). Intraglobulare Methämoglobinämie beim Menschen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 sept.)

Wolff (A.). Hämatologischer Befund bei einem Fall von schwerer Bleianämie, zugleich ein Beitrag zur Hämatopoïese. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 sept.) — Constatations hématologiques dans un cas d'anémie saturnine grave.

MALADIES INFECTIEUSES

Bruneau (A.). Deux cas de rage humaine; ponction lombaire; propeptonurie. (*Marseille méd.*, 1er nov.)

De Feyfer (F. G.) et **Kayser** (H.). Over een ziekte veroorzaakt door bact. paratyphi type B. (paratyphus). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 déc.)

De Nobele (J.) et **Beyer** (Ch.). Recherches sur la valeur de l'agglutination du bacille d'Arloing et Courmont au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, janv.)

Heller (J.). Hat der Schulschluss einen statistisch nachweisbaren Einfluss auf die Morbidität an Masern, Scharlach und Diphtherie in Berlin? (*Deutsche Med.-Ztg.*, 16 oct.) — La fermeture des écoles exerce-t-elle, à Berlin, une influence appréciable par la statistique sur la morbidité par rougeole, par scarlatine et par diphtérie?

Laveran (A.) et **Mesnil** (F.). Recherches sur le traitement et la prévention du nagana. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Occhiuzzi (A.). Sul concetto moderno della malaria. In-8°, 26 p. Cosenza.

Péhu. Fièvre typhoïde; pseudo-péritonite par perforation. (*Province méd.*, 15 nov.)

Perrod (G.). Nota sull'inizio delle febbri estivo-autunnali. (*Gazz. degli Osped.*, 9 nov.)

Rocaz (Ch.). Sur une variété de mort subite dans la diphtérie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 nov.)

Valassopoulo (A.). Le typhus bilieux (ictère infectieux fébrile). In-8°, 109 p. avec graphiques.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Abadie (J.) et **Grenier de Cardenal** (H.). L'attaque convulsive de toux hystérique. (*Rev. de méd.*, nov.)

Auerbach (S.). Beitrag zur Diagnostik der Geschwülste des Stirnhirns. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 3-4.) — Contribution au diagnostic des tumeurs du lobe frontal.

Bertrand (L.-E.). Sur un cas de paramyoclonus multiplex; état psychique spécial. (*Rev. de méd.*, nov.)

Bienfait (A.). A propos du goitre exophtalmique; le centre bulbaire; traitement par le thymus. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Cascella (F.). Raro caso di polimastia in un degenerato. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.)

Comandini (P.). Di un caso di pachimeningite emorragica nei suoi rapporti con lesioni traumatiche al capo. (*Gazz. degli Osped.*, 2 nov.)

Féré (Ch.). Note sur l'influence des excitations sensorielles comme agents provocateurs des accès d'épilepsie. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Flatau (E.) et **Kölichen** (J.). Ueber die unter dem Bilde der Myelitis transversa verlaufende multiple Sklerose. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 3-4.) — Sur la sclérose en plaques évoluant sous la forme d'une myélite transverse.

Lemanski. Troubles psychiques chez les paludéens. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, oct. et nov.)

Lüthje (H.). Die acute cerebrale und cerebrospinale Ataxie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 3-4.)

Marchand (L.). Syndrome occipito-cérébelleux. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Marimò (F.). Il senso muscolare. (*Clinica moderna*, 22 et 29 oct. et 5 nov.)

Meeus (F.). De la démence précoce. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

Meyer (E.). Zur Kenntnis der Rückenmarkstumoren. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 3-4.) — Les tumeurs de la moelle épinière.

Munch-Petersen (H.). Die Hautreflexe und ihre Nervenbahnen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 3-4.) — Les réflexes cutanés et leurs voies nerveuses.

Rosenblath (W.). Ueber Cysticerken-Meningitis bei Cysticercus racemosus des Centralnervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 3-4.)

Vogt (R.). Om afasi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bennati (A.). Sull'importanza clinica del così detto « ulcero misto ». (*Nuovo raccoglitore med.*, août.)

Hendrix (L.). Hérédo-syphilis cérébrale tardive. (*Policlinique*, 15 nov.)

Ledermann (R.). Ueber die Einrichtung von öffentlichen «Schmierstuben» zur Behandlung Syphilitischer. (*Med. Reform*, 18 oct.) — Sur la création de stations publiques pour le traitement des syphilitiques.

Perrin (L.). Erythèmes pellagreux et pellagroïdes. (*Marseille méd.*, 1er nov.)

Porot. Syphilis cérébrale maligne et précoce d'origine vaccinale; méningite basilaire aiguë. (*Lyon méd.*, 9 nov.)

Rasch (C.). Hudens sygdomme og deres behandling. 1er fasc. In-8°, 176 p. avec fig. Copenhague. — Les maladies de la peau et leur traitement.

CHIRURGIE

Anschütz (W.). Ueber den Verlauf des Ileus bei Darmcarcinom und den localen Meteorismus des Cœcum bei tiefsitzendem Dickdarmverschluss. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.) — Evolution de l'iléus en cas de cancer de l'intestin et météorisme du cæcum par occlusion, profondément située, du gros intestin.

Baker (J. N.). The primary treatment of railway injuries. (*Med. Record*, 13 sept.)

Baldassari (L.) et **Gardini** (A.). Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Perforationen und Zerreissungen der Gallenblase; vorläufige Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 déc.) — Recherches expérimentales sur le traitement des perforations et des déchirures de la vésicule biliaire.

Baldwin (J. F.). Note on synchronous ligation of both internal jugular veins. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Baracz (R. von) et **Burzynski** (A.). Ueber die Lendengegend, mit besonderer Berücksichtigung der Durchtrittsstelle der Lendenhernien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 3.) — La région lombaire considérée au point de vue du siège des hernies lombaires.

Braatz (E.). Zur Dampfdesinfection in der Chirurgie; 2. Mitteilung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 5-6.) — La désinfection par la vapeur en chirurgie.

Bristow (A. T.). Avulsion of the brachial plexus, with a report of three cases. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Buschi (A.). Contributo alla cura delle nevralgie del trigemino colla resezione del ganglio di Gasser. In-8°, 20 p. Bologne.

Cappelli (L.). Intervento del sistema nervoso centrale negli esiti funzionali del trapianto tendineo. (*Nuovo raccoglitore med.*, juillet.) — L'influence du système nerveux central sur les résultats fonctionnels de la greffe tendineuse.

Cushing (H.). On the avoidance of shock in major amputations by cocainization of large nerve-trunks preliminary to their division, with observations on blood pressure changes in surgical cases. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Hippel (von). Ueber die Laparotomie im Kriege. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 3.) — La laparotomie en chirurgie de guerre.

Hofmann (C.). Zur Technik der Colostomie und Ileostomie; ein schlussfähiger Anus praeternaturalis. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 4 oct.)

Joachimsthal. Beiträge zur Lehre von dem Wesen und der Behandlung der angeborenen Verrenkungen des Hüftgelenks. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 et 15 sept.) — Nature et traitement des luxations congénitales de la hanche.

Kassel (W.). Zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalte, mit besonderer Rücksicht auf die funktionellen Erfolge. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 2.) — Le traitement chirurgical des fentes congénitales du palais; ses résultats fonctionnels.

Kozlowski. Ueber ein neues Verfahren bei der Lumbalanästhesie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 8 nov.) — Sur un nouveau procédé d'anesthésie rachidienne.

Lejars (F.). Technik dringlicher Operationen. (Trad. du français par H. Strehl.) T. Ier. In-8°, 320 p. avec fig. Iéna. — Traité de chirurgie d'urgence.

Lövy. Zur Indication der Trepanation bei Gehirnblutung im Verlaufe des Keuchhustens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.) — Indications de la trépanation en cas d'hémorrhagie cérébrale au cours de la coqueluche.

Mahot et **Allaire**. Fissure spiroïde diaphysaire du tibia. (*Gaz. méd. de Nantes*, 11 oct.)

Matthiolius. Betrachtungen über den Stand der Kriegschirurgie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.) — Considérations sur l'état actuel de la chirurgie de guerre.

Mikulicz (J. von) et **Tomasczewski** (Mme V.). Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung. In-8°, XLII-103 p. avec fig. Iéna.

Morestin (H.). De l'incision dissimulée dans le fond du creux de l'aisselle pour l'extirpation de certaines tumeurs périaxillaires, des tumeurs bénignes du sein en particulier. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Moynihan (B. G. A.). Some cases of chronic pancreatitis. (*Lancet*, 27 sept.)

Neutra (W.). Ueber die Erkrankungen der Mesenterialgefässe und ihre Bedeutung für die Chirurgie (Verschluss der Mesenterialgefässe, Aneurysmen, Periarteriitis nodosa). (*Centr.-Bl. für die Grenzgebiete der Med. u. Chir.*, V, 18, 19, 20, 21 et 22.)

Oppenheim (H.). Ueber einen operativ behandelten Fall von Rückenmarkstumor. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 sept.) — Un cas de tumeur de la moelle épinière, traité chirurgicalement.

Pauchet (V.). Pathogénie de la colique hépatique; symptômes de la cholécystite calculeuse; pronostic; traitement. (*Gaz. méd. de Picardie*, oct.)

Peiser (E.). Zur Kenntnis der Pankreasnekrose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.)

Pels-Leusden (F.). Ueber papilläre Tumoren des Nierenbeckens in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 3.) — Les tumeurs papillaires du bassinet au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Perthes. Ueber gutartige Epitheliome, wahrscheinlich congenitalen Ursprungs. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.) — Des épithéliomes bénins, d'origine probablement congénitale.

Pluyette (E.). Kyste hydatique du rein droit; néphrectomie, lithiase biliaire, cholécystotomie idéale. (*Marseille méd.*, 1er oct.)

Poppi (A.). Sopra alcuni casi di aneurismi traumatici. (*Policlinico*, partie chir., IX, 11.)

Regling. Ueber solitäre Darmstenosen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 2-4.)

Richard (L.). Note sur la cure opératoire des hernies, plus spécialement envisagée dans le milieu militaire. (*Rev. de chir.*, sept. et oct.)

Robson (A. W. M.). The radical treatment of chronic intestinal tuberculosis, with suggestions for treatment in more acute disease and in tuberculous peritonitis. (*Lancet*, 27 sept.)

Rocher (L.). A propos du kyste dermoïde médian thyro-hyoïdien. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 19 oct.)

Ronchi (L.). Contributo allo studio delle varici. (*Gazz. degli Osped.*, 5 oct.)

Rosenthal (W.). Die Pulsionsdivertikel des Schlundes; Anatomie, Statistik, Aetiologie. In-8°, 135 p. Leipzig. — Diverticules de l'œsophage par pulsion.

Rothschild (O.). Ueber Kohlensäurenarkose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 2.) — De la narcose par l'acide carbonique.

Salvia (E.). Singulière anomalie de développement du foie ayant l'aspect d'un néoplasme. (*Rev. de chir.*, oct.)

Savelli (P.) et **Bruneau** (A.). Kyste hydatique du mésentère; appendicite consécutive. (*Marseille méd.*, 15 oct.)

Simon (W.). Splenektomie bei dem primären Sarkom der Milz. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 2.)

Spadaro (C.). Una modifica all'amputazione della coscia col metodo osteo-plastico o a lembo rotuleo (processo di Gritti). (*Policlinico*, 22 nov.)

Spartali (D.). 188 cures radicales de hernie inguinale pratiquées de 1897 à 1901. In-8°, 107 p. avec fig.

Stumme (E. G.). Unsere Erfahrungen über die Cocainisierung des Rückenmarks nach Bier. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 2.)

Traver (A. H.). Traumatic appendicitis. (*Albany Med. Ann.*, sept.)

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. 19. Heft: Ueber penetrirende Brustwunden und deren Behandlung. In-8°, 90 p. Berlin. — Plaies pénétrantes du thorax et leur traitement.

Wagener (J. H.). Een mesenteriaal-kyste. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 déc.)

Zeller (O.). Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er sept.) — Contribution à la chirurgie des voies biliaires.

UROLOGIE

Carlier. De la cystostomie sus-pubienne dans les rétrécissements compliqués de l'urèthre. (*Echo méd. du Nord*, 12 oct.)

Goldner (S.). 800 Radicaloperationen nach Bassini und deren Dauerresultate. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.)

Martel. Electrolyse linéaire uréthrale. (*Loire méd.*, oct.)

Moore (J. E.). Anatomical and technical reasons why the perineal is preferable to the suprapubic route in prostatic surgery. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Newman (H. P.). Plastic surgery of the female urethra, with report of a unique case. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Newmark (P.). Tuberculosis of the urinary tract. (*Med. Record*, 27 sept.)

Powers (Ch. A.). Note on permanent suprapubic drainage for advanced tuberculosis of the bladder. (*Ann. of Surgery*, sept.)

OPHTALMOLOGIE

Ceraso (C.). Su i principali agenti medicamentosi della moderna terapia oculare. In-8°, 49 p. Naples.

Cutler (C. W.) et **Gibson** (Ch. L.). Removal of the superior cervical ganglion for the relief of glaucoma, with report of a case. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Fage. Le traitement du ptérygion. (*Gaz. méd. de Picardie*, nov.)

Ferron (M.). De l'ophtalmoplégie extrinsèque ou intrinsèque unilatérale par lésion basilaire. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Golesceano (C.). La sérothérapie dans les amblyopies toxiques. In-8°, 23 p.

Grauer (Ch.). Om blödning i cornea (apoplexia corneæ). (*Ugeskrift for Læger*, 26 déc.)

Liebreich (R.). Le traitement de la myopie. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Ricchi (G.). Delle cecità monoculari passeggiere. (*Nuovo raccoglitore med.*, nov.)

Terson (A.). Remarques sur les végétations conjonctivales à recrudescence printanière, leur structure et leur traitement. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Trombetta (E.). Il fenomeno percettivo nei neoveggenti. (*Clinica moderna*, 26 nov.) — La perception visuelle chez les opérés de cataracte congénitale.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Wie stellt sich das Zahlenverhältnis der eineiigen Zwillinge zu den zweieiigen? (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.) — Comparaison du nombre des cas de grossesse gémellaire univitelline et bivitelline.

Ansaloni. De l'écouvillonnage de l'utérus pendant le post-partum. (*Touraine méd.*, nov.)

Atlee (L. W.). Secondary puerperal hemorrhage. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Audebert (J.). Unification de la nomenclature obstétricale. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1er juin.)

Bowen (W. S.). Hydrorrhea gravidarum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Brassart (H.). Influence de la variole sur la grossesse et les suites de couches. (*Echo méd. du Nord*, 23 nov.)

Bucura (C. J.). Ueber die Bedeutung des Schüttelfrostes im Wochenbett mit besonderer Berücksichtigung der Pyhämie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — La signification du frisson dans les suites de couches, surtout au point de vue de la pyémie.

Clarke (A. P.). The management of cases of emergency arising from rupture in ectopic pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Commandeur. Sur un cas de déformation fœtale par pression de l'anneau de Bandl rétracté. (*Province méd.*, 11 oct.)

Drennan (Jennie G.). The time of the occurrence of ovulation as deduced from some clinical observations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.) — Le moment de l'ovulation [envisagé par rapport à la menstruation].

Dumon et **Savelli**. Deux cas de rétroversion utérine adhérente avec rétroflexion. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Hansen (P. N.). Blodkarendoteliom i uterus. (*Hospitalstidende*, 24 déc.)

Hayd (H. E.). Treatment of pelvic abscess. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Hoff (M. L.). To tilfælde af puerperal sepsis, behandlede ved kunstig abscesdannelse (efter Fochier). (*Hospitalstidende*, 31 déc.)

McCosh (A.). Myomectomy vs. hysterectomy. (*Med. News*, 27 sept.)

Montgomery (E.). The relative advantages of the complete and partial hysterectomy. (*Med. News*, 27 sept.)

Nairne (J. S.). So-called neurasthenia and hysteria in their relations to abdominal section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Noble (Ch. P.). Two cases of deciduoma malignum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Oui et **Gellé**. Rétention d'une partie du placenta après l'accouchement à terme; septicémie; curage digital et curettage instrumental; guérison. (*Echo méd. du Nord*, 30 nov.)

Raymond et **Descazals**. Perforation du vagin avec hernie vaginale de l'épiploon. (*Limousin méd.*, nov.)

Reidhaar. Beitrag zur Behandlung der puerperalen Sepsis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Contribution au traitement des infections puerpérales.

Rivet. Grossesse intra-utérine normale coïncidant avec une grossesse ectopique du même âge. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 nov.)

Rossa. Komplikation der Schwangerschaft und Geburt mit Mastdarmkrebs. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 nov.) — Complication de la grossesse et du travail par le cancer du rectum.

Schmauch (G.). Mortifikation und Spontanelimination eines grossen Myoms. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 nov.)

Schmidt (O.). Ueber einen Fall von Chorionepithelioma malignum. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 oct.)

Semon (M.). Ueber Complication der Geburt mit Ovarialtumoren; Ovariotomia abdominalis inter partum mit nachfolgender Entbindung per vias naturales. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Accouchement compliqué par une tumeur de l'ovaire; ovariotomie abdominale pendant le travail suivie de délivrance par les voies naturelles.

Senger (W.). The blood in pregnancy, parturition and the puerperium. (*Yale Med. Journ.*, oct.) — L'état du sang pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Simpson (F.). Ice following abdominal section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Applications de glace à la suite de la laparotomie.

Tate (M. A.). Intrauterine fibroids complicating pregnancy, and retained placenta associated with intrauterine fibroids complicating pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Williams (J. G.). Suprapubic versus infrapubic procedures in the treatment of pelvic suppuration. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

PÉDIATRIE

Baginsky (A.). Butter-milk as an infant food. (*Brit. Med. Journ.*, 6 sept.) — Le babeurre dans l'alimentation des enfants en bas âge.

Dollinger (J.). Die Behandlung der Oberschenkel-und Oberarmfracturen Neugeborener und kleiner Kinder. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 5-6.) — Traitement des fractures du fémur et de l'humérus chez les nouveau-nés et chez les petits enfants.

Dowd (Ch. N.). Surgical treatment of empyema; a report based upon 75 cases, observed chiefly in St. Mary's Hospital for Children [New-York]. (*Med. News*, 13 sept.)

Fowler (J. S.). Splenic anaemia of infancy (pseudoleukaemic anaemia). (*Brit. Med. Journ.*, 6 sept.)

Hohlfeld (M.). Zur Pathologie der Nieren bei Magendarmerkrankungen des Säuglings; 1. Teil. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 3-4) — Pathologie des reins dans les affections gastro-intestinales des nourrissons.

Iapichino (P. G.). Studio clinico sperimentale dell'atrepsia del Parrot. (*Pediatria*, nov.)

Jones (R.). A note on the surgical treatment of spastic infantile paralysis. (*Brit. Med. Journ.*, 6 sept.)

Koplik (H.). Empyema in infants and children; its frequency, etiology, symptomatology and prognosis. (*Med. News*, 13 sept.)

Melland (Ch. H.). Splenic anaemia of infants. (*Brit. Med. Journ.*, 6 sept.)

Monrad (S.). Pædiatriske forelæsninger og studier. T. Ier. In-8°, 131 p. Copenhague.

Perrin. Un cas de cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien chez un enfant (méningite tuberculeuse; mononucléose; diplocoques). (*Rev. méd. de l'Est*, 1er nov.)

Prausnitz (W.). Physiologische und sozialhygienische Studien über Säuglings-Ernährung und Säuglings-Sterblichkeit. In-8°, 126 p. avec fig. Munich. J. F. Lehmann. — Alimentation et mortalité des nourrissons.

Weill. Note sur la thermométrie chez les nourrissons. (*Lyon méd.*, 9 nov.)

HYGIÈNE

Boni (I.). Sul potere disinfettante della calce viva riguardo agli sputi tubercolari; nota sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 16 nov.)

Dupouy (R.). Sur les réactifs permettant de différencier le lait cru du lait pasteurisé ou bouilli. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 nov.)

Faré (Ch.). Origine hydrique des maladies infectieuses; épuration des eaux potables; analyse bactériologique des eaux. (*Touraine méd.*, juin, juillet, sept. et nov.)

Mongour (Ch.). Tuberculose et sanatorium; le sanatorium-école. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 oct. et 2 nov.)

Pellier. Les vieux papiers et l'hygiène. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Reille (P.). La législation sanitaire industrielle en France et à l'étranger. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Matteucci (G.). Il lupus vulgaris curato con l'aldeide formica. (*Gazz. degli Osped.*, 21 sept.)

Meloni (F.). Il siero anticarbonchioso Sclavo nella cura della pustola maligna. (*Gazz. degli Osped.*, 26 oct.)

Pagani (L.). Sopra tre casi di tubercolosi ad esito infausto avuto colla sieroterapia. (*Gazz. degli Osped.*, 26 oct.)

Peters. Die neuesten Arzneimittel und ihre Dosierung inclusive Serum- und Organtherapie in alphabetischer Reihenfolge. 3e éd. In-12, 496 p. Vienne. — Les nouveaux remèdes et leur posologie.

Pollatschek (A.). Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1901. In-8°, XXIX-320 p. Wiesbaden. — Les progrès réalisés en thérapeutique en 1901.

Porter (W. H.). Rational or dietetic treatment of « Bright's disease » contrasted with surgical intervention. (*Med. Record*, 27 sept.)

Rubino (A.). Formulario terapeutico, con nozioni di patologia e terapia clinica. In-16, 658 p. Milan.

Sabbatani (L.). Azione del citrato trisodico ed importanza del calcio-ione. (*Policlinico*, partie méd., IX, 10.)

Sabrazès (J.). Action du nitrate de pilocarpine sur les rapports numériques des éléments figurés du sang. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 30 nov.)

Serono (C.). Considerazioni terapeutiche sull'uso della lecitina. (*Gazz. degli Osped.*, 19 oct.)

Vannini (G.). Di un caso di pancreatite cronica indurativa con benefica influenza degli alcalini sull'assorbimento dei grassi. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.)

Walko (K.). Ueber die Behandlung des Ulcus ventriculi mit Olivenöl. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 8 nov.) — Traitement de l'ulcère de l'estomac par l'huile d'olive.

DÉONTOLOGIE

Brouardel (P.). La profession médicale au commencement du XXe siècle. In-16, 230 p.

Saundby (R.). Medical ethics, a guide to professional conduct. In-8°, 96 p. Londres.

Sigurini (G.). La solidarietà professionale e le associazioni di mutuo soccorso. (*Corriere sanitario*, 26 oct.)

23e ANNÉE. — N° 6. Vingt centimes le numéro. 11 FÉVRIER 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — M. Ernest Barié : Les faux cardiaques 45
MÉDECINE PRATIQUE. — Les modifications des papilles linguales comme moyen de diagnostic précoce de la scarlatine, par M. le docteur Francis Munch 47
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Des essences reconnues dangereuses dont la fabrication et la vente doivent être proscrites ou réglementées 48
De l'emploi de la cocaïne pour l'anesthésie locale en chirurgie 48
Causes du développement de la tuberculose dans l'armée 48
Académie des sciences. — Le cœur des tuberculeux 49
Sur la glycolyse dans le sang « in vitro » .. 49
Puissance bactéricide comparative de l'arc électrique au fer et de l'arc ordinaire 49
Cycle évolutif des tissus privés de leurs rapports intimes avec les nerfs 49
Rapport du poids du foie à la surface totale de l'animal 49
Contribution à la physiologie de l'oreille interne 49
Société de chirurgie. — Tumeur périrénale chez une fillette de dix mois 49
Traitement de l'appendicite 49
Extirpation d'une portion de l'œsophage thoracique pour néoplasme cancéreux 50
Hydrocèles dites simples contenant des bacilles de la tuberculose 50
Société médicale des hôpitaux. — Paralysie faciale congénitale et malformation des oreilles 50
Les nævi artériels de la peau et des muqueuses dans les maladies du foie 50
Syphilis héréditaire précoce avec splénomégalie, anémie et réaction myéloïde du sang 50
Sur l'activité de la circulation capillaire de la peau 50
ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — La voie réflexe du refroidissement et des impressions thermiques 50
Le pronostic des arythmies 51
Un cas de tuberculose réno-vésicale terminé par guérison 51
Lettres d'Amérique. — Le traitement de l'appendicite en Amérique 51
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les indications et le mode d'emploi du phénosalyl dans le traitement de la tuberculose laryngée 52
Traitement des plaies infectées et des affections septiques par l'acide phénique associé au camphre 52
Le citron comme antihydropique 52
Les injections de sérum antidiphtérique comme moyen de traitement de la stomatite aphteuse 52
Traitement du lupus par l'excision suivie de replantation du lambeau excisé 52
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide phénique associé au camphre contre les plaies infectées et les affections septiques .... 52^2
Appendicite .... 49^3 51^2
Arc électrique au fer et son action bactéricide .... 49^2
Arythmies et leur pronostic .... 51^1
Bacilles tuberculeux dans la sérosité des hydrocèles .... 50^1
Cancer de l'œsophage .... 50^1
Circulation capillaire de la peau et son activité .... 50^3
Citron comme antihydropique .... 52^3
Cocaïnisation pour l'anesthésie locale .... 48^2
Cœur des tuberculeux .... 49^1
Essences dont l'emploi doit être prohibé ou réglementé .... 48^1
Faux cardiaques .... 45^1
Foie et surface du corps .... 49^2
Glycolyse dans le sang « in vitro » .... 49^1
Hydrocèles .... 50^1
Hydropisies .... 52^3
Langue au début de la scarlatine .... 47^3
Lupus .... 52^3
Maladies du foie et nævi artériels .... 50^2
Malformation des oreilles .... 50^1
Nævi artériels dans les maladies du foie .... 50^2
Oreille interne et sa physiologie .... 49^3
Panaris .... 48^2
Paralysie faciale congénitale et malformation des oreilles .... 50^1
Phénosalyl contre la tuberculose laryngée .. 52^1
Plaies infectées et affections septiques ...... 52^2
Refroidissement et sa voie réflexe .... 50^3
Scarlatine et son diagnostic précoce .... 47^3
Sérum antidiphtérique contre la stomatite aphteuse .... 52^3
Syphilis héréditaire précoce avec anémie pseudoleucémique .... 50^2
Tissus séparés de leurs nerfs et leur évolution .... 49^2
Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage .... 50^1
— de l'appendicite .... 49^3 51^2
— de la stomatite aphteuse .... 52^3
— de la tuberculose laryngée .... 52^1
— des hydropisies .... 52^3
— des panaris .... 48^2
— des plaies infectées et des affections septiques .... 52^2
— des tumeurs périrénales .... 49^3
— du lupus .... 52^3
Tuberculose et volume du cœur .... 49^1
— laryngée .... 52^1
— pulmonaire dans l'armée .... 48^3
— réno-vésicale guérie .... 51^1
Tumeur périrénale chez un nourrisson ...... 49^3

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Georg Joachimsthal (*chirurgie orthopédique*), Ludwig Katz (*otologie*).

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Carlo Ferraresi, privatdocent à la Faculté de médecine de Sienne, est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Arthur Dienst est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Giuseppe Cao est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Hermann Merkel est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Wolfgang Stock est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Silvio Rolando est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Gratz. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Adolf Tobeitz, privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Karl Stargardt est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur Volkovitch, privatdocent, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. F. K. Bornhaupt, démissionnaire.

Faculté de médecine de Leipzig. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Franz Bruno Hofmann (*physiologie*); Georg Perthes (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Ludwig Aschoff, privatdocent à la Faculté de médecine de Gœttingue, est nommé professeur ordinaire d'anatomie pathologique et de pathologie générale, en remplacement de M. H. Ribbert.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Cesare Casarini est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Moscou. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs K. Flérov (*médecine interne*); N. Bajénov (*neurologie et psychiatrie*); A. Starkov (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Naples.— M. le docteur Giuseppe Boccardi, professeur extraordinaire d'anatomie microscopique, est nommé professeur ordinaire.

M. le docteur Giuseppe Trotta est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Otto von Franqué, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. Max Sänger, décédé.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur H. Jäger, privatdocent à la Faculté de médecine de Königsberg, est nommé professeur extraordinaire d'hygiène.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE GENÈVE

Chrzczonovicz (Antoinette). Contribution à l'étude de la sciatique spasmodique.

Dainow (M.). Recherches anatomiques sur un cas de péricardite purulente par perforation d'un ganglion médiastinal.

Douanoglou (E.). Sur la valeur séméiologique de la ligne ombilico-mamelonnaire.

Dubois (Ch.). Pathogénie et histologie de la squame dans les teignes tondantes.

Grandjean (E.). Considérations sur la loi genevoise du 25 mai 1895 sur le régime des aliénés.

Julliard (Ch.). De l'utilisation clinique de la cytologie, de la cryoscopie et de l'hématolyse dans les épanchements de quelques séreuses chirurgicales (séreuses vaginales, articulaires, sac herniaire).

Kojoucharoff (V.). Contribution à l'étude expérimentale des effets de l'hédonal.

Kourina (Alexandra). Du traitement de l'avortement incomplet.

Krestine (S.). Recherches anatomiques sur le mode de perforation des anévrysmes de l'aorte dans l'œsophage.

Maystre (Antoinette). De la gynécologie à Genève depuis une trentaine d'années.

Nemsky (D.-P.). Contribution à l'étude de l'emploi de l'extrait aqueux des capsules surrénales et de l'adrénaline en thérapeutique et en rhino-laryngologie.

Papadaki (A.). Du traitement des alcooliques à Genève; état actuel et projet de réforme.

Patton (Sophie de). Importance du signe de Hegar pour le diagnostic précoce de la grossesse.

Pugnat (A.). La biologie de la cellule nerveuse et la théorie des neurones.

Sacharoff (Marie). Recherches anatomo-cliniques sur un cas d'éléphantiasis de la vulve.

Taramasio (P.). Etude toxicologique de l'adrénaline.

Winiarska (Justyna). Contribution à l'étude du réflexe du tendon d'Achille et de ses relations avec le réflexe du tendon rotulien.

THÈSES DE LAUSANNE

Besbokaïa (Menia). Du rapport fonctionnel entre le pancréas et la rate.

Bogdanowitch (Alexandrine). Du traitement de la cystite infectieuse des prostatiques.

Campiche (P.). Contribution à l'étude de la narcose à l'éther.

Cevey (Francis). L'arsenic au point de vue de l'hygiène et sa recherche par la méthode biologique de Gosio.

Cheintziss (Eve). Organothérapie ovarienne.

Dantchakoff (E.). Rôle des veines et de leurs valvules dans les hernies de force.

Dantchakoff (Véra). Recherches expérimentales sur les voies acoustiques.

Dotcheff (A.). Poids des enfants des écoles primaires de Lausanne.

Gindus (Marie). L'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire consécutive à un traumatisme.

Kasassova (Nadejda). Contribution à l'étude de l'hydramnios aigu.

Kolossova (Anna). Pression sanguine chez les enfants dans les conditions physiologiques et pathologiques avec le tonomètre de Gärtner.

Kremenchousky (Isabelle). De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.

Lassueur (A.). La digestion des graisses chez les diabétiques.

Lébédeff (Marie). Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles.

Morgouleff (Génie). Contribution à l'étude des anomalies des organes génitaux de la femme.

Ohandjanian (A.). Etude sur l'enfoncement de l'acétabulum par la tête du fémur.

Panoff (Catherine). Sur un cas d'ophtalmie métastatique puerpérale.

Picado (Mme J.). L'hermophénil.

Roth (X.). Ueber einige von dem Schmelzkeim abstammende Kiefergeschwülste. — Tumeurs maxillaires provenant du germe de l'émail.

Schor (Marie). Contribution à l'étude du *bothriocephalus latus;* sa distribution dans le canton de Vaud.

Senarclens (V. de). Contribution à l'étude de l'épithéliome malin du chorion et de ses rapports avec la môle hydatique.

Serguiewsky (P.). Etude sur la distribution géographique de la lithiase urinaire.

Siracoff (G.). Brachialgie de la ménopause.

Spiro (Julie). Sur les altérations des follicules lymphatiques de l'intestin au cours de la diphtérie et autres affections.

Tusshnow-Philippoff (Anna). Das Verhalten der Mekonsäure, Komensäure und Komenaminsäure im tierischen Organismus.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Casali (P.). Contributo sperimentale allo studio delle stazioni glandolari linfatiche e dei vasi linfatici del midollo osseo; nota preventiva. (*Policlinico*, 29 nov.)

Fort (J.-A.). Anatomie descriptive et dissection. 6e éd. 3 vol. In-8°, XXXI-3233 p.

Levaditi (C.). Le leucocyte et ses granulations. In-8°, 159 p. avec fig. Evreux.

Nicolaï (C.). Un nouveau muscle de l'œil (musculus papillæ optici). (*Ann. d'oculist.*, nov.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bernard (L.) et **Bigart**. Etude anatomo-pathologique des capsules surrénales dans quelques intoxications expérimentales. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Collina (M.). Siero citotossico dell'ipofisi; nota preventiva. (*Nuovo raccoglitore med.*, nov.)

Crispino (M.). La tiroide nella infezione ed intossicazione sperimentale. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei medici e natural.*, XII, 3.)

Cristiani (H. et Mme A.). De la greffe des capsules surrénales. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Ferrannini (L.). Ueber die sekundäre Metamerie der Gliedmassen; experimentelle Untersuchungen. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 29 nov.)

Girard (J. de) et **Vires** (J.). Contribution à l'étude des injections salines concentrées. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Salant (W.). Ueber den Einfluss des Dickdarminhaltes auf Strychnin. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er nov.) — Influence du contenu du gros intestin sur la strychnine.

Talke (L.). Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der infektiösen Thrombose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 2.)

MÉDECINE

Allaria (G. B.) et **Varanini** (M.). Ricerche sul ricambio in un caso di morbo di Addison curato con l'opoterapia surrenale. (*Clinica medica italiana*, janv.)

Allende (I.). Un caso de carcinoma febril primitivo del piloro segundario del hígado. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Breuer (R.). Zur Technik der Leukocytenzählung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 oct.) — La technique de la numération des leucocytes.

Chanoz (M.) et **Lesieur** (Ch.). Cryoscopie de quelques urines pathologiques. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Claude et **Burthe**. Les éliminations urinaires dans les néphrites chroniques scléreuses. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Coiffier. Précis d'auscultation. 5e éd. In-18, 210 p. avec fig.

Crispino (M.). Il circolo collaterale nella trombosi della cava inferiore. (*Riv. critica di clinica medica*, 20 et 27 sept. et 4 oct.)

Ebstein (W.). Nochmals die Tastperkussion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 sept.) — Sur la percussion associée au palper.

Emile-Weil (P.) et **Clerc** (A.). De la splénomégalie chronique avec anémie et myélémie. (*Arch. gén. de méd.*, nov.)

Erdmann (P.). Beiträge zur Kenntnis der congenitalen Syphilis der Leber. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 5-6.) — Contribution à l'étude de la syphilis congénitale du foie.

Ferrannini (L.). Contributo allo studio clinico dell'anacloridria; ricerche sulle putrefazioni intestinali e sulla medicazione ipercrinica. (*Riforma med.*, 8, 10 et 12 nov.)

Gallenga (P.). Sulla diagnosi di sede sopra o sotto cardiaca del cancro del cardias. (*Policlinico*, partie méd., IX, 12.)

Gasparini (G.). Angina intermittente? (*Gazz. degli Osped.*, 16 nov.)

Gibson (G. A.). The nervous affections of the heart. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet, août et nov.) — Les affections nerveuses du cœur.

Gross (A.). Zur Kenntnis der pathologischen Blutdruckänderungen nach Beobachtungen von H. Hensen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 3-4.) — Les modifications pathologiques de la pression sanguine.

Hall (J. W.). Détermination approximative des purines urinaires par le purinomètre. (*Arch. gén. de méd.*, nov.)

Hamel. Zur Frühdiagnose des Icterus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 sept.)

Herrick (J. B.). The healing of ulcerative endocarditis. (*Med. News*, 6 sept.) — Guérison de l'endocardite ulcéreuse.

Jourdin (Ch.) et **Fischer** (G.). De l'importance pronostique et thérapeutique de la pression artérielle. (*Rev. de méd.*, nov.)

Kanellis (S.). Contribution à l'étiologie de la fièvre hémoglobinurique bilieuse. (*Grèce méd.*, 1er nov.)

Lépine (R.). Glycosurie sans hyperglycémie. (*Lyon méd.*, 23 nov.)

Luce (H.). Zur Klinik und pathologischen Anatomie des Adams-Stokes'schen Symptomencomplexes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 3-4.)

Mollard (J.). Sur l'hypertrophie des reins dans la cirrhose de Laënnec. (*Lyon méd.*, 16 nov.)

Pic (A.) et **Bonnamour** (S.). Un cas de rétrécissement congénital de l'aorte thoracique chez un vieillard athéromateux. (*Province méd.*, 22 et 29 nov.)

Pinzani (E.). Contributo alla conoscenza della natura infettiva del reumatismo. (*Nuovo raccoglitore med.*, août.)

Robinson (B.). Bronchial asthma and allied disorders; their summer treatment. (*Med. News*, 27 sept.)

Satterthwaite (Th. E.). Some notes on tricuspid diseases. (*Med. News*, 6 sept.)

Strauss (H.). Ueber osmotische und chemische Vorgänge am menschlichen Chylus (nach Untersuchungen an einer Fistel des Ductus thoracicus). (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 et 18 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Araoz Alfaro (G.). Tabes espasmódico infantil familiar. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Bálint (R.). Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Patellarreflexe bei hohen Querschnittsmyelitiden. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 1-2.) — L'état des réflexes rotuliens dans les myélites transverses haut situées.

Biro (M.). Ueber Epilepsie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 1-2.)

Debray. Poliomyélite chronique. (*Journ. de neurol.*, 20 déc.)

Decroly (O.). Diplégie faciale congénitale avec paralysies oculaires et troubles de la déglutition. (*Journ. de neurol.*, 5 déc.)

Edelheit (S.). Zur Diagnostik der Hirntumoren. (*Wien. med. Presse*, 14 déc.) — Diagnostic des tumeurs cérébrales.

Ehrmann (S.). Ueber neuralgiforme Schmerzen in der Regio pubica und inguinalis bei Plattfuss. (*Wien. med. Presse*, 14 déc.) — Douleurs névralgiques dans les régions pubienne et inguinale en cas de pied plat.

Guszman (J.). Beitrag zur topischen Diagnose bei Erkrankungen der Gehirnrinde. (*Pest. med.-chir. Presse*, 21 sept.) — Diagnostic local des lésions de l'écorce cérébrale.

Kollarits (J.). Das Verhalten einiger Reflexe bei Gesunden und bei Tabes; Bemerkungen zur Frühdiagnose der Tabes. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 1-2.) — L'état de quelques réflexes chez l'homme bien portant et chez le tabétique.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bernhardt (R.). Weitere Mitteilungen über Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum cutis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 2-3.)

Bertamini (J.). Zur Kenntnis der strichförmigen Erkrankungen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 1.) — Les dermatoses linéaires.

Bornemann. Ueber die Histologie der Chloracne. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 1.)

Buschke (A.). Ueber Scleroedem. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 oct.)

Csillag (J.). Gibt es ein « Reflex-Ekzem » ? (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 2-3.)

Fasal (H.). Ueber Kapillardruck-Messungen normaler und veränderter Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 2-3.) — Mensurations de la tension capillaire au niveau de la peau saine ou malade.

Giovannini. Histologie der Keratosis pilaris. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 2-3.)

Gross (A.). Ueber artificielle Hautgangrän. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 1-2.)

Grosz (S.). Ueber eine seltene Complication der chronischen Gonorrhoe, nebst Beiträgen zur pathologischen Anatomie der männlichen Urethra. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 11.)

Hansen (C. T.) et **Heiberg** (P.). In welchem Alter findet man die meisten Ansteckungen von Syphilis und in welchem Alter brechen die meisten Fälle von genereller Parese aus ? (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 1.) — A quel âge trouve-t-on le maximum d'infections syphilitiques et à quel âge éclatent la plupart des cas de paralysie générale ?

Justus (J.). Ueber Blutveränderungen durch Syphilis und Quecksilber mit besonderer Berücksichtigung ihrer diagnostischen Verwertung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 1-2.) — Sur les altérations du sang déterminées par la syphilis et par le mercure, surtout au point de vue de leur valeur diagnostique.

Kromayer (E.). Neue biologische Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebe; Desmoplasie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 2-3.) — Nouvelles recherches sur les rapports entre l'épithélium et le tissu conjonctif.

Langovoï (A.). Le traitement antisyphilitique chez les sujets atteints simultanément de tuberculose et de syphilis (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 20.)

Marcuse (M.). Ueber nodöse Syphilide (« Erythema nodosum syphiliticum ») und syphilitische Phlebitis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 1.)

PARASITOLOGIE

Ceni (C.). Gli aspergilli nell'etiologia e nella patogenesi della pellagra. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 2-3.)

Monte (H.). Notas sobre a filaria e a tænia no homem. (*Brazil-medico*, 15 oct.)

Sambon (L. W.). Remarks on the life-history of filaria Bancrofti and filaria immitis. (*Lancet*, 16 août.)

CHIRURGIE

Amberger. Zur Kasuistik der Schädel- und Gehirnverletzungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 3.) — Lésions traumatiques du crâne et du cerveau.

Armstrong (G. E.). Perforation of the bowel in typhoid fever. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.

Bartlett (W.). A contribution to the surgical anatomy of the middle cranial fossa, with special reference to operations for the removal of the Gasserian ganglion. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Borszéky (C.) et **Genersich** (A. von). Beiträge zur Lokaldiagnose der inneren Darmokklusionen und zur Frage der Autointoxikation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 2.) — Contribution au diagnostic local des occlusions internes de l'intestin et à l'étude de l'auto-intoxication.

Brewer (G. E.). Fatal acetonæmia following an operation for acute appendicitis. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Burkhardt (L.). Sarkome und Endotheliome nach ihrem pathologisch-anatomischen und klinischen Verhalten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 1.)

Cecchini (D.). Lesione della vescica nell'operazione dell'ernia; processo razionale per ripararla. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.)

Cerf (L.). Etranglement de l'appendice dans la fossette rétro-cæcale. (*Anjou méd.*, déc.)

Corbellini (E. J.). El bacilo de Pfeiffer en la apendicitis. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Czyzewicz (A.). Ein Fall von retrosacralem Dermoid. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 1.)

Dahlgren (K.). Fall von kavernösem Angiom in der Leber, nebst einigen Worten über Leberresektion. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 3.) — Angiome caverneux du foie.

Davis (Th. A.). Subparietal rupture of the kidney. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Rupture sous-cutanée du rein.

Deaver (J. B.). The irrational starvation treatment of appendicitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Le traitement irrationnel de l'appendicite par la mise au repos du tube gastro-intestinal.

Delaup (S. P.). Total excision of the scapula, with preservation of the upper extremity. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Doberauer (G.). Ueber die Dupuytren'sche Fingerkontraktur. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 1.)

Dodge (G. E.). Subcutaneous rupture of the kidney, with a report of 9 cases. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Ruptures sous-cutanées du rein.

Duchamp. Spasme du pylore traité par la dilatation digitale dans un cas d'ataxie méconnue. (*Loire méd.*, nov.)

Eisendrath (D. N.). Traumatic rupture of the spleen. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Rupture traumatique de la rate.

Ferguson (A. H.). Contribution to the surgery of cleft palate; a uranostaphylorrhaphy suitable for certain conditions. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Fournier. Cholécystites suppurées. (*Gaz. méd. de Picardie*, oct.)

Fowler (G. R.). The « circulus vitiosus » following gastro-enterostomy, with a description of a new operation designed to prevent its occurrence. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Franke (F.). Ueber die Blutcysten am Schädel (Haematocele, Sinus pericranii) und ihre Behandlung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.)

Garceau (E.). Results of operations on the kidney for tuberculosis. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Résultats des interventions chirurgicales sur le rein tuberculeux.

Griffith (F.). Wounds, with a discussion of what constitutes rational treatment. (*Med. News*, 27 sept.) — Traitement rationnel des plaies.

Gucciardello (S.). Cura dei vespai senza taglio. (*Gazz. degli Osped.*, 5 oct.) — Traitement de l'anthrax sans incision.

Guilbaud (G.). Myxome pur développé dans la tunique cellulaire des bourses, simulant une hydrocèle. (*Gaz. méd. de Nantes*, 11 oct.)

Haasler. Ueber Darminvagination. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 3.) — Invagination de l'intestin.

Heddaeus Ueber Torticollum, Tortithorax und Lumbago. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 3 et 6 nov.)

Henschen (S. E.) et **Lennander** (K. G.). Rückenmarkstumor, mit Erfolg exstirpiert. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, X, 5.) — Ablation d'une tumeur de la moelle épinière; guérison.

Hirschberg (M.). Die Behandlung schwerer Lebererkrankungen durch die Anlegung einer Leber-Gallengangsfistel. (*Berlin. Klinik*, oct.) — Traitement des affections hépatiques graves par le drainage du foie.

Hochenegg (J.). Resultate bei operativer Behandlung carcinomatöser Dickdarmgeschwülste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.) — Résultats du traitement opératoire des tumeurs cancéreuses du gros intestin.

Hofmann (C.). Zur Anwendung des Aethers als allgemeines Betäubungsmittel; Aethertropfnarkose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 5-6.) — L'éthérisation goutte à goutte.

Humiston (W. H.). Normal saline solutions before, during and after abdominal operations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Isaia (A.). Intorno all'innesto della vena porta nella cava e legatura dell'arteria epatica; nota preventiva. (*Policlinico*, 15 nov.)

Karewski. Ueber diffuse adhäsive Peritonitis in Folge von Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.)

Köhler (A.). Ueber Hieb-und Stichwunden im Kriege. (*Vorträge über ärztl. Kriegswissenschaft*, 10.) — Les blessures de guerre par armes blanches.

Lambret. Fausse coxalgie de croissance. (*Echo méd. du Nord*, 2 nov.)

Lessing. Ueber frühzeitige operative Behandlung uncomplicirter intra- und paraarticulärer Fracturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.)

Lexer. Myome des Mastdarmes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.) — Myomes du rectum.

Lima (S.). Sopra un caso di ileo spastico in seguito a nefropessia. In-8°, 9 p. Palerme.

Manton (W. P.). Extirpation of the gall bladder through the lumbar incision. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Extirpation de la vésicule biliaire à travers une incision lombaire.

Mermingas. Beitrag zur Kenntnis der Blutergelenke. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.)

Morris (R. T.). Normal involution of the appendix as a matter of surgical interest. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Muscatello (G.). Ueber einen nicht gewöhnlichen Fall von Cephalocele und über die postoperative Hydrocephalie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.) — Sur un cas peu commun de céphalocèle et sur l'hydrocéphalie postopératoire.

Nancrede (Ch. B.). The results of wounds of the large joints made by modern military projectiles. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Naumann (G.) et **Sundberg** (C.). Ueber retroperitoneale Sarkome. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 3.)

Pers (A.). Tumor cysticus bursæ trochantericæ. (*Ugeskrift for Læger*, 19 déc.)

Pomara (D.). Un caso di sutura del cuore e del polmone. (*Gazz. degli Osped.*, 9 nov.)

Quervain (F. de). Beitrag zur Kenntnis der combinirten Fracturen und Luxationen der Handwurzelknochen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, IX, 3.) — Les fractures et les luxations combinées des os du carpe.

Recchi (G.). Sopra due laparotomie con drenaggio alla Mikulicz per ferite penetranti. (*Gazz. degli Osped.*, 2 nov.)

Rixford (E.). Operative treatment of exophthalmic goitre. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Schmitt (J. A.). The surgical treatment of chronic Bright's disease. (*Med. Record*, 13 sept.)

Selmi (M.). Emodiagnosi nell'ematocele. (*Nuovo raccoglitore med.*, juin et juillet.)

Stieda (A.). Zur Casuistik der isolirten subcutanen Rupturen des Musculus biceps brachii, und über einen Fall von Sartoriusriss. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 5-6.) — Ruptures sous-cutanées isolées du biceps brachial et un cas de rupture du couturier.

Stone (I. S.). Some recent surgery for biliary obstruction. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Tartière (E.). Récidive d'appendicite. (*Lyon méd.*, 9 nov.)

Vulliet. Hartes traumatisches Oedem des Hand- und Fussrückens. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 25 oct.) — Œdème dur traumatique du dos de la main et du pied.

Wilde (K.). Ueber tabische Gelenkerkrankungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXV, 5-6.) — Des arthropathies tabétiques.

UROLOGIE

Bryson (J. P.). The technique of prostatectomy. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Crandon (L. R. G.). The pathogenesis and pathological anatomy of enlarged prostate. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Hock (A.). Zur Frage des Curettements der Blase bei Cystitis dolorosa. (*Prag. med. Wochensch.*, 16 oct.)

Hofmeister (F.). Ueber die Verwendung des Elektromagneten zur Entfernung eiserner Fremdkörper aus der Harnblase. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 3.) — Extraction des corps étrangers en fer de la vessie par l'électro-aimant.

Morgan (W. E.). Valve formation in the lower portion of the ureter. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Posadas (J. Nin). Sur un cas de pilimiction. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Ransohoff (J.). The prerectal curvilinear incision for prostatic abscess, with a report of 3 cases. (*Ann. of Surgery*, nov.)

OPHTALMOLOGIE

Fuchs (E.). Ueber Cocain. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 sept.)

Gonin. Examen anatomique d'un œil atteint de rétinite pigmentaire en voie d'évolution avec scotome zonulaire. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Hoor (K.). Beiträge zum Werte der Sympathicusresection gegen Glaukom. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 sept.)

Jolly (F.). Ueber Flimmerskotom und Migräne. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 et 27 oct.) — Scotome scintillant et migraine.

Kurka (A.). Ueber metastatische Bindehautentzündung bei Gonorrhoe. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 oct.) — De la conjonctivite blennorrhagique par métastase.

Lakah et **Khouri**. Sur la fréquence relative des différentes infections conjonctivales aiguës à Alexandrie (Egypte). (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Maklakov (A.). Sur la possibilité d'appliquer les rayons chimiques en oculistique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 20.)

Micas (de). Influence du sommeil sur les affections oculaires. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Morax et **Lakah**. Note sur le trachome chez les jeunes sujets. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Sachsalber (A.). Ueber Operation der hochgradigen Myopie. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 sept. et 4 oct.) — Traitement opératoire de la myopie excessive.

Thorner (W.). Zur Photographie des Augenhintergrundes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 oct.) — Photographie du fond de l'œil.

Topolanski (A.). Ueber Vaselininjectionen am Auge. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 oct.) — Les injections de vaseline en oculistique.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Zur Prophylaxe der puerperalen Mastitis. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVII, 2.)

Ascoli (A.). Zur experimentellen Pathogenese der Eklampsie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 déc.)

Bumm (E.). Zur Technik und Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 déc.) — Technique et indications de l'opération césarienne vaginale.

Chrobak (R.). Zur Tamponade des puerperalen Uterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 sept.)

Dobbert (Th.). Beiträge zur Pathologie der Ovarialcysten. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 4 oct.)

Franqué (O. von). Zur chirurgischen Behandlung des Uteruskrebses. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 nov.) — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

Gigli (L.). Lateralschnitt durch das Os pubis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 nov.) — Pubiotomie latérale.

Guérard (H. A. von). Sectio caesarea bei Eklampsie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 déc.)

Hahn (W.). Die Verhütung und Therapie des Abortus. (*Wien med. Presse*, 2 nov.) — Prophylaxie et traitement de l'avortement.

Jaklin. Strictura vaginae als absolutes Geburtshindernis. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 nov. et 6 déc.) — Rétrécissement du vagin comme obstacle absolu à l'accouchement.

Kleinhans (F.). Erfahrungen über die abdominale Radicaloperation des Uteruscarcinoms. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 nov., 4, 11 et 18 déc.)

Kleinwächter (L.). Zur retrospectiven Betrachtung der Alexanderoperation. (*Wien. med. Presse*, 7 déc.)

Knapp (L.). Ueber unstillbare Blutungen im Anschlusse an die Geburt. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 et 28 août, 4, 11 et 25 sept.) — Des hémorrhagies post partum difficiles à arrêter.

Kolischer (G.). Condition of the bladder after hysteropexy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — L'état de la vessie après hystéropexie.

Kreutzmann (H. J.). Ist die Annähung der Gebärmutter an die vordere Bauchwand (Ventrofixation, Ventrifixur des Uterus) eine berechtigte Operation? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 déc.) — La ventrofixation de l'utérus se justifie-t-elle?

Krewer (L.). Ueber das « Chorionepithelioma » (Deciduoma malignum autorum). (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 1.)

McReynolds (R. P.). Diastasis of the abdominal (recti) muscles. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Munk (H.). Ein Beitrag zur Kenntnis und Behandlung des Pruritus vulvae. (*Prag. med. Wochensch.*, 6, 13 et 20 nov.)

Odebrecht (E.). Die Formalinbehandlung der chronischen Endometritis nach Menge. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 déc.)

Opitz (E.). Ueber die Ursachen der Ansiedlung des Eies im Eileiter. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 1.) — Sur les causes de la fixation de l'œuf dans l'oviducte.

Ouspensky (V.). Traitement du cancer de l'utérus, compliqué de grossesse (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 21.)

Seitz (L.). Zur Opitz'schen Diagnose des Abortes aus den Veränderungen der uterinen Drüsen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 1.) — Diagnostic de l'avortement d'après les altérations des glandes utérines.

PÉDIATRIE

Gregor (K.). Untersuchungen über die Athembewegungen des Kindes. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 3 4.) — Recherches sur les mouvements respiratoires chez les enfants.

Krautwig (P.). Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 3-4.) — Sur la mort subite chez les enfants.

Meyer (A. H.). Zur Kenntnis der Magensaftsecretion der Säuglinge. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 1-2 et 3-4.) — La sécrétion du suc gastrique chez les nourrissons.

Neumann (L.). Untersuchungen über die Viscosität des Sputums und ihre Beziehung zum Husten, insbesondere zur Pertussis. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 1-2.) — Recherches sur la viscosité des crachats dans ses rapports avec la toux et, en particulier, avec la coqueluche.

Pineles (F.). Ueber Thyreoaplasie (kongenitales Myxoedem) und infantiles Myxoedem. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 oct.)

Schaps (L.). Beiträge zur Lehre von der cyklischen Albuminurie. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 1-2.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Axenfeld (Th.). Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der frontalen und der ethmoidalen Sinusitis und ihrer orbitalen Complikationen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 oct.)

Kock (A.). Tilfælde af operativt helbredet sinustrombose og otogen pyæmi. (*Ugeskrift for Læger*, 5 et 12 déc.)

Neisser (E.). Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis vom chronischen Rachendiphtheroid. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 oct.) — La diphtérie chronique du pharynx.

Schmiegelow (E.). Die otogene Pyämie. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 2 et 3.)

Waldmann (Ph.). Ueber die Behandlung des Nasenblutens. (*Pest. med.-chir. Presse*, 30 nov.) — Traitement de l'épistaxis.

Wells (W. A.). Ueber nervöse und psychische Störungen bei Nasenerkrankungen. (*Wien. med. Presse*, 23 et 30 nov.) — Troubles nerveux et psychiques dans les maladies du nez.

HYGIÈNE

Détourbe. Etude sur les lunettes de protection (lunettes d'atelier, lunettes de route). In-8°, 48 p. avec fig.

Foucher. Les abattoirs et la santé publique. In-8°, 27 p. Angers.

Recueil des travaux des conseils d'hygiène du département des Basses-Pyrénées (année 1901). In-8°, 167 p. Pau.

Roblot (L.). Guide pratique des exercices physiques (hygiène et résultats). 2e éd. In-18, 84 p. avec fig.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Harbitz (F.). « Lungepröven » og dens betydning ved legale obduktioner af nyfödte börn. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.) — La docimasie pulmonaire et son rôle dans l'autopsie médico-légale des nouveau-nés.

Kühner (A.). Der Arzt vor Gericht. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 20 et 24 fév., 4, 8, 11, 15, 18 et 22 sept., 2, 6, 9, 20, 23, 27 et 30 oct. et 10 nov.) — Le médecin devant les tribunaux.

Maxwell. L'amnésie au point de vue de la médecine judiciaire. In-8°, 41 p. Bordeaux.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Beck (C.). The modern treatment of fractures of the lower end of the radius, as indicated by the Röntgen rays. (*Med. News*, 20 sept.)

Coley (W. B.). The influence of the Röntgen ray upon the different varieties of sarcoma. (*Med. News*, 20 sept.)

Curtis (G. L.). A further contribution to our knowledge of electric ozonation as a remedial agent, especially in the treatment of tuberculosis. (*Med. Record*, 13 sept.)

Heuser (C.). Radiologia. (*Thèse de Buénos-Ayres.*)

Lambret (O.). La radiographie est nécessaire dans les affections osseuses chroniques. (*Echo méd. du Nord*, 30 nov.)

Leduc (S.). Production du sommeil et de l'anesthésie générale et locale par les courants intermittents de basse tension. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Maragliano (V.). Di un nuovo metodo di terapia fisica : la terapia elettromagnetica. (*Gazz. degli Osped.*, 16 nov.)

Marie (T.) et **Sorel** (E.). Diagnostic et traitement électrique des myopathies primitives. In-8°, 15 p. Toulouse.

BACTÉRIOLOGIE

Abba (F.). Manuale tecnico di microscopia e batteriologia applicate all'igiene. 2e éd. In-8°, 670 p. avec fig. Turin.

Carougeau. Recherches sur la durée de la présence du microbe de la peste, injecté vivant dans les veines du cheval. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Meyer (F.). Die Agglutination der Streptococcen; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 oct.)

Rodella (A.). Ueber die Bedeutung der im Säuglingsstuhle verkommenden Mikroorganismen, mit besonderer Berücksichtigung der anaëroben Bakterien. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIX, 2 et XLI, 3.) — Sur la signification des microorganismes, en particulier des anaérobies, qu'on rencontre dans les fèces des nourrissons.

Van Houtum (G.). A successful attempt to cultivate the bacillus lepræ. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, sept.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Arata (J.). Igiene e medicina in Roma nel periodo imperiale pagano. (*Pammatone*, VI, 2 et 3.)

Asturias (F.). Historia de la medicina en Guatemala. In-8°, 557 p. avec fig. Guatemala.

Loret (V.). Le ricin et ses emplois médicinaux dans l'ancienne Egypte. (*Rev. de méd.*, août.)

GÉNÉRALITÉS

Cruchet (R.). La médecine dans les Universités allemandes (2e rapport présenté à l'Université de Bordeaux, en novembre 1902). In-8°, 46 p. Bordeaux.

Instruction pour l'établissement de la statistique médicale des troupes coloniales stationnées aux colonies. In-8°, 140 p. Impr. nationale.

Jahrbücher der hamburgischen Staatskrankenanstalten. VII. Band (Jahrgang 1899-1900). In-8°, 684 p. avec fig. Hambourg. — Annales des hôpitaux de Hambourg.

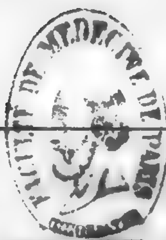
Marchand (F.). Rudolf Virchow als Pathologe. In-8°, 35 p. Munich. J. F. Lehmann.

Nogier (J.). Police sanitaire et administrative des hôpitaux militaires. In-16, 219 p.

Petit (A.) et **Collin** (L.). Guide militaire des étudiants et des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale. 5e éd. In-18, 641 p. avec fig.

Statistique médicale de l'armée [française] pendant l'année 1900. In-4°, 479 p. Impr. nationale.

23e ANNÉE. — N° 7. Vingt centimes le numéro. 18 FÉVRIER 1903.



LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Sur l'action de l'extrait de capsules surrénales, par M. le professeur R. Lépine ... 53

MÉDECINE PRATIQUE. — La douleur rénale provoquée par une injection urétérale comme moyen de reconnaître l'origine rénale d'une douleur abdominale mal localisée, par M. le docteur Francis Munch ... 57

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société médicale des hôpitaux.* — Leucémie aiguë à forme hémorrhagique, avec non-rétractilité du caillot sanguin ... 57
Anévrysme de la crosse de l'aorte, encapsulé dans le sommet du poumon ... 57
Tuberculose primitive de l'endocarde et de la rate ... 58

Société de biologie. — Des nævi artériels et capillaires dans les maladies du foie et des voies biliaires ... 58
Réflexe acide de Pavlov et sécrétine : mécanisme humoral commun ... 58
Le microbisme biliaire normal ... 58
Présence du glucose dans le liquide céphalo-rachidien ... 58

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur la tuberculose par ingestion ... 58

Lettres d'Autriche. — Des différents modes de transmission héréditaire de la syphilis ... 59
Ablation intracapsulaire de la prostate ... 59
Valvules uréthrales comme cause de stase dans les voies urinaires ... 59

Lettres d'Amérique. — Le traitement des tumeurs malignes à New-York ... 59

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — L'emploi systématique des toniques du cœur avant la chloroformisation ... 60
Traitement du prolapsus de l'utérus par des injections de quinine dans l'épaisseur des ligaments larges ... 60

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Affections rénales et douleur provoquée par une injection dans l'uretère ... 57¹
Anévrysme de la crosse de l'aorte ... 57³
Bacille tuberculeux et sa recherche ... 58²
Capsules surrénales et leur action physiologique ... 53¹
Chloroformisation et emploi systématique des toniques du cœur ... 60²
Douleur rénale provoquée par une injection dans l'uretère ... 57¹
Glucose et sa présence dans le liquide céphalo-rachidien ... 58²
Hypertrophie de la prostate ... 59²
Injection urétérale et douleur rénale provoquée ... 57¹
Leucémie aiguë à forme hémorrhagique, avec non-rétractilité du caillot sanguin ... 57³
Microbisme biliaire normal ... 58²
Nævi artériels et capillaires dans les maladies du foie ... 58¹
Opothérapie surrénale ... 53¹
Pancréas et son rôle dans le diabète ... 58²
Quinine en injection dans l'épaisseur du ligament large contre le prolapsus utérin ... 60³
Radiothérapie des tumeurs malignes ... 59³
Réflexe acide de Pavlov ... 58¹
Syphilis et sa transmission héréditaire ... 59¹
Toniques du cœur et leur emploi systématique avant la chloroformisation ... 60²
Toxines érysipélateuses contre les tumeurs malignes ... 59³
Traitement de l'hypertrophie de la prostate ... 59²
— des tumeurs malignes ... 59³
— du prolapsus utérin ... 60³
Tuberculose par ingestion ... 58³
— primitive de l'endocarde et de la rate ... 58¹
Tumeurs malignes ... 59³
Valvules uréthrales ... 59³

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Oscar de la Camp est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Carmelo Calderone est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur August Bier, professeur à la Faculté de médecine de Greifswald, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Max Schede, décédé.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur Serguéiev, professeur extraordinaire de pharmacologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Giuseppe Antonini est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Gian Domenico Giuranna (*pathologie interne*); Vittorio Martinelli (*pathologie externe*).

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur S. V. Lévachev, professeur à la Faculté de médecine de Kazan, est nommé professeur ordinaire de thérapeutique.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Odoardo Ughi, professeur extraordinaire de clinique médicale propédeutique, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Alfredo Villa est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Sassari. — M. le docteur Umberto Cano est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Donato Ottolenghi est nommé privatdocent d'hygiène expérimentale.

Faculté de médecine de Stockholm. — M. le docteur F. Westermark, privatdocent, est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Alfonso Bovero est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine d'Utrecht. — M. le docteur H. J. Laméris est nommé privatdocent de chirurgie propédeutique.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur Tomachevsky, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur ordinaire a été conféré à MM. les professeurs extraordinaires V. Urbantschitsch (*otologie*), Julius Mauthner (*chimie médicale*).

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Arturo Banchi est nommé privatdocent d'anatomie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires N. I. Tchistovitch (*maladies infectieuses et bactériologie*); T. P. Pavlov (*dermatologie et syphiligraphie*); D. P. Kosorotov (*médecine légale et toxicologie*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Didiot, ancien médecin inspecteur général du service de santé militaire français. — M. le docteur Dante Cervesato, professeur de clinique pédiatrique à la Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Lösch, ancien professeur de diagnostic à la Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur Harrison A. Lemen, professeur émérite de médecine au Denver and Gross College of Medicine.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

***Années 1881* et *1882* :** Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883* à *1902 inclusivement (20 années) absolument complètes, soit les 22 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 198 francs pour la France, 240 francs pour l'étranger.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

THÈSES DE BORDEAUX

Aubaret. Recherches sur les origines réelles des fibres optiques; la papille et le nerf optique.

Bernoud. De la pyélonéphrite gravidique.

Bertaud du Chazaud. Végétations adénoïdes et incontinence d'urine.

Boucher. Du pouvoir antiseptique des phénols.

Bouilliez. Du traitement chirurgical du pied bot : talus paralytique.

Boymier. Etude critique de l'instrumentation pour le tubage et la trachéotomie.

Bruhat. Du caractère habituellement bénin des accidents consécutifs à l'emploi du sérum antidiphtérique.

Cachin. Contribution à l'étude des contusions de l'abdomen.

Carles. Les abcès de fixation.

Cazamian. Du pneumothorax opératoire.

Coquelin. De l'emploi de la turberculine pour le diagnostic différentiel des affections tuberculeuses ou non tuberculeuses de l'axe cérébro-spinal.

Donval. Traitement de la dysenterie et des entérites dysentériformes par l'eau oxygénée neutralisée.

Dubarry. De la sensibilité cutanée dans la névralgie sciatique.

Duchâteau. Des secours immédiats (pansements tout préparés) aux blessés des guerres navales.

Dufourt. Du traitement médical des cataractes par les préparations iodurées.

Duperron. L'œsophagoscopie.

Dupouy. Masque éléphantiasique consécutif à l'érysipèle de la face à répétition.

Durand. Etude sur les variations du chimisme stomacal à l'état normal et dans quelques cas pathologiques.

Duvergey. Des tumeurs polypoïdes du méat urinaire chez la femme.

Duville. Etude sur l'anatomie et la recherche des vaisseaux méningés moyens.

Eberlé. Du cysticerque sous-conjonctival.

Esserteau. Etude microscopique du sang et du pus dans l'uréthrite blennorrhagique.

Franceschetti. Etude sur la paralysie faciale congénitale compliquée de paralysies oculaires.

Gensollen. De l'érythème polymorphe récidivant.

Girard. Etude de l'hallux varus.

Gloaguen. L'acuité visuelle, les vices de réfraction, la vision des couleurs.

Guichot. Du traitement des épithéliomas cutanés par l'acide acétique cristallisable.

Guichoux. De l'état des réflexes dans l'épilepsie.

Guyet. De la phlébite superficielle aiguë pendant la période secondaire de la syphilis.

Haelewyn. De l'utilité de la mesure du segment anthropométrique.

Heckenroth. La prophylaxie par l'eau de boisson dans les colonies.

Hermant. Du cancer primitif des voies biliaires, et, en particulier, de son traitement chirurgical.

Labarrère. Des éruptions provoquées par le contact de l'artichaut.

Laffargue. L'insuffisance hépatique dans la pneumonie; son étude à l'aide de la réaction de Hay.

Lancelin. Morphinisme et infections; rôle des leucocytes.

Legal. Kératite interstitielle et kératites interstitielles.

Leger. Contribution à l'étude hématologique des gastropathies dyspeptiques.

Le Goaon. Du traitement chirurgical de l'acné hypertrophique du nez.

Le Moignic. Orthoscopie oculaire; orthoskiascopie.

Levet. La greffe oculaire.

Levier. De l'électro-diagnostic et des accidents du travail.

Maratray. Rôle du médecin dans l'influence civilisatrice d'une nation.

Martin. Du stridor laryngé congénital des nourrissons.

Meslin. Les kystes épidermiques du cuir chevelu.

Moyzès. Recherches sur l'état des réflexes tendineux, des réflexes cutanés, des réflexes pupillaires et de quelques sensibilités viscérales profondes dans le diabète.

Murat. De l'imperforation et du rétrécissement des voies lacrymales chez les enfants en bas âge.

Nougaro. Des traumatismes et des blessures du nerf cubital.

Ouzilleau. Des injections sous-cutanées d'eau oxygénée dans la tuberculose expérimentale du cobaye.

Penaud. Le mal de mer : étude clinique, essai de pathogénie et de traitement.

Peyraud. Etude critique sur la résection du ganglion de Gasser.

Peytoureau. Etude sur les empoisonnements par les pâtisseries à la crême.

Pic. De l'examen électrique des nerfs dans les plaies chirurgicales.

Pistre. Les pseudo-polypes tuberculeux des fosses nasales.

Poux. De la suture immédiate des voies aériennes après la trachéotomie et la trachéo-thyrotomie.

Ravarit. La cure des rétrécissements par la dilatation électrolytique progressive.

Rey. L'adrénaline en ophtalmologie.

Rousse. De l'eczéma hyperkératosique interdigital.

Roux. Contribution à l'étude de l'aortite paludéenne.

Sallet. Les cavernes pulmonaires tuberculeuses et leur flore mycosique.

Sarrailhé. Etude sur les causes occasionnelles des accès d'épilepsie jacksonienne.

Saux. De la toxicité des produits de la digestion peptique.

Tournadour. Des manifestations syphilitiques héréditaires du tractus uvéal.

Valentino. Le secret professionnel en médecine; sa valeur sociale.

Vincent. Valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les méningites.

PHYSIOLOGIE

Cecca (R.) et **Del Nunzio** (V.). Sulla biologia della mammella maschile. (*Clinica moderna*, 3 déc.)

Cohnheim (O.). Die Innervation der Verdauung. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 déc.) — L'innervation de l'appareil digestif.

Fröhlich (E.). Beiträge zur Kenntnis der Quantität und des specifischen Gewichtes des Harnes. (*Pest. med.-chir. Presse*, 23 nov.) — La quantité et le poids spécifique de l'urine.

Heinrich (E.). Untersuchungen über den Umfang der Eiweissverdauung im Magen des Menschen, auch bei gleichzeitiger Darreichung von Kohlehydraten. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 déc.) — Recherches sur la digestion de l'albumine dans l'estomac, avec ou sans apport d'hydrates de carbone.

Leduc (S.). L'inhibition cérébrale électrique chez l'homme. (*Arch. d'électricité méd.*, déc.)

Lo Monaco (D.) et **Bellanova** (G.). Contributo sperimentale alla fisiologia del nucleo caudato. (*Riforma med.*, 8 et 9 oct.)

May (W. P.). On the movements and innervation of the stomach. (*Brit. Med. Journ.*, 13 sept.)

Schneider (N.). O wplywie morfiny na czynnosc wydzielnicza i ruchowa zoladka. (*Gaz. lekarska*, 11 et 18 oct.) — Influence de la morphine sur les fonctions motrice et sécrétoire de l'estomac.

Wengler (J.). Ein Versuch, das specifische Körpergewicht am lebenden Menschen zu bestimmen. (*Wien. med. Wochensch.*, 13 et 20 sept.) — Un essai de détermination du poids spécifique du corps sur l'homme vivant.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Anders (J.). Tuberculosis of the myocardium. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er nov.)

Anton (G.). Wahre Hypertrophie des Gehirns mit Befunden an Thymusdrüse und Nebennieren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 déc.) — Hypertrophie vraie du cerveau avec altérations du thymus et des capsules surrénales.

Baldwin (F. A.). Multiple anemic infarcts of the liver. (*Journ. of Med. Research*, nov.) — Infarctus anémiques multiples du foie.

Billings (F. T.). The rapid microscopical diagnosis of fresh tissue, with special reference to staining. (*Med. News*, 27 déc.) — L'examen microscopique rapide des tissus frais, surtout au point de vue de la coloration.

Coplin (W. L.). A study of myocarditis, with special reference to changes in the elastica in myocardial affections. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.)

Czerwenka (K.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der Vulvitis (Pruritus vulvae). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Dercum (F. X.) et **McCarthy** (D. J.). Autopsy in a case of adiposis dolorosa. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Einhorn (M.). A further contribution to our knowledge of the histology of the gastric mucosa in pathological conditions of this organ. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Feinberg (L.). Ueber die Anwendung der Romanowski'schen (Methylenblau-Eosin) Färbemethode in den Gewebsschnitten, speciell bei den Krebsgeschwülsten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 nov.) — Emploi du procédé de Romanowski pour les coupes des tumeurs cancéreuses.

Weichselbaum (A.) et **Stangl** (E.). Weitere histologische Untersuchungen des Pankreas bei Diabetes mellitus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 sept.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Baumgarten (P. von). Weitere Untersuchungen über Hämolyse im heterogenen Serum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 oct.)

Besredka. De l'immunisation active contre la peste, le choléra et l'infection typhique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Dömeny (P.). Stammt die wirksame Substanz der hämolytischen Blutflüssigkeiten aus den mononucleären Leukocyten? (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 oct.) — La substance active des sérums hémolytiques provient-elle des leucocytes mononucléaires?

Marchand (F.). Ueber Gewebswucherung und Geschwulstbildung mit Rücksicht auf die parasitäre Aetiologie der Carcinome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 sept. et 2 oct.) — La prolifération des tissus et la formation des tumeurs envisagées au point de vue de l'étiologie parasitaire du cancer.

Rodet (A.) et **Lagriffoul.** Le pouvoir agglutinatif du sérum des animaux immunisés à l'égard du bacille d'Eberth ou du B. coli; action du sérum-coli sur le bacille d'Eberth, et réciproquement; le pouvoir agglutinatif dans ses rapports avec la diversité des races bacillaires. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Simnitzky (S.). Zur Frage über die antifermentativen Eigenschaften des Blutserums. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 sept.) — Propriétés antifermentescibles du sérum sanguin.

MÉDECINE

Abrams (A.). A modified method of auscultatory percussion. (*Med. News*, 8 nov.)

Acland (T. D.) et **Dudgeon** (L. S.). Primary carcinoma of the liver. (*Lancet*, 15 nov.) — Cancer primaire du foie.

Ardouin (P.). Contribution à l'étude des pleurésies médiastines. (*Année méd. de Caen*, déc.)

Arneill (J. R.). Clinical observations on congenital and acquired transposition of the viscera. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Arnone (G.). Le cardiopatie eredo-familiari e congenite. (*Riforma med.*, 20 nov.)

Bacialli (P.). Contributo allo studio dell'anasarca essenziale. (*Riforma med.*, 28 nov.)

Barba (S.). Sulla glicosuria surrenale : ricerche dirette a determinarla nell'organismo umano. (*Riforma med.*, 22 oct.)

Benedict (A. L.). The nervous manifestations of movable kidney. (*Med. News*, 4 oct.) — Les manifestations nerveuses du rein mobile.

Berg (H.). Pulmonary syphilis simulating pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 13 déc.)

Binetti (G.). Sulla presenza dell'anchilostoma nei pellagrosi. (*Gazz. degli Osped.*, 30 nov.)

Blodgett (J.). 3 phases of pancreatic disease, with report of cases. (*Med. Record*, 13 déc.)

Bönniger. Zum Nachweis der Milchsäure im Magensaft. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 oct.) — La recherche de l'acide lactique dans le suc gastrique.

Boston (L. N.). A rapid reaction for Bence-Jones albumose. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Bradshaw (T. R.). Myelopathic albumosuria. (*Lancet*, 4 oct.)

Bruneau (A.). Zona au cours d'un ictère à complications cutanées multiples. (*Marseille méd.*, 1er déc.)

Cadwallader (R.). Hydræmia and malaria. (*Med. Record*, 1er nov.)

Comte et **Hoche** (L.). Sur un cas d'hémorrhagie mortelle par ulcérations tuberculeuses du duodénum chez un tuberculeux. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er déc.)

Ferrannini (L.). Beitrag zum klinischen Studium der Anachlorhydrie; Untersuchungen über die Fäulnisprocesse im Magen-Darmkanal und ihre therapeutische Beeinflussung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 20 déc.) — Recherches sur les processus de putréfaction dans le tube gastro-intestinal et sur leur traitement.

Hösslin (von). Experimentelle Untersuchungen über Blutveränderungen beim Aderlass. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 5-6.) — Recherches expérimentales sur les modifications du sang consécutives à la saignée.

Jaksch (R. von). Ueber die Verteilung der stickstoffhaltigen Substanzen im Harn des kranken Menschen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 1-2.) — Répartition des substances azotées dans l'urine de l'homme malade.

Kaufmann (R.) et **Pauli** (W.). Zur Symptomatologie des stenokardischen Anfalles : Ueber stenokardische Schmerzen im Epigastrium. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 oct.)

Kelling (G.). Die diagnostische und therapeutische Bedeutung des sympathischen Reizzustandes beim Magengeschwür. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 nov.) — Signification diagnostique et thérapeutique de l'irritation sympathique dans les cas d'ulcère de l'estomac.

Lang (G.). Ueber die Resistenz der roten Blutkörperchen gegen hypoisotonische NaCl-Lösungen bei Magenkrebs. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 1-2.) — Sur la résistance des globules rouges à l'égard des solutions hypoisotoniques de chlorure de sodium dans les cas de cancer de l'estomac.

Löblowitz (J. S.). Ueber Stomatitis ulcerosa. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 nov., 6, 13, 20 et 27 déc.)

Maixner (E.). Ueber die hämorrhagische Form der Lebercirrhose. (*Wien. med. Wochensch.*, 9, 16, 23 et 30 août, 6, 13, 20 et 27 sept. et 4 oct.)

Mann. Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Malaria-Schwarzwasserfieber und Ankylostomiasis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 5-6.) — Existence simultanée de la fièvre hémoglobinurique paludéenne et de l'ankylostomiase.

Neck (C.). Zur Technik der Magenausspülung. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 27 déc.) — Technique du lavage de l'estomac.

Neusser (E.). Zur Symptomatologie gastrointestinaler Störungen bei Arteriosklerose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 sept.)

Pettersson (A.). Zur Frage der Bedeutung der Fadenpilze für die pathologischen Veränderungen des Magens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 sept.) — Sur les moisissures au point de vue des altérations de l'estomac.

Quincke (H.). Leukämie und Miliartuberkulose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 5-6.)

Schrötter (L. von). Zur Diagnose des in der Brusthöhle verborgenen Aortenaneurysmas. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 sept.) — Diagnostic de l'anévrysme de l'aorte thoracique.

Steinhaus (F.). Ueber das Pancreas bei Lebercirrhose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 5-6.)

Tozzi (A.). Una paracentesi del pericardio. (*Riforma med.*, 12 août.)

Villani (G.). Appunti di semiotica del cuore. (*Morgagni*, juin et juillet.)

Viola (G.). Il metodo per la misurazione delle resistenze dei globuli rossi colle soluzioni clorosodiche. (*Policlinico*, partie méd., IX, 12 bis.)

Waldvogel (R.) et **Bickel** (A.). Beitrag zur Lehre von der Chylurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 5-6.)

Wegele (C. et Mme J.). Die diätetische Küche für Magen- und Darmkranke, nebst genauen Kochrezepten. 2e éd. In-12, 96 p. Iéna. — La cuisine diététique dans les maladies du tube digestif.

MALADIES INFECTIEUSES

Baron (C.). Zur Kenntnis der Angina exsudativa ulcerosa (Angina Vincentii s. Angina diphtheroides). (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 3-4.)

Billet (A.). Du paludisme à forme typhoïde. (*Rev. de méd.*, déc.)

Blackmore (G. J.). Rats and plague. (*Lancet*, 11 oct.) — Les rats et la peste.

Brückner (M.). Zur Pathologie der Masern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 5.) — Pathologie de la rougeole.

Bruneau (A.). Pneumonie lobaire au cours de la variole. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Burdach (A.). Der Nachweis von Typhusbacillen am Menschen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 2.) — La recherche du bacille de la fièvre typhoïde chez l'homme.

Curtis (F. C.) et **Shaw** (H. K.). Rubella scarlatinosa. (*Med. News*, 20 déc.)

De Blasi (L.). Appunti statistici sul decorso della tubercolosi in Palermo nel ventennio 1881-1900. In-4°, 77 p. avec graphiques. Palerme.

De Feyfer (F. G.) et **Kayser** (H.). Eine Endemie von Paratyphus. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 et 21 oct.)

Engelhardt (G.) et **Löhlein** (M.). Zur Kenntnis der Streptothrixpyämie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 1-2.)

Firth (R. H.) et **Horrocks** (W. H.). An inquiry into the influence of soil, fabrics and flies in the dissemination of enteric infection. (*Brit. Med. Journ.*, 27 sept.) — Enquête relative à l'influence du sol, des étoffes et des mouches sur la propagation de la fièvre typhoïde.

Franz (K.). Die Bedeutung des Tuberculins für die Frühdiagnose der Tuberculose und die erste Anwendung desselben in der Armee. (*Wien. med. Wochensch.*, 6, 13 et 20 sept.)

Heller (A.). Ueber die Tuberkuloseinfektion durch den Verdauungskanal. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 sept.) — L'infection tuberculeuse d'origine alimentaire.

Honl (I.). Bakteriologická diagnosa tuberkulosy. (*Casopis lékaru ceskych*, 22 et 29 nov., 6, 13, 20 et 27 déc.)

James (S. P.). Malaria in India. In-4°, 106 p. avec fig. Calcutta.

Jaques (W. K.). The microscope in the diagnosis of scarlet fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 déc.)

Latham (A.). Some points in the etiology of tuberculosis. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Möller (A.). Zur Frage der Uebertragbarkeit der Menschentuberkulose auf Rinder und Ziegen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 oct.) — Sur la transmissibilité de la tuberculose de l'homme aux bovidés et aux chèvres.

Wassermann (A.). Ueber eine neue Art von Diphtherie-Serum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 oct.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Jendrassik (E.). Beiträge zur Kenntnis der hereditären Krankheiten; 3. Mitteilung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 5-6.) — Les affections héréditaires.

Krafft-Ebing (R. von). Ueber Morphinodipsie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 sept.)

Lapinsky (M.). Des formes rares du tabes (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 21.)

Lépine (J.). Aortite syphilitique et tabes. (*Lyon méd.*, 28 déc.)

Link (R.). Beitrag zur Kenntnis der Myasthenia gravis (mit Befund von Zellherden in zahlreichen Muskeln). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 1-2.) — Un cas de myasthénie grave avec présence de foyers cellulaires dans un grand nombre de muscles.

Michel. Zur Kasuistik der Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 2.) — Des arthropathies dans la syringomyélie.

Müller (E.). Zur Symptomatologie und Diagnostik der Geschwülste des Stirnhirns. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 5-6.) — Symptomatologie et diagnostic des tumeurs du lobe frontal.

Myers (Ch. S.). Myasthenia gravis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, sept.)

Pilcz. Ueber postoperatives Irresein. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 sept.) — Folie post-opératoire.

Probst (M.). Ueber die Bedeutung des Sehhügels. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 sept.) — Sur la signification de la couche optique.

Rindfleisch (W.). Ueber Chorea mollis sive paralytica mit Muskelveränderungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 1-2.) — Chorée molle ou paralytique avec altérations musculaires.

Sarbó (A. von). Klinische und statistische Daten zur Symptomatologie der Tabes : Die Tabes unter den Arbeitern. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 1-2.) — Le tabes parmi les ouvriers.

Schittenhelm (A.). Ueber den Einfluss sensibler und motorischer Störungen auf das Localisationsvermögen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXII, 5-6.) — Influence des troubles sensitifs et moteurs sur le pouvoir de localisation.

Schmid (J.). Zur Kenntnis der Lähmungen bei der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 1-2.) — Contribution à l'étude des paralysies dans la méningite cérébro-spinale épidémique.

Schüller (A.). Drei Fälle von Entbindungslähmung am Arme; Bemerkungen über die Beziehung dieser Lähmungsform zum angeborenen Schiefhals. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 sept.) — Trois cas de paralysie obstétricale du bras; rapports entre cette forme de paralysie et le torticolis congénital.

Schulz. Zur Frage der Innervation des Musculus cucullaris. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 1-2.) — Sur l'innervation du trapèze.

Strümpell (A. von). Ueber die Störungen der Bewegung bei fast vollständiger Anästhesie eines Armes durch Stichverletzung des Rückenmarks, nebst Bemerkungen zur Lehre von der Coordination und Ataxie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 1-2.) — Troubles moteurs avec anesthésie presque complète d'un bras à la suite d'une blessure de la moelle épinière par instrument piquant.

Vannini (G.). Neoplasma delle eminenze quadrigemine. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Matsuura (U.). Die Dickenschwankungen des Kopfhaares des gesunden und kranken Menschen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 2-3.) — Les oscillations de l'épaisseur des cheveux chez l'homme sain et chez les malades.

Matzenauer (R.). Brustdrüsensyphilis im Frühstadium. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 oct.) — Syphilis précoce de la glande mammaire.

Merk. Zur Kenntnis der Dermatitis pyämica. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 2-3.)

Möller (M.). Nævusstudien. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 1 et 2-3.)

Neumann (I.). Der extragenitale syphilitische Primäraffect in seiner klinischen und volkshygienischen Bedeutung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 sept.)

Pick (W.). Ueber Granulosis rubra nasi (Jadassohn). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 1.)

Róna (S.). Können mechanische Einwirkungen und unter ihnen in erster Reihe das Kratzen Eczem verursachen? (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 1.) — Les influences mécaniques et, en première ligne, le grattage peuvent-ils provoquer l'eczéma?

Schmidt (H. E.). Einige Versuche, betreffend den Einfluss des Lichtes auf das Wachstum der Haare und seine therapeutische Anwendung bei der Alopecia areata. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 2-3.) — L'influence de la lumière sur la croissance des cheveux et son emploi contre la pelade.

Spitzer (L.). Erfahrungen über die Janet'sche Methode der Urethral- und Blasenbehandlung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 oct.)

Thimm (P.). Ueber Verkalkung der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 2-3.) — Sur la calcification de la peau.

Török (L.). Welche Hautveränderungen können durch mechanische Reizung der Haut hervorgerufen werden? (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 1.) — Quelles sont les altérations cutanées qui peuvent être provoquées par l'irritation mécanique de la peau?

Welander (E.). Zur Frage : Wie kann man die durch eine syphilitische Schwangerschaft verursachte soziale Gefahr bekämpfen? (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 2-3.) — Comment peut-on combattre le danger social que crée une grossesse syphilitique?

CHIRURGIE

Ahlfeld (F.). Die Zuverlässigkeit der Heisswasser-Alcohol-Händedesinfection. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — L'efficacité de la désinfection des mains à l'aide de l'eau chaude et de l'alcool.

Arx (M. von). Ueber Gallenblasenruptur in die freie Bauchhöhle. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 oct.) — Rupture de la vésicule biliaire dans la cavité abdominale libre.

Baracz (R. von). Ueber die Aktinomykose des Menschen auf Grund eigener Beobachtungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 4.) — De l'actinomycose chez l'homme.

Bell (J.). Foreign bodies in the vermiform appendix. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 nov.) — Corps étrangers dans l'appendice.

Bennett (Th. L.). Remarks on one of the complications of anesthesia (asphyxia). (*Med. News*, 13 déc.)

Bergmann (E. von). Remarks on plugging with iodoform gauze in operations performed in cavities of the body. (*Brit. Med. Journ.*, 13 déc.)

Blassberg (M.). Ueber das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei Eiterungen im Organismus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 nov.) — La teneur du sang en globules blancs dans les suppurations.

Bossart (A.). Zur Chloræthylnarkose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct.)

Bouffard. Pieds de Madura observés à Djibouti. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Bovo (P.). Un caso di linfangiosarcoma cutaneo. (*Gazz. degli Osped.*, 21 déc.)

Brüning. Ueber die Luxatio tibiae anterior. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 sept.)

Brunner (C.). Ueber die retrovisceralen Geschwülste und Strumen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie und der Technik ihrer Operation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 3.) — Les tumeurs et les goitres rétro-pharyngiens, surtout au point de vue de leur topographie et de la technique opératoire.

Gerson (K.). Seifenspiritus als Desinfiziens medizinischer Instrumente. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 oct.) — La solution alcoolique de savon pour désinfecter les instruments.

Giampietro (F.). Dos casos de quistes hidáticos del cerebro. (*Rev. méd. del Uruguay*, nov.)

Goldner (S.). Beitrag zur Diagnostik und Häufigkeit des congenitalen Leistenbruches. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 oct.) — Diagnostic et fréquence de la hernie inguinale congénitale.

Hamilton (Ch. S.). Causes of recurrence of biliary symptoms after cholecystotomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Harris (H. F.). So-called hypertrophic tuberculosis of the intestine. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Hepner (E.). Zur Diagnostik und Therapie des inneren Darmverschlusses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 2.) — Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale interne.

Hofmeister (F.). Ein neues Massageverfahren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 2.) — Un nouveau procédé de massage.

Irish (J. C.). Diagnosis and treatment of diseases of the gall-bladder and bile-ducts. (*Yale Med. Journ.*, nov.) — Diagnostic et traitement des affections de la vésicule et des voies biliaires.

Kander. Ueber die intracraniellen Erkrankungen beim Empyem der Keilbeinhöhle. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 1.) — Lésions intracrâniennes en cas d'empyème du sinus sphénoïdal.

Kirchmayr (L.). Ein Beitrag zur Aetiologie des Dünndarmvolvulus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 oct.) — Contribution à l'étiologie du volvulus de l'intestin grêle.

Kuhn (F.). Ueber Volvulus der Flexura sigmoidea. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 2.)

Küttner (H.). Schonende Nachbehandlung septischer Operationen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 2.) — Traitement post-opératoire des plaies septiques.

Le Conte (R. G.). A further note on interscapulo-thoracic amputations. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Monnier (E.). Ueber Fremdkörper in den Luftwegen und die Bedeutung der Bronchoskopie bei solchen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 3.) — Corps étrangers des voies respiratoires et bronchoscopie.

Murphy (J. B.) et **Neff** (J. M.). Perforating ulcers of the duodenum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Murray (F. W.). Acute suppurative pancreatitis. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Muscatello (G.). Ueber die Diagnose der Spina bifida und über die postoperative Hydrocephalie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 1.)

Neumann (F.). Kieferatrophie. (*Prag. med. Wochensch.*, 2, 9 et 16 oct.) — Atrophie du maxillaire.

Nigrisoli (B.). Sulle cisti gasose dell'intestino umano. (*Nuovo raccoglitore med.*, sept.)

Plummer (S. C.). The Hartley-Krause flap in hæmorrhage from the middle meningeal artery. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Le lambeau de Hartley-Krause dans l'intervention pour hémorrhagie de l'artère méningée moyenne.

Rehm (F.). Vorschlag zur Vereinfachung der Naht bei Anwendung des Murphy-Knopfes. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 29 nov.) — Simplification de la suture avec emploi du bouton de Murphy.

Reiner (M.). Die Circumferenz-Osteotomie. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 sept.)

Ries (E.). Cholecystectomy *versus* removal of the mucous membrane of the gall-bladder. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Les avantages de la cholécystectomie sur l'excision de la muqueuse de la vésicule biliaire.

Roberts (J. B.). Excision of the lumbar lymphatic nodes and spermatic vein in malignant disease of the testicle. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Röser (H.). Ein Beitrag zur Chirurgie der Milz- und Leberverletzungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 1.) — Chirurgie des lésions traumatiques de la rate et du foie.

Smoler (F.). Ueber Adenome des Dünn- und Dickdarmes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 1.) — Adénomes de l'intestin grêle et du gros intestin.

Sonnenschein (K.). Ein Beitrag zur Therapie des Mastdarmvorfalls bei Infantilismus. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1er nov.) — Traitement du prolapsus du rectum dans l'infantilisme.

Sternberg (J.). Zur Kenntnis der Brachydaktylie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 oct.)

Thienhaus (Ch. O.). The transduodenal route (duodeno-choledochotomy) in cases of impaction of gall-stones in the lower portion of the common duct. (*Ann. of Surgery*, déc.) — La voie transduodénale (duodéno-cholédocotomie) en cas de pénétration de calculs biliaires dans la portion inférieure du cholédoque.

Timann (C.). Die Behandlung der Spina ventosa mittelst freier Autoplastik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 1.)

Trzebicky (R.). Phlegmone und Amputation. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 sept.)

Wartburg (O. von). Ueber Spontan-Gangrän der Extremitäten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 3.)

Wassermann (M.). Ueber die kosmetische Behandlung von Sattelnasen mit Vaselininjektionen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 3.) — Prothèse des nez ensellés par des injections de vaseline.

Zahradnicky. Ueber medullare Anästhesie. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 8, 15 et 22 nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Palotai (A.). Ueber Erstgebärende unter 16 Jahren. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 déc.) — Des primipares âgées de moins de seize ans.

Porter (W. D.). Management of breech presentations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Conduite à tenir en cas de présentation du siège.

Schatz. Wann tritt die Geburt ein? (*Wien. med. Wochensch.*, 13 déc.) — Quelle est la durée de la grossesse?

Simone (M.). L'influenza nelle tre grandi fasi della maternità. (*Policlinico*, 13 déc.)

Sippel (A.). Die operative Behandlung der puerperalen Pyämie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 déc.)

Steinbüchel (von). Vorläufige Mitteilung über die Anwendung von Skopolamin-Morphium-Injektionen in der Geburtshilfe. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 nov.) — Les injections de scopolamine et de morphine en obstétrique.

Stowe (H. M.). Rupture of the umbilical cord. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Stroganoff (W.). Schwangerschafts- und Geburtsverlauf nach einer Gebärmutterruptur. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 1.) — L'évolution de la grossesse et du travail après une rupture de l'utérus.

Tauber. Extrauteringravidität und Hämoglobinurie. (*Prag. med. Wochensch.*, 4 sept.)

Voorhees (J. D.). Craniotomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Weber (F.). Ueber den vaginalen Kaiserschnitt bei mit Portiocarcinom komplicirter Schwangerschaft. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 nov.) — Opération césarienne vaginale en cas de grossesse compliquée par un cancer de la portion vaginale.

Weinberg (W.). Neue Beiträge zur Lehre von den Zwillingen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 1.) — Nouvelle contribution à l'étude des grossesses gémellaires.

Wodarz. Zur Kenntnis vom Bau der Placenta circumvallata. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 déc.)

Woyer (G.). Geburtsstörung durch Narbenstenose des Muttermundes infolge von Syphilis. (*Wien. med. Presse*, 28 déc.) — La sténose cicatricielle syphilitique du col utérin comme obstacle à l'accouchement.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Antonelli (G.). La cura endovenosa di sublimato (metodo Baccelli) in un grave caso di carbonchio. (*Policlinico*, 13 déc.)

Bailey. De l'alimentation de l'arthritique. (*Gaz. méd. de Picardie*, déc.)

Bate (R. A.). Medical treatment of cholelithiasis. (*Med. News*, 15 nov.)

Bergel. Fieber und Fieberbehandlung. (*Therap. Monatsh.*, sept. et oct.) — La fièvre et son traitement.

Brase. Ueber eine neue Art der Digitalisanwendung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 20 déc.) — Un nouveau mode d'emploi de la digitale.

Brunton (Sir L.). On the use of alkalies in relieving pain. (*Brit. Med. Journ.*, 18 oct.) — Emploi des alcalins à titre d'analgésiques.

Burnet (J.). The medical treatment of appendicitis, with notes of three illustrative cases. (*Lancet*, 4 oct.)

Cairns (D. L.). On the treatment of diphtheria by the intravenous administration of antidiphtheritic serum. (*Lancet*, 20 déc.)

Campanella (G.). La ipodermoclisi di acqua ossigenata nelle asfissie; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 23 nov.)

Canessa (J. F.). El suero antidiftérico en el tratamiento abortivo y curativo de la pneumonía. (*Rev. méd. del Uruguay*, nov.)

Ciaffi (A.). Nevralgia sciatica e l'acido fenico. (*Policlinico*, 6 déc.)

Fussell (M. H.). The value of diphtheria antitoxin. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 oct.)

23e ANNÉE. — N° 8. Vingt centimes le numéro. 25 FÉVRIER 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DANS LES DEUX MONDES. — L'état actuel de l'enseignement de la neurologie aux Etats-Unis, par M. le docteur Georges Guillain ... 61

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Des essences reconnues dangereuses dont la fabrication et la vente doivent être proscrites ou réglementées ... 63

Académie des sciences. — Sur l'implantation de l'os mort au contact de l'os vivant ... 64

De l'action pathogène des rayons et des émanations émis par le radium sur différents tissus et différents organismes ... 64

Contribution expérimentale à la connaissance de la vie et de la réaction musculaires ... 64

Mécanisme d'action de la sécrétine sur la sécrétion pancréatique ... 64

Société de chirurgie. — Traitement de l'appendicite ... 64

Traitement des fractures de la rotule ... 65

Oblitération congénitale de l'intestin grêle ... 65

De la botryomycose humaine ... 65

Société médicale des hôpitaux. — Volumineux hématome de la région sous-scapulaire, survenu au cours d'une leucémie aiguë à forme hémorrhagique ... 65

La cryoscopie du lait comme moyen de reconnaître les adultérations de ce liquide ... 65

Intoxication par ingestion accidentelle de benzine ... 65

Société de dermatologie et syphiligraphie. — Deux tentatives infructueuses d'inoculation de la pelade ... 65

Langue noire ... 66

Traitement de la dermatite herpétiforme ... 66

ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Le chlorure de baryum comme médicament cardiaque ... 66

Les altérations de la rétine dans les néphrites ... 66

Pyopneumopéricarde ... 66

Lettres d'Autriche. — Des différents modes de transmission héréditaire de la syphilis ... 66

Spasme de nutation ... 66

Sur la docimasie hépatique ... 66

Hyperplasie neutrophile de l'appareil myéloïde ... 66

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Du rôle de la peau et des peauciers du cou dans la suspension des seins ... 67

Des accidents qui résultent de l'enfouissement sous la neige ... 67

Sur un cas d'ophtalmie purulente congénitale ... 67

Publications allemandes. — Sur la dilatation fusiforme du segment inférieur de l'œsophage ... 67

Rupture spontanée du vagin avec prolapsus énorme de l'intestin ... 68

De l'action de l'acide carbonique sur la digestion gastrique ... 68

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Inconvénients de l'emploi de l'Hydrastis canadensis associé à l'Hamamelis virginica ... 68

Le bleu de méthylène dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ... 68

Emploi d'un mélange de cocaïne et d'adrénaline pour l'anesthésie des tissus enflammés ... 68

Les baies de myrtille comme moyen de traitement de la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses de l'intestin ... 68

Traitement de la variole par des applications d'acide phénique pur ... 68

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide carbonique et son action sur la digestion gastrique ... 68[1]
— phénique pur en application contre la variole ... 68[3]
Affections cardiaques ... 66[1]
Anesthésie des tissus enflammés ... 68[2]
Appendicite ... 64[3]
Bleu de méthylène contre la tuberculose pulmonaire ... 68[2]
Botryomycose humaine ... 65[2]
Chlorure de baryum comme médicament cardiaque ... 66[1]
Cocaïne associée à l'adrénaline pour l'anesthésie des tissus enflammés ... 68[2]
Cryoscopie du lait ... 65[2]
Cyanose congénitale ... 65[3]
Dermatite herpétiforme ... 66[1]
Dilatation fusiforme du segment inférieur de l'œsophage ... 67[3]
Docimasie hépatique ... 66[3]
Enfouissement sous la neige et accidents qui en résultent ... 67[1]
Essences dont l'emploi doit être réglementé ou prohibé ... 63[2]
Fièvre typhoïde ... 68[3]
Fractures de la rotule ... 65[1]
Goudron en pommade contre la dermatite herpétiforme ... 66[1]
Hématome sous-scapulaire chez un leucémique ... 65[2]
Hérédosyphilis ... 66[2]
Hydrastis canadensis associée à l'Hamamelis virginica et ses inconvénients ... 68[2]
Hyperplasie neutrophile de l'appareil myéloïde ... 66[3]
Intoxication par ingestion de benzine ... 65[3]
— par l'hydrastis canadensis ... 68[2]
Lait et sa cryoscopie ... 65[2]
Langue noire ... 66[1]
Leucémie aiguë à forme hémorrhagique ... 65[2]
Muscles et leur vie ... 64[3]
Myrtille contre la fièvre typhoïde ... 68[3]
Néphrites et altérations de la rétine ... 66[2]
Neurologie et son enseignement aux Etats-Unis ... 61[1]
Oblitération congénitale de l'intestin grêle ... 65[2]
Ophtalmie purulente congénitale ... 67[2]
Os mort et son implantation ... 64[2]
Peau et peauciers du cou comme moyen de suspension des seins ... 67[1]
Pelade et tentatives infructueuses d'inoculation ... 65[3]
Pyopneumopéricarde ... 66[2]
Radium et ses effets sur les tissus ... 64[2]
Rétine et ses altérations dans les néphrites ... 66[2]
Rupture spontanée du vagin avec prolapsus de l'intestin ... 68[1]
Sécrétine et son mode d'action ... 64[3]
Seins et leur suspension ... 67[1]
Spasme de nutation ... 66[3]
Syphilis et sa transmission héréditaire ... 66[2]
Traitement de la dermatite herpétiforme ... 66[1]
— de la fièvre typhoïde ... 68[3]
— de l'appendicite ... 64[3]
— de la tuberculose pulmonaire ... 68[2]
— de la variole ... 68[3]
— des affections cardiaques ... 66[1]
— des fractures de la rotule ... 65[1]
Tuberculose pulmonaire ... 68[2]
Variole ... 68[3]

VARIA

Un décret du président de la République française, en date du 10 février 1903, fixe la liste des maladies épidémiques auxquelles est applicable la déclaration médicale ; cette liste est conforme à celle qui a été dressée dernièrement par l'Académie de médecine de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 24).

Lundi dernier, M. R. Koch (de Berlin) a été élu associé étranger de l'Académie des sciences de Paris.

Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes en 1903.

Le treizième Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes se tiendra à Bruxelles du 1er au 8 août prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :
1° *Catatonie et stupeur ;*
2° *Histologie de la paralysie générale ;*
3° *Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses.*

Congrès allemand de chirurgie en 1903.

Le trente-deuxième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin du 3 au 6 juin prochain.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Crolas, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Carlo Gallozzi, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Eugene Foster, professeur de clinique médicale au Medical College of Georgia d'Augusta.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Ferrio (L.) et **Rovere** (L.). Ricerche istologiche sull'endotelioma primitivo della pleura. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 4.)

Fischler (F.). Ueber den Fettgehalt von Niereninfarcten, zugleich ein Beitrag zur Frage der Fettdegeneration. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 1.) — De la teneur en graisse des infarctus rénaux.

Fitz (R. H.). Certain characteristics of osteitis deformans. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Flexner (S.). The pathology of lymphotoxic and myelotoxic intoxication. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov.)

Folli (A.) et **Bernardelli** (U.). Sulla linite plastica del Brinton. (*Riforma med.*, 4, 5, 6 et 9 déc.)

Glas (E.). Zur Pathologie der Nasenrachentumoren. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 et 22 nov.) — Anatomie pathologique des tumeurs du naso-pharynx.

Heine (L.). Beitrag zur Casuistik der Mesaortitis gummosa. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 2.)

Ilberg. Das Centralnervensystem eines 1 1/2 Tage alten Hemicephalus mit Aplasie der Nebennieren. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 2.) — Le système nerveux central d'un hémicéphale avec aplasie des capsules surrénales, ayant vécu une journée et demie.

Jellinek (S.). Histologische Veränderungen im menschlichen und tierischen Nervensystem, teils als Blitz-, teils als elektrische Stark-strom-Wirkung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 1.) — Les altérations histologiques du système nerveux chez l'homme et chez les animaux, consécutives à la fulguration ou à l'action des courants électriques intenses.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Arnold (J.). Ueber Phagocytose, Synthese und andere intrazelluläre Vorgänge. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 nov.)

Aron (E.). Zur Ursache der Einwirkung verdichteter und verdünnter Luft auf den Tierkörper. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 2.) — Les causes de l'action de l'air condensé ou raréfié sur l'organisme animal.

Ascoli (G.). Ueber hämolytisches Blutplasma. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 oct.)

Aujeszky (A.). Agglutinationsversuche mittelst Pestserum. (*Pest. med.-chir. Presse*, 9 nov.)

Baumgarten (von). Ueber die Schicksale des Blutes in doppelt unterbundenen Gefässstrecken. (*Wien. med. Wochensch.*, 8 nov.) — Sur le sort du sang dans les vaisseaux pris entre deux ligatures.

Collina (M.). L'alessina nell'inanizione sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 23 nov.)

Engelhardt (G.). Histologische Veränderungen nach Einspritzung abgetöteter Tuberkelbacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 2.) — Altérations histologiques consécutives à l'injection de bacilles tuberculeux morts.

Gilford (H.). Infantilism and senilism. (*Brit. Med. Journ.*, 1er nov.)

Giuranna (G. D.). Contributo alla fisiopatologia delle capsule surrenali. (*Clinica moderna*, 17 et 24 déc.)

MÉDECINE

Bönniger. Ueber die Sahli'sche Methode der Funktionsprüfung des Magens. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 oct.) — L'examen fonctionnel de l'estomac d'après le procédé de Sahli.

Curschmann (H.). Ueber traumatische Nephritis. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 sept.)

Cybulski (H.). Ein Beitrag zur Diagnose der Lungen-Kavernen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 nov.) — Contribution au diagnostic des cavernes pulmonaires.

Decker (J.). Zur Diagnose des Sanduhrmagens. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 sept.) — Diagnostic de l'estomac en sablier.

Defendorf (A. R.). The importance of hyaline casts in the diagnosis and prognosis of renal diseases. (*Yale Med. Journ.*, déc.) — La signification des cylindres hyalins pour le diagnostic et le pronostic des affections rénales.

Duplant (F.). Périgastrites adhésives antérieures consécutives à l'ulcère d'estomac. (*Lyon méd.*, 14 déc.)

Ely (Th. C.). Hodgkin's disease, with report of a case. (*Philadelphia Med. Journ.*, 18 oct.)

Esser (J.). Ueber Pleuraergüsse bei Herzkranken. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 nov.) — Des épanchements pleuraux chez les cardiaques.

Fenwick (W. S.). Hair-balls and other concretions in the stomach. (*Brit. Med. Journ.*, 29 nov.) — Boules de cheveux et autres concrétions dans l'estomac.

Ferrannini (A.). Il diabete insipido come anomalia del ricambio. (*Policlinico*, partie méd., IX, 12 bis.)

Franz (K.) et **Stejskal** (K. von). Ueber das Wesen der europäischen Chylurie. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 11.)

Garrod (A. E.). The incidence of alkaptonuria, a study in chemical individuality. (*Lancet*, 13 déc.)

Gerest. Insuffisance pulmonaire et cyanose [2e mémoire]. (*Loire méd.*, déc.)

Giedgowd (W.). O odczynie dwuazotowym (diazoreakcyi). (*Kronika lekarska*, 15 nov. et 1er déc.)

Godart-Danhieux. Sur un point intéressant de la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. (*Policlinique*, 15 déc.)

Haig (A.). The prominent eye, its meaning and clinical associations. (*Med. Record*, 11 oct.) — L'exophtalmie, sa signification et ses associations cliniques.

Hall (I. W.). The clinical estimation of urinary purins by means of the purinometer. (*Brit. Med. Journ.*, 1er nov.)

Henschen (S. E.). Ueber das Ulcus ventriculi, dessen Diagnose und Behandlung. (*Wien. med. Presse*, 16, 23 et 30 nov.)

Herrick (J. B.). Repeated small hemorrhages as a cause of severe anemia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 sept.)

Hess (O.). Ueber das Wesen des Diabetes. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 sept.) — Sur la nature du diabète.

Hoffmann. Ueber Athmungsgymnastik und ihre Verwertung. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — La gymnastique respiratoire et son application thérapeutique.

MALADIES INFECTIEUSES

Boissière (R. de). The diazo-reaction in pulmonary tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 15 nov.)

Gilchrist (A. W.). The low phosphates and urea in the urine of the tuberculous. (*Lancet*, 29 nov.)

Harris (S.). The early diagnosis of pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 18 oct.)

Karwacki (L.). Aglutynacya w zakazeniu pneumokokowem. (*Gaz. lekarska*, 13 et 20 déc.)

Kassowitz. Die Erfolge des Diphtherieheilserums; 3. Mitteilung. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — Les résultats de la sérothérapie antidiphtérique.

Leclainche (E.) et **Vallée** (H.). Recherches expérimentales sur le charbon symptomatique [3e mémoire]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Magill (W. S.). The etiology of smallpox, with a special reference to its micro-biology and a demonstration of its microbe. (*Med. News*, 8 nov.)

Martini (E.). Ueber die Entstehung der Neuerkrankungen an Malaria während des Frühjahres und Sommers unserer Breiten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 1.) — Sur l'éclosion des nouveaux cas de malaria pendant le printemps et l'été sous nos latitudes.

Melland (Ch. H.). The leucocytes in malaria. (*Brit. Med. Journ.*, 27 sept.)

Nammack (Ch. E.). Typhoid gangrene. (*Med. Record*, 27 déc.)

Péhu. Fièvre typhoïde et tuberculose. (*Lyon méd.*, 2 nov.)

Perrod (G.). Contributo all'epidemiologia della malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 28 déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Arullani (P. F.). Tabe dorsale ed aortite. (*Riforma med.*, 6 et 7 nov.)

Bechterev (V. von). Ueber einen besonderen Kern der Formatio reticularis in der oberen Brückenregion. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.) — Un noyau particulier de la formation réticulaire dans la région protubérantielle supérieure.

Bolli (V.). Retrazione dell'aponevrosi palmare (malattia del Dupuytren) con iperidrosi delle mani. (*Policlinico*, 27 déc.)

Bornstein (M.). Rozpoznanie rozniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwladu postepujacego. (*Kronika lekarska*, 1er et 15 nov. et 1er déc.) — Diagnostic différentiel entre la neurasthénie et les premières manifestations de la paralysie progressive.

Breitmann (M.). Pathogénie de la chorée et de l'athétose et rapports entre ces deux affections (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 nov.)

Bruns (L.). Ueber die Verschiedenheit der Prognose der Plexus- und Nervenstammlähmungen der oberen Extremität. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 nov.) — Sur la différence dans le pronostic des paralysies des extrémités supérieures, suivant qu'elles intéressent le plexus ou les troncs nerveux.

Buchholz. Ueber die acut verlaufenden Erkrankungen an Dementia paralytica. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 2.)

Campbell (H.). Overlooked forms of Graves's disease. (*Brit. Med. Journ.*, 1er nov.) — Formes méconnues du goitre exophtalmique.

Collins (J.). Spinal-cord tumors, tumors of the central nervous system; remarks on noteworthy cases. (*Med. Record*, 6 déc.)

Cumpelik (B.). Beitrag zur Symptomatologie des Delirium tremens. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 août et 6 sept.)

Dercum (F. X.). A case of adiposis dolorosa, with involvement of the joints. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 déc.)

Durante (F.). Observations on certain cerebral localizations. (*Brit. Med. Journ.*, 13 déc.)

Ferrannini (L.). Metamerismo midollare e metamerismo radicolare nella siringomielia. (*Riforma med.*, 15 et 17 nov.)

Fischer (H.). Die chirurgischen Ereignisse in den Anfällen der genuinen Epilepsie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 2.) — Lésions et accidents survenant au cours des accès d'épilepsie vraie.

Fry (F. R.). Acroparesthesia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 18 oct.)

Guebstein (B.). Des hyperalgésies cutanées dans leurs rapports avec les maladies des viscères (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 août.)

Hartmann (F.). Die Klinik der sogenannten Tumoren des Nervus acusticus. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 11.)

Haskovec (L.). O tlaku krevním vubec a v neurose traumatické zvlást. (*Casopis lékaru ceskych*, 22 et 29 nov., 6 et 13 déc.) — La pression sanguine en général et dans la névrose traumatique en particulier.

Heldenbergh (C.). Théorie des réflexes cutanés et tendineux basée sur la nature fonctionnelle des deux faisceaux pyramidal et extrapyramidal. (*Journ. de neurol.*, 5 déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Abraham (O.). Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Hefe. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — La levure de bière contre la blennorrhagie chez la femme.

Ashmead (A.). Larvate or sporogenetic leprosy. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.*, oct.)

Bull (Ch. S.). The systemic or constitutional character of gonorrhœa, illustrated by 5 cases of iridochoroiditis. (*Med. Record*, 20 déc.)

Cappuccio (D.). Per la psoriasi prepuziale. (*Gazz. degli Osped.*, 21 déc.)

Düring (E. von). Grundsätze der Syphilisbehandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 sept.) — Principes du traitement de la syphilis.

Jamieson (W. A.). Dermatitis vegetans. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, nov.)

Lenoble (E.). Les purpuras et leurs modalités cliniques d'après leur formule sanguine. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, déc.)

Lieberthal (D.). Sarcomatosis cutis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 déc.)

Matzenauer (R.). Muskelsyphilis im Frühstadium. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 nov. et 1er déc.) — Syphilis musculaire précoce.

Orlipski. Zur Aetiologie der Acne, ein Versuch. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 3 et 6 déc.)

Potapov (I.). Le diagnostic de la simulation de la blennorrhagie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, oct.)

CHIRURGIE

Blumfield (J.). Anæsthetics, practical handbook. In-8°, 110 p. Londres.

Bruno (L.). Contribuzione clinica ed anatomica alla conoscenza della tubercolosi nodulare del pene. (*Policlinico*, partie chir., IX, 12.)

Bullard (W. D.). Acquired non-malignant stricture of the rectum; causes, symptoms and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 oct.)

Busalla. Ueber plastische Deckung von Knochenhöhlen, nebst einem Fall von osteoplastischem Ersatz des Os cuboides. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 2.) — Un cas d'ostéoplastie de l'os cuboïde.

Carlier (V.). Indications et résultats de la néphrectomie. (*Echo méd. du Nord*, 7 déc.)

Cautley (E.) et **Dent** (C. T.). Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus and its treatment by pyloroplasty. (*Lancet*, 20 déc.)

Clairmont (P.). Zur Tuberkulose der Schilddrüse (Struma tuberculosa). (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 nov.)

Coffey (R. C.). Gastroptosis; a method of suspending the stomach in a hammock made of the great omentum. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 oct.)

Collins (H. O.). Anesthetics. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 oct.)

Comstock (A. E.). Some experiments with paraffin. (*Med. Record*, 1er nov.)

Cordier (A. H.). Some clinical and operative phases of appendicitis. (*Med. Record*, 4 oct.)

Coste. Ueber das Verhalten der Leukocyten bei Appendicitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 déc.)

Deaver (J. B.) et **Müller** (G. P.). Some points in the treatment of post-operative abdominal cases. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 nov.)

Della Rovere (D.). Per la genesi del lipoma. (*Gazz. degli Osped.*, 23 nov.)

Dobrzyniecki (A. von). Beitrag zur Behandlung der Caries alveolaris specifica. (*Wien. med. Wochensch.*, 13 déc.)

Eastman (J. R.). Improved technic of amputation and treatment of the stump in appendectomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 oct.) — Technique perfectionnée de la résection de l'appendice et du traitement du pédicule.

Eisendrath (D. N.). Traumatic rupture of the abdominal viscera without external signs of injury. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 oct. et 1er nov.)

Ekehorn (G.). Zwei Fälle von Haargeschwulst im Magen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 3.) — Deux cas de tumeurs pileuses de l'estomac.

Ely (L. W.). A case of typhoid spine. (*Med. Record*, 20 déc.)

Fantino (G.). Nuovo contributo allo studio delle estese resezioni intestinali. (*Riforma med.*, 15, 16 et 17 déc.)

Féré (Ch.). L'hérédité des ganglions synoviaux. (*Rev. de chir.*, déc.)

Ferraresi Osservazioni su 8 casi di frattura della rotula e 4 casi di frattura dell'olecranon, trattati con il ravvicinamento e la fissazione dei frammenti per mezzo di un lembo tendineo. (*Policlinico*, partie chir., IX, 12.)

Fiske (J. P.). Notes on the treatment of Colles's fracture. (*Philadelphia Med. Journ.*, 4 oct.)

Fowler (G. R.). Shortening of the radius in Colles's fracture. (*Med. News*, 1er nov.) — Raccourcissement du radius dans la fracture de Colles.

Fränkel (F.). Ueber die Behandlung der Varicen der unteren Extremität durch Ausschälung nach Madelung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 3.)

Frazier (Ch. H.) et **Spiller** (W. G.). A further report upon the treatment of «tic douloureux» by division of the sensory root of the Gasserian ganglion. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 oct.)

Freeman (L.). The treatment of tubercular glands of the neck. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 déc.) — Traitement des adénites cervicales tuberculeuses.

Freiberg (A. H.). Wolff's law and the functional pathogenesis of deformity. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — La loi de Wolff et la pathogénie fonctionnelle des déformations osseuses.

Friedländer. Kreislaufverhältnisse und lokale Tuberkulose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 4.) — La circulation et la tuberculose locale.

Fuller (E.). Drainage of extravesical and extraperitoneal suppurations of the male pelvis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 oct.)

Girard (H.). Le chlorure d'éthyle en anesthésie générale. (*Rev. de chir.*, oct., nov. et déc.)

Giuliano (E.). Sopra un caso di cisti ematica della milza. (*Riforma med.*, 21, 22 et 23 nov.) — Kyste hématique de la rate.

Goelet (A. H.). Making and closing the median cœliotomy wound. (*Med. Record*, 11 oct.) — Un procédé d'incision et de suture abdominales pour éviter les hernies post-laparotomiques.

Gotard (H.). Rola chloroformu w przypadkach naglej smierci podczas operacyi. (*Gaz. lekarska*, 6 déc.) — Rôle du chloroforme dans les cas de mort subite pendant les opérations.

Gould (A. P.) et **Warren** (J. C.). The international text-book of surgery. 2e éd. 2 vol. In-8°, 2088 p. Londres.

Greenough (R. B.). The surgical treatment of cirrhosis of the liver, with a summary of reported cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — Traitement chirurgical de la cirrhose du foie.

Guiteras (R.). The diagnosis of surgical diseases of the kidney accompanied by pyuria. (*Med. Record*, 8 nov.) — Le diagnostic des affections chirurgicales du rein, accompagnées de pyurie.

Hall (J. B.). A new route for posterior gastrojejunostomy. (*Lancet*, 6 sept.)

Halstead (A. E.). Inflammation and perforation of Meckel's diverticulum as a cause of septic peritonitis, with a report of two cases of typhoid perforation of Meckel's diverticulum. (*Med. Record*, 29 nov.)

Heinatz (V.). Des récidives tardives du cancer (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 oct.)

Hildebrand. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie (7. Jahrgang, 1901). In-8°, 1292 p. Wiesbaden. — Compte rendu des travaux de chirurgie publiés en 1901.

Hints (A. de). Du mécanisme des luxations de l'humérus causées par action musculaire. (*Rev. de chir.*, déc.)

Huber (F.). The early diagnosis of intussusception. (*Med. News*, 29 nov.)

Kehr. Ein Rückblick auf 720 Gallensteinlaparotomien, unter besonderer Berücksichtigung von 90 Hepatikusdrainagen. (*Münch. med. Wochensch.*, 14, 21 et 28 oct.) — 720 laparotomies pour calculs biliaires avec 90 drainages du canal hépatique.

Kelly (H. A.). Under what circumstances is it advisable to remove the vermiform appendix when the abdomen is opened for other reasons? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 oct.) — Dans quelles circonstances doit-on réséquer l'appendice, l'abdomen ayant été ouvert en vue d'une autre opération?

Kirchheim (L.). Ueber die sogenannte diffuse, wahre Mammahypertrophie (Billroth) und ihr Verhältnis zum Fibrom. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 2.)

Koch (G.). Ueber Knochencysten in den langen Röhrenknochen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 4.) — Kystes osseux des os longs.

Köhler (A.). Mitteilungen aus der Unfall-Abteilung am Charité-Krankenhause zu Berlin. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVI.) — Le service des accidents à la Charité de Berlin, avec une série d'observations.

Küttner (H.). Das Operieren im Aetherrausch. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 3.) — L'opération dans l'ivresse éthérique.

OPHTALMOLOGIE

Aalbertsberg (G.). Neuritis optica door het gebruik van schildklier. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 nov.) — Névrite optique due à l'emploi des glandes thyroïdes.

Aubaret. Sarcome pseudo-pigmentaire de la choroïde; hémorrhagies profuses intra-oculaires et conjonctivales. (*Clinique ophtalmol. de Bordeaux*, nov.)

Chance (B. K.). Rare forms of localized posterior staphylomata in myopic eyes. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 déc.)

Dimmer (F.). Zur Photographie des Augenhintergrundes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 déc.) — Photographie du fond de l'œil.

Friedenwald (H.). The diagnostic importance of keratitis punctata interna (descemetitis). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 sept.)

Galtier. Amblyopie nicotinique. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bamberg. Ueber Elephantiasis vulvae chronica ulcerosa (syphilitica). (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 3.)

Bandel (R.). Ein Fall von Eierstocksschwangerschaft. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 3.) — Un cas de grossesse ovarique.

Bandler (S. W.). The most frequent form of vaginal hernia; its etiology and treatment. (*Med. Record*, 25 oct.)

Bonney (W. V.). Injurious renal mobility («nephrospasis») in relation to gynæcology, founded on the examination of 100 consecutive patients. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Curschmann (F.). Bietet der quere Fundalschnitt bei der Sectio caesarea (G. Fritsch) gegenüber dem Längsschnitt durch die Corpuswand Vorteile? (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août, oct. et nov.) — L'incision transverse du fond de l'utérus d'après le procédé de Fritsch, en vue de l'opération césarienne, offre-t-elle des avantages sur l'incision longitudinale de la paroi du corps utérin?

Dahlgren (K.). Kejsarsnitt under aortakompression. (*Hygiea*, déc.) — Opération césarienne avec compression de l'aorte.

Dumas. Hémorrhagie utérine de la ménopause. (*Echo méd. des Cévennes*, déc.)

Evelt (W.). 500 Chloroformnarkosen in der gynäkologischen Praxis. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 déc.)

Fellner (O.). Ueber den Blutdruck in Schwangerschaft und Geburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — De la pression sanguine pendant la grossesse et le travail.

Fieux (G.). Symphyséotomie d'urgence, pratiquée en ville. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 déc.)

Frankl (O.). Die Craniotomie und deren Technik im Hinblick auf die Privatpraxis. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 et 27 sept., 4, 11 et 18 oct.)

Gaubert et **Lambert.** Un cas de pelvi-péritonite suppurée consécutive à une salpingite ayant évolué chez une fille vierge avec les symptômes d'un abcès appendiculaire. (*Gaz. méd. de Nantes*, 6 déc.)

Gigli (L.). Valore semiologico delle cellule eosinofile nello stato di maternità. (*Clinica moderna*, 3 déc.)

Hahl (C.). Untersuchungen über das Verhältnis der weissen Blutkörperchen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbette. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 3.) — La proportion des globules blancs pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Hahn (W.). Ueber die Beziehungen zwischen Blasenerkrankungen und Myomen mit Rücksicht auf die Prognose derselben. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 oct.) — Rapports entre les affections de la vessie et les fibromes utérins, surtout au point de vue du pronostic de ces derniers.

Keiler (A.). Zur Behandlung des Aborts mit besonderer Berücksichtigung der Narkose. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — Traitement de l'avortement, surtout au point de vue de la narcose.

Keller. Erfahrungen über die schnelle Dilatation der Cervix nach Bossi. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 3.)

PÉDIATRIE

Abt (I. A.). Report of 90 cases of typhoid fever in infants and children. (*Med. News*, 1er nov.)

Bromwell (J. R.). Leukemia in childhood. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Camerer. Zur Physiologie des Säuglingsalters. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 4.) — Contribution à la physiologie du nourrisson.

Carr (J. W.). Contrasts between certain common diseases in children and adults. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

Carrière (G.). Sur un cas de cirrhose tuberculeuse hypertrophique et graisseuse du type Hanot-Lauth. (*Nord méd.*, 15 déc.)

Crothers (T. D.). The influence of alcoholic heredity in diseases of children. (*Med. News*, 29 nov.)

Decroly (O.). Les convulsions de l'enfance. (*Policlinique*, 1er déc.)

Dresler (K.). Beitrag zur Diagnose der Persistenz des Ductus arteriosus Botalli. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 5.)

Durante (D.). Forme cliniche di tetania infantile; il tremore nei bambini. (*Pediatria*, déc.)

Escher (C.). Zur Frage der angeborenen Rachitis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 4.) — Du rachitisme congénital.

Fischer. Ueber Urethritis gonorrhoica bei Kindern männlichen Geschlechts. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 nov.) — De l'uréthrite blennorrhagique chez les petits garçons.

Fuhrmann (E.). Beitrag zur Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 sept.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Braislin (W. C.). Indications for the performance of the mastoid operation. (*Med. News*, 27 déc.)

Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie. T. XVIII. In-8°, 523 p. avec fig.

Dench (E. B.). Various operative procedures for the relief of chronic suppurative otitis media, and their comparative value. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Donovan (J. A.). General remarks on nasal obstruction. (*Med. News*, 22 nov.)

Grunert. Ueber die neuen Angriffe gegen die Parazentese des Trommelfelles bei der Therapie der akuten Otitiden. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 oct.) — Les nouvelles objections contre la paracentèse de la membrane du tympan dans le traitement des otites aiguës.

Haller (P.). Ulcère malarique du larynx (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 oct.)

Kutvirt (O.). O kysliku v otiatrii. (*Casopis lékaru ceskych*, 1er nov.) — L'oxygène en otologie.

Massei (F.). Quando si deve estubare nel crup? (*Clinica moderna*, 10 déc.)

Politzer (A.). Text-book of diseases of the ear. (Trad. de l'allemand par M. J. Ballin et C. L. Heller.) 4e éd. In-8°, 900 p. avec fig. Londres. — Traité des maladies de l'oreille.

Radzych. Ueber die Anwendung des Nebennierenextracts in der Rhino-Laryngologie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 et 22 oct.) — Emploi de l'extrait surrénal en rhino-laryngologie.

Zimmermann (G.). Beiträge zur Mechanik des Hörens. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 déc.) — Sur le mécanisme de l'audition.

HYGIÈNE

Ascher. Was ist sociale Hygiene, und wie soll sie getrieben werden? (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 1.) — Qu'est-ce que l'hygiène sociale et comment doit-elle être réalisée?

Bamberger. Ueber die Septumperforation der Chromarbeiter. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 déc.) — Perforation de la cloison du nez chez les ouvriers des fabriques de chrome.

Berger (H.). Die Einleitung von Kaliindustrie-Abwässern in die Flüsse, besonders mit Berücksichtigung der Wasserversorgung grosser Städte. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 2.) — Le déversement dans les rivières des eaux résiduelles des fabriques de potasse, surtout au point de vue de l'approvisionnement en eau des grandes villes.

Böhm (R.). Zur Beurteilung der Borsäure und des Borax als Fleischkonservierungsmittel. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 déc.) — La valeur de l'acide borique et du borax en tant que moyen de conservation de la viande.

Finkler et **Lichtenfelt** (H.). Das Eiweiss in Hygiene und Wirtschaft der Ernährung. In-8°, 186 p. Bonn. — L'albumine dans l'hygiène de l'alimentation.

Flügge (C.). Grundriss der Hygiene. 5e éd. In-8°, 713 p. avec fig. Leipzig. — Précis d'hygiène.

Grixoni (G.). Su una pericolosa e poco nota alterazione delle carni conservate. (*Riforma med.*, 3 déc.)

Nicolas (A.). Sur une proposition de prophylaxie tuberculeuse. In-8°, 12 p. Angers.

Ogston (F.). A new danger to beer drinkers, from lead poisoning. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.) — La consommation de la bière comme cause d'intoxication saturnine.

Reichenbach (H.). Ueber den Einfluss der Farbe künstlicher Lichtquellen auf die Sehschärfe. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 2.) — Influence de la couleur des sources lumineuses artificielles sur l'acuité visuelle.

Reid (G.). Practical sanitation. 9e éd. In-8°, 358 p. Londres.

Schumburg. Ueber die Desinfectionskraft der heissen Luft. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 2.) — Le pouvoir désinfectant de l'air surchauffé.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Cecchetelli-Ippoliti (T.). Sopra un caso di entero-colite muco-membranosa curato col bleu di metilene. (*Gazz. degli Osped.*, 14 déc.)

Delafield (F.). The treatment of pleurisy with effusion. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

De Magistris (E.). Contributo alla cura delle cisti da echinococco del fegato, col metodo Baccelli. (*Policlinico*, 29 nov.)

Grandin (E. H.). The treatment of uremia (mixed toxemia). (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 sept.)

Guérin (E.). Traitement de la malaria par les injections hypodermiques de liqueur de Fowler. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Hare (H. A.). The employment of digitalis and aconite in the treatment of cardiac disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 sept.)

Harper (H.). Pure urea in the treatment of tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 18 oct.)

Hildreth (M.). Apocynum cannabinum in some dropsical conditions. (*Med. News*, 11 oct.)

Hunter (J. D.). The treatment of acute dysentery. (*Med. Record*, 8 nov.)

Kime (J. W.). The use of concentrated actinic sunlight in the treatment of tuberculosis. (*Med. Record*, 1er nov.) — Traitement de la tuberculose par la lumière solaire concentrée.

Lemoine (G.). Traitement de la dyspepsie hypochlorhydrique. (*Nord méd.*, 1er déc.)

Leo (H.). Ueber Säurebehandlung des Pruritus. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — Traitement du prurit par les acides.

Marais (H.). Traitement des céphalées persistantes et rebelles par la saignée. (*Année méd. de Caen*, sept.)

Montesano (V.). L'azione del nitrato d'argento nella vaginale del testicolo, leso ed infiammato ed infetto. (*Riforma med.*, 25 nov.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Begg (Ch.). Cataphoresis in the treatment of gout, rheumatism and rheumatoid arthritis. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Billinkin. Anesthésie par l'effluve de haute fréquence dans l'ablation des hémorrhoïdes procidentes et des condylomes hémorrhoïdaux. (*Arch. d'électricité méd.*, déc.)

Cipollina et **Maragliano** (V.). Sull'azione battericida dei raggi X. (*Gazz. degli Osped.*, 21 déc.)

Cleaves (Margaret A.). The Röntgen ray and ultra-violet light in the treatment of malignant diseases of the uterus, with report of an inoperable case. (*Med. Record*, 13 déc.)

Crombie (A.) et **Bokenham** (T. J.). The treatment of atonic dilatation of the stomach by means of high-frequency currents. (*Lancet*, 18 oct.)

Curatulo. Phototherapeutics as a new therapeutical agent in obstetrics and the diseases of women. (*Brit. Med. Journ.*, 11 oct.)

Delavan (D. B.). The results of treatment of laryngeal cancer by means of the X-ray. (*Med. Record*, 18 oct.)

Fittig. Einige mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle von Carcinom. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 20 déc.) — Quelques cas de cancer traités par la radiothérapie.

Jellinek (S.). Zur Klinik der durch atmosphärische und technische Elektrizität verursachten Gesundheitsstörungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 nov.) — Étude clinique des troubles occasionnés par l'électricité atmosphérique ou industrielle.

Kienböck (R.). Zur radiographischen Diagnose der Nierensteine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 déc.) — Diagnostic radiographique des calculs rénaux.

Rubel (M.). Death due to X-ray? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 nov.) — Un cas de mort due aux rayons de Röntgen (?).

Schürmayer (B.). Näheres über Entstehung, Vorkommen und Verhalten der Röntgenverbrennungen. (*Deutsche Praxis*, 25 oct.) — Les brûlures par les rayons de Röntgen.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Mannheimer (G.). Hydrotherapeutics in gastro-intestinal diseases. (*Med. Record*, 13 sept.)

Müller (O.). Ueber den Einfluss von Bädern und Douchen auf den Blutdruck beim Menschen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIV, 3-4.) — L'influence exercée par les bains et par les douches sur la pression sanguine.

Pick (C.). Kurzgefasste practische Hydrotherapie. In-8°, 188 p. Berlin.

Shellenberg (M.). Treatment of cerebral rheumatism by cold baths. (*Albany Med. Ann.*, déc.) — Traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids.

Tschlenoff (B.). Die Sitzbäder, deren physiologische Wirkung und die Indikationen für Anwendung derselben. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er nov.) — Les bains de siège.

Winternitz (W.) et **Tripold**. Einfluss kalter Seebäder auf die Körpertemperatur und Wärmeregulation. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, déc.) — Influence des bains de mer froids sur la chaleur du corps et sur la régulation de la température.

BACTÉRIOLOGIE

Charlton (G. A.). A study of chronic infection and subinfection by the colon bacillus. (*Journ. of Med. Research*, nov.)

Couratte-Arnaude (A.). Nouvelle méthode pour la recherche des bacilles de Koch dans les crachats. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 déc.)

Emmerling (O.). Die Zersetzung stickstofffreier organischer Substanzen durch Bakterien. In-8°, 141 p. avec fig. Brunswick. — La décomposition des substances organiques non azotées par des bactéries.

Eyre (J. H.). Elements of bacteriological technique. In-8°, 372 p. avec fig. Londres.

Favre (V.). Polymorphisme du bacille de la peste (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 oct. et 2 nov.)

Galli-Valerio (B.). Contribution to the study of B. pestis; its cultural and morphological characters and its relations with B. pseudo-tuberculosis rodentium. (*Brit. Med. Journ.*, 27 sept.)

Grassberger (R.) et **Schattenfroh** (A.). Ueber den Bazillus des malignen Oedems (vibrion septique). (*Münch. med. Wochensch.*, 23 sept.)

Kolle (W.) et **Otto** (R.). Die Differenzierung der Staphylokokken mittelst der Agglutination. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 3.)

Loy-Peluffo (G.). Sul potere patogeno che il bacterium coli esercita nel cane. (*Riforma med.*, 18 nov.)

Martini (E.) et **Lentz** (O.). Ueber die Differenzierung der Ruhrbacillen mittelst der Agglutination. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 3.) — La différenciation des bacilles de la dysenterie au moyen de l'agglutination.

23e ANNÉE. — N° 9. Vingt centimes le numéro. 4 MARS 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur E. Estor : Un nouveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale par occlusion partielle du canal inguinal et réduction de ses dimensions à celles du cordon spermatique........ 69

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — De l'origine hérédosyphilitique des maladies de Parrot et de Paget........ 71

Académie des sciences. — Sur la tuberculose de la diaphyse des grands os longs des membres et son traitement........ 71
Sur l'hyperplasie épithéliale et la transformation de l'épithélium en tissu conjonctif. 71

Société de chirurgie. — Traitement des fractures de la rotule........ 71

Société médicale des hôpitaux. — Colique de plomb et appendicite........ 72
Sur un cas d'intoxication mortelle par la colchicine à dose thérapeutique........ 72
Endocardite aiguë polymicrobienne........ 72
Paralysie faciale congénitale avec agénésie de l'oreille........ 72
Laryngotyphus ulcéreux........ 72

Société de biologie. — Sur un nouvel infusoire parasite de l'homme........ 72
Antagonisme entre l'ovaire et le corps thyroïde........ 72
Sur le degré de virulence des épanchements tuberculeux........ 72

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Du diagnostic des tumeurs osseuses..... 72
Sur la tuberculose par ingestion........ 73
Hernie obturatrice étranglée........ 73
Myiase cutanée mortelle........ 73

Académie de médecine de Belgique. — De la rapidité d'absorption des poisons par l'organisme........ 73
Le pronostic de la névrose traumatique.... 73
Sur la cure chirurgicale de la sinusite sphénoïdale chronique........ 73

Lettres d'Autriche. — Des différents modes de transmission héréditaire de la syphilis... 73
Spasme de nutation........ 73
Un cas de sarcomatose généralisée........ 73

Lettres d'Amérique. — Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire........ 74

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — L'attaque convulsive de toux hystérique 74
Action des sels de mercure sur le sang syphilitique; anémie syphilitique et résistance des hématies; hémolysimétrie..... 75

Publications allemandes. — Sur les conséquences des thyroïdectomies très étendues 75
De l'influence de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée sur le développement physique et intellectuel de l'enfant........ 75
Un cas de blessure par arme à feu des voies optiques centrales........ 76
Uréthroplastie, inspirée du procédé de Soubbotine, dans la pratique gynécologique... 76

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement de la gastrectasie atonique par l'extrait de substance médullaire de capsules surrénales.. 76
Un moyen pratique pour administrer aux enfants le sulfate de quinine........ 76

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Anémie syphilitique........ 75^1
Appendicite et colique de plomb........ 72^1
Chilodon dentatus dans l'intestin de l'homme 72^3
Colique de plomb et appendicite........ 72^1
Corps thyroïde et ovaire........ 72^3
Diarrhée à infusoire observée en France.... 72^3
Endocardite aiguë polymicrobienne........ 72^2
Epanchements tuberculeux et appréciation de leur virulence........ 72^3
Epithélium et sa transformation en tissu conjonctif........ 71^2
Extrait surrénal contre la gastrectasie atonique........ 76^3
Fractures de la rotule........ 71^3
Gastrectasie atonique........ 76^3
Hématies des syphilitiques et leur résistance 75^1
Hérédosyphilis........ 73^3
— comme cause des maladies de Parrot et de Paget........ 71^1
Hernie inguinale........ 69^1
— obturatrice étranglée........ 73^1
Hyperplasie épithéliale........ 71^2
Hypertrophie de l'amygdale pharyngée et développement physique et intellectuel de l'enfant........ 75^3
Hystérie et attaque de toux convulsive..... 74^3
Intoxication mortelle par la colchicine à dose thérapeutique........ 72^1
Laryngotyphus ulcéreux........ 72^2
Lithiase biliaire........ 74^1
Maladies de Parrot et de Paget et leur origine hérédosyphilitique........ 71^1
Mercure et son action sur le sang des syphilitiques........ 75^1
Myiase cutanée mortelle........ 73^1
Neurasthénie et attention........ 72^3
Névrose traumatique et son pronostic........ 73^2
Ovaire et corps thyroïde........ 72^3
Paralysie faciale congénitale avec agénésie de l'oreille........ 72^2
Poisons et leur absorption par l'organisme.. 73^2
Sarcomatose généralisée........ 73^3
Sinusite sphénoïdale chronique........ 73^2
Spasme de nutation........ 73^3
Sulfate de quinine et son administration aux enfants........ 76^3
Syphilis et sa transmission héréditaire...... 73^3
Thyroïdectomies très étendues et leurs conséquences........ 75^2
Toux convulsive hystérique........ 74^3
Traitement chirurgical de la lithiase biliaire. 74^1
— — de la sinusite sphénoïdale chronique. 73^2
Traitement de la gastrectasie atonique...... 76^3
— de la hernie inguinale........ 69^1
— de la tuberculose de la diaphyse des os longs........ 71^2
— des fractures de la rotule........ 71^3
Tuberculose de la diaphyse des grands os longs des membres........ 71^2
— par ingestion........ 73^1
Tumeurs osseuses et leur diagnostic........ 72^3
Uréthroplastie en gynécologie........ 76^2
Voies optiques centrales et leur lésion...... 76^1

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur Mercier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Max Lewandowsky (*physiologie*); Friedrich Umber (*médecine interne*); Theodor von Wasielewski (*hygiène*).

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Domenico Della Rovere est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Ernst Jendrassik, professeur extraordinaire de neurologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Vincenzo Tomaselli est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Max Stolz est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Ladislas Szymonowicz, professeur extraordinaire d'histologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Giuseppe Tricomi est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Maurizio Focacci est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Carlo Maurizio Belli est nommé privatdocent d'hygiène.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Raingeard, chirurgien des hôpitaux et ancien suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Bonamy, médecin en chef des hôpitaux de Nantes. — M. le docteur Juán Giné y Partagás, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Barcelone. — M. le docteur N. V. Solomka, privatdocent de diagnostic chirurgical à la Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur Herman Mynter, professeur de clinique chirurgicale à l'University of Buffalo Medical Department.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Basilévitch (M.). Les homologues de la substance embryonnaire et les dérivés de l'épithélium plat (en russe). In-8°, 32 p. Jitomir.

Bing (R.). Ueber angeborene Muskeldefecte. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 2.) — Sur l'absence congénitale de muscles.

Gentes et **Aubaret**. Connexions de la voie optique et du troisième ventricule. (*Clinique ophtalmol. de Bordeaux*, nov.)

Heitzmann (C.). Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen. 9e éd. T. Ier. In-8°, 283 p. avec fig. Vienne.

Langer (C. von) et **Toldt** (C.). Lehrbuch der systematischen und topographischen Anatomie. 7e éd. In-8°, 870 p. avec fig. Vienne. — Traité d'anatomie descriptive et topographique.

Luzzatto (A. M.). Ueber Ergebnisse der Nervenzellenfärbung in unfixirtem Zustande. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 déc.) — Sur les résultats de la coloration des cellules nerveuses non fixées.

Mann (G.). Physiological histology; methods and theory. In-8°, 506 p. Londres.

Prenant (A.). La matière vivante et la vie. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 nov. et 1er déc.)

Rasch. Zur Histologie des elastischen Knorpels. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 déc.) — Histologie du cartilage élastique.

Schreiber (L.). Ueber ein bequemes Objekt zum Studium der Mastzellen (Clasmatocyten). (*Münch. med. Wochensch.*, 16 déc.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Basilévitch (M.). Mélanome dans la série des néoplasmes malins du type glandulaire (en russe). In-8°, 26 p. Jitomir.

Koulioch (G.). Néoplasmes malins de la capsule surrénale et leurs rapports avec la maladie d'Addison (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9, 16 et 23 nov.)

Lubarsch (O.). Pathologische Anatomie und Krebsforschung. In-8°, 61 p. Wiesbaden. — L'anatomie pathologique et l'étude du cancer.

Maximow. Experimentelle Untersuchungen über die entzündliche Neubildung von Bindegewebe. In-8°, 262 p. avec fig. Iéna. — La néoformation inflammatoire du tissu conjonctif.

Prince (M.). Osteitis deformans and hyperostosis cranii, a contribution to their pathology, with report of cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Regolo (R.). Le cellule dei vizi cardiaci (Herzfehlerzellen). (*Gazz. degli Osped.*, 23 nov.)

Ribbert (H.). Lehrbuch der speciellen Pathologie und der speciellen pathologischen Anatomie. In-8°, 802 p. avec fig. Leipzig.

Tabusso (E.). Contributo allo studio delle lesioni istologiche nel vaiuolo ovino. (*Riforma med.*, 13 déc.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bensen (W.). Beitrag zur Kenntnis der Organveränderungen nach Schilddrüsen-Exstirpation bei Kaninchen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 2.) — Contribution à l'étude des altérations des organes, consécutives à la thyroïdectomie chez les lapins.

Boeri (G.). Sul siero neurotossico. (*Gazz. degli Osped.*, 30 nov.)

Denison (Ch.). Remarks on intrathoracic pressure, with the illustration of the author's method of lung immobilization. (*Med. News*, 25 oct.)

Edmunds (W.). Further observations on the thyroid gland. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, sept.)

Gay (F. P.). Vaccination and serum therapy against the bacillus of dysentery. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov.)

Mayer (P.). Experimentelle Untersuchungen über Kohlenhydratsäuren. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 1-2.) — Recherches expérimentales sur l'acide glycuronique, l'acide glycoxnique et l'acide oxalique.

Schultz (W.). Ueber Ovarienverpflanzung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Sur la transplantation des ovaires.

Winkler (F.). Beiträge zur experimentellen Pathologie. In-8°, 100 p. avec fig. Vienne.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Hahn (M.) et **Trommsdorff** (R.). Zur hämolytischen Wirkung des normalen Menschenserums. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 sept.) — L'action hémolytique du sérum sanguin normal.

Halpern (M.). O własnosciach hemolitycznych surowicy ludzkiej. (*Gaz. lekarska*, 25 oct., 1er, 8 et 15 nov.) — Les propriétés hémolytiques du sérum sanguin de l'homme.

Hamburger (F.). Zur Frage der Immunisierung gegen Eiweiss. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 nov.) — Immunisation à l'égard de l'albumine.

Kraus (R.), **Keller** (E.) et **Clairmont** (P.). Ueber das Verhalten des Lyssavirus im Centralnervensystem empfänglicher, natürlich immuner und immunisirter Tiere. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 3.) — Sur le sort du virus rabique dans le système nerveux central des animaux en état de réceptivité et des animaux possédant une immunité naturelle ou acquise.

Landau (H.). Studya nad hemoliza. (*Gaz. lekarska*, 18 oct.)

Landsteiner (K.). Ueber Serumagglutinine. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 nov.)

Longcope (W. T.). Study of the bacteriolytic serum-complements in disease, a contribution to our knowledge of terminal and other infections. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov.)

McMasters (D. M.). Is disease transmitted to man through meat and milk? (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 oct.) — Les maladies sont-elles transmissibles à l'homme par la viande et par le lait?

Metchnikoff (E.). Etudes biologiques sur la vieillesse (2e mémoire) [en collaboration avec MM. Mesnil et Weinberg]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Mitulescu (J.). Beiträge zum Studium des Stoffwechsels in der chronischen Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3, 10, 17 et 24 nov.) — Les échanges intra-organiques dans la tuberculose chronique.

MÉDECINE

Consalvi (L.). Contributo di osservazioni cliniche sulla polmonite fibrinosa acuta e specialmente sul salasso nella sua cura. In-8°, 87 p. Naples. — La saignée dans le traitement de la pneumonie fibrineuse aiguë.

Hoover (C. F.). The origin of the vesicular respiratory sound. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 sept.)

Jancsó (N.). Beiträge zur diagnostischen Bedeutung der Lumbalpunction. (*Pest. med.-chir. Presse*, 21 et 28 déc.)

Jones (R. L.). Reflexes; their relation to diagnosis in rheumatoid arthritis. (*Lancet*, 27 déc.)

Judson (J. E.). Tape-worms as a possible cause of diabetes. (*Lancet*, 8 nov.) — Tænias comme cause possible du diabète.

Kelly (A. J.). The diagnosis of chronic indurative or interstitial nephritis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 oct.)

Kinnicutt (F. P.). Pancreatic lithiasis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Kose (O.). O cytodiagnostice exsudátu. (*Sborník klinický*, IV, 2.)

Koziczkowsky (E. von). Ueber den klinischen Wert der Ehrlich'schen Dimethylamidobenzaldehydreaction. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 nov.)

Kühn (A.). Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytenwerte bei Typhus abdominalis und bei chirurgischen Eiterungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 et 16 déc.) — La signification diagnostique de la numération des leucocytes dans la fièvre typhoïde et dans les suppurations chirurgicales.

Leo (H.). Zur Kenntnis des Fettumsatzes im Organismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 déc.) — Les échanges de la graisse dans l'organisme.

Levachov (S.). Sur les diverses formes de la maladie de Werlhof et sur une de ses variétés caractérisée par une évolution suraiguë, par des hémorrhagies très abondantes et par une altération consécutive *sui generis* du sang (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 août et 7 sept.)

Lewinson (M.). Zur Lehre von der atonischen Erweiterung der Speiseröhre. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 et 24 nov.) — Dilatation atonique de l'œsophage.

Leyden (E. von) et **Pfeiffer** (E.). Verhandlungen des 20. Congresses für innere Medicin, gehalten zu Wiesbaden, vom 15.-18. April 1902. In-8°, LVIII-608 p. avec fig. Wiesbaden. — Compte rendu du vingtième Congrès de médecine interne, tenu à Wiesbaden en 1902.

McRae (F. W.). Abscess of the lung following acute lobar pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 sept.) — Abcès du poumon consécutif à la pneumonie lobaire aiguë.

Mendel (F.). Das acute circumscripte Oedem. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er déc.)

Meyer (E.). Glykosurie und Tabes. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 sept.)

Noorden (C. von). Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. (*Wien. med. Presse*, 5 oct.)

Nothnagel. Encyclopædia of practical medicine. Vol. IV: Diseases of bronchi, pleura, and pneumonia. (Trad. de l'allemand par J. H. Musser.) In-8°, 1030 p. avec fig. Londres.

Obrastzow (W.). Ueber die Palpation des Pylorus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 oct.)

Osler (W.). On splenic anæmia; second paper. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Parisot (P.) et **Hoche** (L.). De l'endocardite aiguë rhumatismale chez le vieillard. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.)

Peiser (E.). Ueber Pancreasnecrose. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 12 et 15 nov.)

Penzoldt (F.) et **Stintzing** (R.). Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 3e éd. T. III. In-8°, 789 p. avec fig. Iéna. — Manuel de thérapeutique des maladies internes.

Phear (A. G.). The clinical associations of reduplicated first sound. (*Lancet*, 6 déc.) — Le dédoublement du premier bruit au point de vue clinique.

Pittarelli (E.). Un altro più rapido processo volumetrico per determinare il potere riducente dell'orina e degli altri liquidi organici. (*Gazz. degli Osped.*, 7 déc.)

Polidoro (L.). Anuria senza uremia. (*Gazz. degli Osped.*, 28 déc.)

Popow (L.). Ueber relative temporäre Insufficienz der Semilunarklappen der Aorta. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 22 et 29 nov. et 5 déc.)

Poynton (F. J.) et **Paine** (A.). Observations upon certain forms of arthritis. (*Brit. Med. Journ.*, 1er nov.)

Riesman (D.). Uremic aphasia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 oct.)

Rolleston (H. D.). Persistent hereditary œdema of the lower limbs. (*Lancet*, 20 sept.) — Œdème héréditaire persistant des extrémités inférieures.

MALADIES INFECTIEUSES

Gabbi (U.). Febbre tifoide e pseudo-tifoide. In-8°, 44 p. Messine.

Jacob (P.) et **Pannwitz** (G.). Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberkulose. 2. Band: Bekämpfung der Lungentuberkulose. In-8°, 457 p. Leipzig. — La lutte contre la tuberculose pulmonaire.

Metschnikoff (E.). Immunität bei Infektionskrankheiten. (Trad. du français par J. Meyer.) In-8°, 456 p. avec fig. Iéna.

Moscato (P.). Sulle osteopatie palustri. In-8°, 52 p. Girgenti.

Rafferty (H. N.). The etiology of relapse in typhoid fever. (*Med. Record*, 27 déc.)

Robertson (W. E.). The diet in typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 15 nov.)

Rogers (L.). Note on the diagnostic and prognostic value of the leucocyte variations in asiatic cholera. (*Lancet*, 6 sept.)

Sanfelice (F.) et **Malato** (V. E.). Studien über Pocken. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 2-3.) — Recherches sur la variole.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bernhardt (M.). Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. 2e éd. 1re partie. In-8°, 545 p. avec fig. Vienne. — Les affections des nerfs périphériques.

Hösel. Ueber secundäre Degeneration und Atrophie im Hirnschenkelfuss und Schleifenfeld nach einem Herd in der Insel und dem Fuss der unteren Stirnwindung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 2.) — Dégénérescence secondaire et atrophie du pied du pédoncule cérébral et du ruban de Reil, consécutives à un foyer au niveau de l'insula de Reil et du pied de la troisième circonvolution frontale.

Hösslin (R. von). Zum Nachweis der Simulation bei Hysterischen und Unfallskranken. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 sept.) — Sur le diagnostic de la simulation chez les hystériques et chez les sinistrés.

Kahn (S. G.). Monoplegia disturbances of sensibility in cortical paralysis. (*Med. Record*, 22 nov.)

Kattwinkel (W.). Ueber aquirirte combinirte Strangsclerosen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 1-2.) — Scléroses combinées acquises des cordons médullaires.

Kedzior (W.) et **Zanietowski** (J.). Przyczynek do nauki o chorobie Basedow'a. (*Gaz. lekarska*, 27 sept.) — De la maladie de Basedow.

Kräpelin (E.). Die Diagnose der Neurasthenie. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 oct.)

Löwenthal. Ueber die objectiven Symptome der Neurasthenie. (*Wien. med. Presse*, 19 oct.)

Mendel (E.) et **Jacobsohn** (L.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie (5. Jahrgang, 1901). In-8°, 1104 p. Berlin. — Compte rendu des travaux de neurologie et de psychiatrie publiés en 1901.

Mills (Ch. K.). A new scheme of the zones and centers of the human cerebrum, with remarks on cerebral localization, especially with reference to osteoplastic operations for brain tumors. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 oct.)

Mircoli (S.). Le coree studiati dai moderni punti di vista. (*Gazz. degli Osped.*, 23 nov. et 14 déc.)

Münzer (E.). Giebt es eine autogenetische Regeneration der Nervenfasern? Ein Beitrag zur Lehre vom Neuron. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.) — Existe-t-il une régénération autogène des fibres nerveuses?

Muskens. Studien über segmentale Schmerzgefühlsstörungen an Tabetischen und Epileptischen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 2.) — Troubles segmentaires de la sensibilité à la douleur chez les tabétiques et chez les épileptiques.

Oppenheim (H.). Die Geschwülste des Gehirns. 2e éd. In-8°, 347 p. avec fig. Vienne. — Les tumeurs du cerveau.

Piltz (J.). Die paradoxe Pupillenreaction und eigene Beobachtung von Verengerung der Pupillen bei Beschattung der Augen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct., 1er et 16 nov.) — Réaction paradoxale des pupilles à la lumière.

Schaffer (K.). Beitrag zur Localisation der cerebralen Hemianästhesie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bovero (R.). Lupus erythematodes. In-8°, 106 p. Turin.

Richter (E.). Zur Alopecia areata, ein klinischer Beitrag. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 déc.)

Schamberg (J. F.). Report of four cases of syphilis mistaken for smallpox, with remarks on the differential diagnosis of these two diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 nov.) — Quatre cas de syphilis pris pour des cas de variole; diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Schütz (J.). Nævusbilder und- Betrachtungen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 1.)

Secchi (T.). Osservazioni istologiche sui granulomi infettivi : lepra. (*Riforma med.*, 23, 24 et 25 oct.)

Selenew (I.). Ueber den Einfluss der Gonorrhoe auf das Nervensystem. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 10.) — L'influence de la blennorrhagie sur le système nerveux.

Sequeira (J. H.) et **Balean** (H.). Lupus erythematosus; a clinical study of 71 cases. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.)

Silva (G.). Sulla cura della tubercolosi ulcerosa cutanea. (*Riforma med.*, 29 nov.)

Stockton (Ch. G.). Syphilis of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 nov.) — Syphilis hépatique.

PARASITOLOGIE

Dönitz (W.). Beiträge zur Kenntnis der Anopheles. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 1.)

Grünberger (V.). Beitrag zum Studium der Anchylostomiasis. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 déc.)

Schüffner (W.). Die Beziehungen der Malariaparasiten zu Mensch und Mücke an der Ostküste Sumatras. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 1.) — Les parasites de la malaria dans leurs rapports avec l'homme et les moustiques sur la côte orientale de Sumatra.

Sergent (Edmond et Etienne). Observations sur les anopheles de la banlieue de Paris. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Smith (A. J.). Notes upon several unusual larval insects occurring as parasites in man. (*Med. News*, 6 déc.)

Ziemann (H.). Tse-tse-Krankheit in Togo (West-Afrika). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 oct.)

CHIRURGIE

Boari (A.). Pilorectomia e resezione gastrica estesa al secondo processo di Billroth. In-8°, 26 p. Pescia.

Fick (W.). Ueber die chirurgische Therapie des Ulcus ventriculi. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 1er et 8 nov.)

Koudriachov (A.). Phlegmon ligneux du cou (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 nov.)

La Garde (L. A.). Gunshot wounds of the chest and abdomen from a military standpoint. (*Med. News*, 15 nov.) — Les blessures par armes à feu du thorax et de l'abdomen au point de vue militaire.

Landerer (A.). Die operative Behandlung der Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 nov.) — Traitement opératoire de la tuberculose pulmonaire.

Laplace (E.). Anomalies of appendicitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 déc.)

Lejars (F.). Technik dringlicher Operationen. (Trad. du français par H. Strehl.) 3 vol. In-8°, 1083 p. avec fig. Iéna. — Traité de chirurgie d'urgence.

Lengemann. Die Erkrankungen der regionären Lymphdrüsen beim Krebs der Pars pylorica des Magens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 2.) — Les adénopathies dans les cas de cancer de la portion pylorique de l'estomac.

Longridge (C. N.). Value of blood-counts in abdominal diseases. (*Brit. Med. Journ.*, 8 nov.) — La valeur de la numération des globules du sang dans les affections abdominales.

Lorenz (H.). Zur Frage der Wachstumsstörungen und Gelenksdeformitäten infolge von traumatischen Epiphysentrennungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 déc.) — Troubles de croissance et difformités articulaires consécutifs aux décollements traumatiques des épiphyses.

Magnus. Der operative Ersatz des gelähmten Quadriceps femoris. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 oct.) — Traitement opératoire de la paralysie du quadriceps fémoral.

Margarucci (O.). Sull'angioma primitivo dei muscoli volontari. (*Policlinico*, partie chir., IX, 12.)

Mayo (W. J.). The surgical aspects of pancreatitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 oct.)

McWilliams (C. A.). Wandering kidney and the results of operation. (*Med. News*, 4 oct.) — Le rein mobile et les résultats de son traitement opératoire.

Metcalf (W. F.). Surgical treatment of hemorrhoids. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 sept.)

Miclescu. Kritische Beiträge zur Diagnose und chirurgischen Therapie der typhösen Darmperforation und Perforationsperitonitis. (*Therap. Monatsh.*, nov. et déc.).

Mikulicz (von). A contribution to the treatment of fractured patella. (*Brit. Med. Journ.*, 13 déc.)

Miller (H. T.). Dulness in appendicitis. (*Med. Record*, 18 oct.) — Matité dans l'appendicite.

Mills (Ch. K.). The surgery of brain tumors from the point of view of the neurologist, with notes of a recent case. (*Philadelphia Med. Journ.*, 29 nov.) — La chirurgie des tumeurs du cerveau.

Moser (E.). Ueber parenchymatöse Magenblutungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 nov.) — Des gastrorrhagies parenchymateuses.

Murphy (J. B.) et **Neff** (J. M.). Excision of the Gasserian ganglion, with report of 10 cases operated upon by the Hartley-Krause method. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 et 18 oct.)

Nicoll (J. H.). The radical cure of femoral hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 8 nov.)

Nigrisoli (B.). Sulle resezioni estese dell'intestino. (*Nuovo raccoglitore med.*, nov.)

Ohmann-Dumesnil (A. H.). The rôle of syphilis as a causative factor in the production of pyorrhea alveolaris. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 nov.)

Parker (R.). Experiences in the extirpation of tuberculous lymph glands during the last 30 years. (*Brit. Med. Journ.*, 25 oct.)

Payr (E.). Beiträge zur Frage der Frühoperation bei Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 2.)

Pellegrino (P. L.). Contributo alla casistica di neurofibromi multipli. (*Gazz. degli Osped.*, 30 nov.)

Peugniez (P.). Cure radicale d'un cancer du rectum. (*Gaz. méd. de Picardie*, déc.)

Pozzan. Contributo alla chirurgia dei tumori sacrococcigei. (*Gazz. degli Osped.*, 23 nov.)

Quénu (E.) et **Duval** (P.). L'ulcère simple du gros intestin. (*Rev. de chir.*, nov. et déc.)

Raybaud (A.). A propos des accidents du travail; l'aggravation volontaire des blessures. (*Marseille méd.*, 15 déc.)

Reiner (M.). Ueber ein Operationsverfahren zur Beseitigung hochgradiger Unterschenkelverkrümmungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 déc.) — Un procédé de traitement opératoire des incurvations très prononcées des jambes.

Rochelt (E.). Beiträge zur Lungenchirurgie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 déc.) — Contribution à la chirurgie pulmonaire.

Rosé (F.). Traitement opératoire du cancer du pylore (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 22.)

Ross (J. W.). The surgical treatment of gallstones. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 déc.) — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire.

Ruth (C. E.). Anatomic treatment of fractures of the femoral neck. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 nov.)

Samter (O.). Ueber den Wundverlauf nach Bruchoperationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 2.) — L'évolution de la plaie après la cure radicale de hernies.

Schäfer (F.). Die offenen Milzwunden und die transpleurale Laparotomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 3.) — Les plaies ouvertes de la rate et la laparotomie transpleurale.

Schanz (A.). Ueber das Skoliosenredressement. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er déc.)

UROLOGIE

Andrews (E. W.). Infrapubic section for prostatectomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 oct.)

Bissell (J. B.). The diagnosis and treatment of tubercular cystitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 sept.)

Elliesen. Ein Fall von Verdoppelung eines Ureters mit cystenartiger Vorwölbung des einen derselben in die Blase. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 3.) — Uretère double avec formation cystiforme faisant saillie dans la vessie.

Greene (R. H.). Strictures of the male urethra. (*Med. News*, 25 oct.)

Hirt (W.). Ueber nervöse Irradiationen im Gebiete der Harnorgane; Beiträge zur Diagnostik. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 oct.) — Irradiations nerveuses dans le domaine des organes urinaires.

Hofmann (C.). Zur Frage der Blasennaht nach Sectio alta. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 oct.) — Contribution à l'étude de la suture de la vessie après la taille sus-pubienne.

Keyes (E. L.). The symptoms of prostatic hypertrophy, their cause and their relief. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 déc.)

Lange (M.). Ueber die sogenannten Carunkeln der weiblichen Urethra. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 1.)

Matzenauer (R.). Periurethrale Infiltrate und Abszesse beim Weibe; chronisch gonorrhoische Induration der weiblichen Harnröhre. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 nov.) — Infiltrations, abcès péri-uréthraux et induration blennorrhagique chronique de l'urèthre chez la femme.

Michalski (J.). Ueber Hydronephrosis intermittens. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXV, 1, 2 et 3.)

Montfort (A.). Un traitement de la cystite tuberculeuse. (*Gaz. méd. de Nantes*, 6 déc.)

Moullin (C. M.). The present position of the treatment of enlargement of the prostate. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

OPHTALMOLOGIE

Gonella (G.). Sulla congiuntivite subacuta da diplobacillo di Morax-Axenfeld, con osservazioni sul tracoma. In-8°, 61 p. Turin.

Liebreich (R.). Zur Behandlung der Kurzsichtigkeit. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — Traitement de la myopie.

Michel (J. von). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (32. Jahrgang, 1901). 1re partie. In-8°, 400 p. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1901.

Posey (W. C.). Associated movements of head and eyes. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 nov.) — Mouvements associés de la tête et des yeux.

Randolph (R. L.). The rôle of the toxins in inflammations of the eye. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Riolacci. Cysticerque sous-conjonctival. (*Loire méd.*, nov.)

Risley (S. D.). The genesis and treatment of the myopic eye. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 nov.)

Schweinitz (G. E. de). Concerning the symptomatology and etiology of certain types of uveitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 sept.)

Wilder (W. H.). Pathology of uveitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 oct.)

Woodruff (Th. A.). The treatment of certain non-specific lesions of the uveal tract with pilocarpin and sweat baths. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 oct.) — Traitement de certaines lésions non spécifiques du tractus uvéal par la pilocarpine et les bains sudorifiques.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

De Maldé (M.). Osservazioni e ricerche sul sistema digerente in gravidanza, specialmente in rapporto al vomito incoercibile. In-8°, 24 p. Varese.

Jägerroos (B. H.). Studien über den Eiweiss-, Phosphor- und Salzumsatz während der Gravidität. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 3.) — Recherches sur les échanges de l'albumine, du phosphore et des sels pendant la grossesse.

Jardine (R.). The use of potassium chlorate in the treatment of cases of habitual death of the fetus in the later months of pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 11 oct.) — Le chlorate de potasse dans les cas de mort habituelle du fœtus au cours des derniers mois de la grossesse.

Kermauner (F.). Schwangerschaft und Geburtskomplikationen bei Atresie und Stenose der Scheide. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov. et déc.) — Grossesse et complications de l'accouchement en cas d'atrésie et de sténose du vagin.

Knapp (L.). Zum « accouchement forcé » mittels Metalldilatatoren. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 nov.)

Kober (K.). Zur Frage der Uterusruptur in frühen Monaten der Schwangerschaft. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 sept.) — Rupture de l'utérus au cours des premiers mois de la grossesse.

Lederer (O.). Ueber die forcirte Erweiterung des Muttermundes mittelst des Dilatatorium von Bossi. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 3.) — La dilatation forcée du col utérin au moyen du dilatateur de Bossi.

Lewers (A. N.). Cancer of the uterus. In-8°, 342 p. avec fig. Londres.

Lewis (M. J.) et **Le Conte** (R.). Infection of ovarian cysts during typhoid fever; report of 2 cases; operation; relapse; recovery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Minkévitch (G.). Un nouveau procédé de traitement de la mort apparente du nouveau-né (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 oct.)

Müller (A.). Zur Casuistik der Positio verticalis (Mittelscheitellage Kehrer's). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Murray (R. A.). The treatment of placenta previa; is cesarean section justifiable? (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 nov.)

Nagel (W.). Operative Geburtshülfe. In-8°, 367 p. avec fig. Berlin. — Obstétrique opératoire.

Nägeli-Aakerblom (H.). Die Geminität in ihren erblichen (?) Beziehungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 1 et 2.) — Les grossesses gémellaires dans leurs rapports avec l'hérédité.

Nicholson (H. O.). Puerperal eclampsia in the light of thyroid inadequacy and its treatment by thyroid extract. (*Brit. Med. Journ.*, 11 oct.)

Olshausen. Impfmetastasen der Carcinome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 oct.) — Métastases cancéreuses par inoculation [opératoire].

PÉDIATRIE

Biedert (Ph.) et **Fischl** (R.). Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 12e éd. In-8°, 819 p. avec fig. Stuttgart. — Traité des maladies des enfants.

Griffith (J. C.) et **Ostheimer** (M.). Typhoid fever in children of two and a half years and under. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Fièvre typhoïde chez les enfants de deux ans et demi ou au-dessous de cet âge.

Hagenbach-Burckhardt (E.). Die Barlow'sche Krankheit in der Schweiz. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.) — La maladie de Barlow en Suisse.

Hecker (Th. von). Ueber die Functionen des kindlichen Magens bei Verdauungskrankheiten. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 5 et 6.) — Fonctionnement de l'estomac dans les maladies du tube digestif chez les enfants.

Hohlfeld. Zur tuberkulösen Lungenphthise im Säuglingsalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 nov.) — La phtisie chez les nourrissons.

Kuhn (F.). Die pernasale Tubage. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 sept.)

Leiner (K.). Ueber die sogenannten scarlatiniformen Serumexantheme bei Diphtherie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 oct.)

Luithlen (F.). Die Zellgewebsverhärtungen der Neugeborenen (Scleroma oedematosum adiposum und Sclerodermie). In-8°, 78 p. Vienne.

Peters (R.). 71 cas de tétanie infantile avec 6 examens anatomo-pathologiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 et 21 sept., 5 et 19 oct.)

Sill (E. M.). Pasteurized and sterilized milk as a cause of rickets and scurvy. (*Med. Record*, 27 déc.) — Le lait pasteurisé ou stérilisé comme cause du rachitisme et du scorbut infantile.

Snow (I. M.). Diphtheria with persistent trismus and opisthotonos; Escherich's pseudotetanus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Zuppinger. Ueber subkutane Gelatineinjektionen im Kindesalter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 déc.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Richardson (Ch.). Keratosis of the pharynx. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Royce (R. S.). Temporary modified intubation of the larynx, as an aid and safeguard in operations in the mouth and pharynx. (*Yale Med. Journ.*, nov.)

Stoker (G.). Ozone in chronic middle-ear deafness. (*Lancet*, 1er nov.) — L'ozone dans le traitement du catarrhe chronique sec de l'oreille moyenne.

Swain (H.). Acute general infections originating in the lymphoid tissue of the upper respiratory tract; symptoms and treatment. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 déc.)

Zwillinger (H.). Klinisch-histologische Bemerkungen zur Diagnose gewisser Formen epipharyngealer Sarcome (Initialstadien). (*Wien. med. Wochensch.*, 18 et 25 oct.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Albu (A.). Die vegetarische Diät. In-8°, 170 p. Leipzig.

Campanella (G.). Manuale di materia medica, con riguardo alla suggestione, alla sieroterapia e ai nuovi rimedi. In-8°, 185 p. Catane.

Mari (M.). Della silice e del silicato sodico; lavoro sperimentale. In-8°, 41 p. Cosenza.

Masaïev (P.). Traitement de la dysenterie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, nov.)

Menzer. Serumbehandlung bei acutem und chronischem Gelenkrheumatismus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 1-2.) — Sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu et chronique.

Moore (J. T.) et **Allison** (W. L.). A comparative study of the value of methylene blue and quinine in the treatment of malarial fever. (*Med. News*, 6 déc.)

Ostermaier (P.). Zur Darmwirkung des Atropins. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 sept.) — Action de l'atropine sur l'intestin.

Pearson (S. V.). Pure urea in the treatment of chronic pulmonary tuberculosis, with a note on the action of urea. (*Lancet*, 22 nov.)

Pelzl (O.). Die Pilocarpinbehandlung der croupösen Pneumonie. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 nov. et 6 déc.)

Pospiélov (P.). Un procédé simplifié de traitement des pleurésies chroniques avec épanchement (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, nov.)

Préobrajensky (P.). Traitement de certaines formes de chorée par le sérum antistreptococcique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 21.)

Presch (B.). Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. 1er fasc. In-8°, 96 p. Wurtzbourg.

Raïevsky (K.). Traitement de la dysenterie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, nov.)

BACTÉRIOLOGIE

Cimmino (R.). Avviamento allo studio dei microrganismi. In-8°, 208 p. Naples.

Memmi (G.). Ricerche bacteriologiche in un caso di angiocolite suppurativa di calcolosi epatica complicata da pneumonite eberthiana. (*Gazz. degli Osped.*, 7 déc.)

Meyer (F.). Zur Einheit der Streptokokken. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 oct.) — De l'unicité des streptocoques.

Muir (R.) et **Ritchie** (J.). Manual of bacteriology. 3e éd. In-8°, 568 p. avec fig. Londres.

Otto (R.). Ueber den Einfluss der Tierpassagen auf die Virulenz der Pestbacillen für die verschiedenen Tierarten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 3.) — Influence des passages par l'organisme animal sur la virulence des bacilles de la peste pour les diverses espèces animales.

Schwoner (J.). Ueber die Differenzierung der Diphtheriebazillen von den Pseudodiphtheriebazillen durch Agglutination. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 nov.)

Shiga (K.). Weitere Studien über den Dysenteriebacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 2.)

Silberschmidt (W.). Bakteriologisches über einige Fälle von « gangrène foudroyante », von Phlegmone und von Tetanus beim Menschen; ein Beitrag zur Kenntnis der pathogenen Anaëroben. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 3.)

Smith (J. L.) et **Tennant** (J.). On the growth of bacteria in the intestine. (*Brit. Med. Journ.*, 27 déc.)

Tissier (H.) et **Martelly**. Recherches sur la putréfaction de la viande de boucherie. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Trambusti (A.). Ricerche batteriologiche in 6 nuovi casi di noma. (*Policlinico*, partie méd., IX, 10.)

23e ANNÉE.— No 10. Vingt centimes le numéro. 11 MARS 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

RÉPERTOIRE CLINIQUE. — L'œdème dur traumatique du dos de la main, par M. le docteur L. Cheinisse 77

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine*. — Des essences reconnues dangereuses dont la fabrication et la vente doivent être proscrites ou réglementées 78
Des adénopathies de l'aisselle au début de la tuberculose pulmonaire 78

Société de chirurgie. — Traitement des luxations anciennes du coude 78
De la prostatectomie 78
Des microorganismes de l'air 78
Thrombophlébite du sinus latéral consécutive à une otite aiguë 79

Société médicale des hôpitaux. — Dysostose cléido-crânienne 79
Cholécystite suppurée ayant simulé les vomissements de la grossesse et s'étant terminée par le syndrome de la méningite cérébro-spinale 79
Hémiplégie hystérique avec contracture 79

Société de dermatologie et syphiligraphie. — Accidents dysentériformes provoqués par des injections intraveineuses de cyanure de mercure 79
Evolution terminale et autopsie d'un mycosis fongoïde 79
Folliculite suppurée à gonocoques sans uréthrite blennorrhagique 79
Précocité de l'apparition de la roséole dans les cas de chancre de la lèvre 79

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise*. — Sur l'étiologie du pied bot 79
Un cas de pseudo-hermaphrodisme 79
Oblitération de l'uretère chez un individu n'ayant qu'un seul rein 79
Du diagnostic des tumeurs osseuses 79

Société de médecine interne de Berlin. — Le pronostic des arythmies 80
Urticaire causée par l'ingestion d'œufs 80
Anémie pernicieuse bothriocéphalique mortelle 80

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises*. — Du pronostic des troubles visuels d'origine électrique 80
De l'ablation esthétique des kystes de l'ovaire 80
Un cas d'iritis ourlienne double 81

Publications allemandes. — De la névrite périphérique, cause essentielle des paralysies laryngées dans le tabes 81
L'hypertrophie du thymus dans ses rapports avec la mort subite 81
Sur la cécité hystérique 81
Des métastases osseuses dans les tumeurs du corps thyroïde 82
Des microorganismes du vagin chez les femmes enceintes 82

Publications italiennes. — Contribution clinique et anatomique à l'étude de la tuberculose nodulaire de la verge 82
Myoclonus des muscles de la déglutition avec dysphagie 82
Contribution à la casuistique de la septicémie diplococcique 83

Publications russes. — De l'alimentation des malades atteints de néphrite par des viandes blanches ou noires 83
Un nouveau procédé de traitement du choléra asiatique 83
Un cas d'incontinence nocturne d'urine, guéri par l'ablation des végétations adénoïdes 83

Publications scandinaves. — Recherches sur la sécrétion gastrique des enfants durant leurs premières années 83
De l'incision et de la suture dans l'opération de la hernie ombilicale 84
Un cas de blépharochalasis 84
Guérison de quelques cas de spasme de la glotte et de convulsions, chez les enfants, par l'ablation de végétations adénoïdes 84

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Le sérum antistreptococcique comme moyen de traitement de la variole 84
Traitement du goitre exophtalmique par les opiacés, la cocaïne et le tabac 84
L'extrait de substance médullaire de capsules surrénales comme moyen de traitement de la gastrectasie atonique 84
L'emploi de l'extrait thyroïdien à titre d'hémostatique 84

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Accidents dysentériformes causés par des injections intraveineuses de cyanure de mercure .... 79[2]
Adénopathies axillaires au début de la tuberculose pulmonaire .... 78[2]
Anémie pernicieuse bothriocéphalique mortelle .... 80[2]
Arythmies et leur pronostic .... 80[1]
Blépharochalasis .... 84[1]
Cécité hystérique .... 81[3]
Chancre labial et précocité de la roséole .... 79[3]
Cholécystite suppurée ayant simulé les vomissements de la grossesse, puis la méningite cérébro-spinale .... 81[3] 79[1]
Choléra asiatique .... 83[2]
Cocaïne, tabac et opiacés contre le goitre exophtalmique .... 84[2]
Convulsions et végétations adénoïdes .... 84[1]
Corps étrangers des voies digestives .... 79[1]
Cyanure de mercure en injections intraveineuses et accidents dysentériformes .... 79[2]
Dysostose cléido-crânienne .... 79[1]
Essences dont la vente et l'emploi doivent être proscrits ou réglementés .... 78[2]
Extrait de substance médullaire de capsules surrénales contre la gastrectasie atonique .... 84[3]
— thyroïdien comme hémostatique .... 84[3]
Folliculite suppurée à gonocoques sans uréthrite .... 79[2]
Gastrectasie atonique .... 84[3]
Gastrotomie pour corps étrangers des voies digestives .... 79[1]
Goitre exophtalmique .... 84[2]
Hématurie .... 84[3]
Hémiplégie hystérique avec contracture .... 79[2]
Hernie ombilicale .... 84[1]
Hypertrophie du thymus et mort subite .... 81[2]
Hystérie et cécité .... 81[3]
Incontinence nocturne d'urine et végétations adénoïdes .... 83[3]
Iritis ourlienne double .... 81[1]
Kystes de l'ovaire et leur ablation esthétique .... 80[3]
Luxations anciennes du coude .... 78[3]
Métastases osseuses des tumeurs thyroïdiennes .... 82[1]
Microorganismes de l'air .... 78[3]
— du vagin chez les femmes enceintes .... 82[2]
Mort subite et hypertrophie du thymus .... 81[2]
Mycosis fongoïde .... 79[2]
Myoclonus des muscles de la glotte avec dysphagie .... 82[3]
Néphrite et usage des viandes blanches et noires .... 83[2]
Névrites périphériques et paralysies laryngées dans le tabes .... 81[2]
Oblitération de l'uretère chez un individu n'ayant qu'un seul rein .... 79[3]
Œdème dur traumatique du dos de la main .... 77[1]
Œufs comme cause d'urticaire .... 80[2]
Opiacés, cocaïne et tabac contre le goitre exophtalmique .... 84[2]
Oreillons et iritis double .... 81[1]
Otite aiguë et thrombophlébite du sinus latéral .... 79[1]
Paralysies laryngées des tabétiques .... 81[2]
Permanganate de potasse à l'intérieur dans le choléra asiatique .... 83[2]
Pied bot et son étiologie .... 79[3]
Prostatectomie .... 78[3]
Pseudo-hermaphrodisme .... 79[3]
Roséole et sa précocité après les chancres labiaux .... 79[3]
Sécrétion gastrique des enfants .... 83[3]
Septicémie diplococcique .... 83[1]
Sérum antistreptococcique contre la variole .... 84[2]
Spasme de la glotte et végétations adénoïdes .... 84[1]
Tabes et paralysies laryngées .... 81[2]
Thrombophlébite du sinus latéral consécutive à une otite aiguë .... 79[1]
Traitement de la gastrectasie atonique .... 84[3]
— de la hernie ombilicale .... 84[1]
— de la variole .... 84[2]
— de l'hématurie .... 84[3]
— de l'œdème dur traumatique du dos de la main .... 77[1]
— des corps étrangers des voies digestives .... 79[1]
— des kystes de l'ovaire .... 80[3]
— des luxations anciennes du coude .... 78[3]
— du choléra asiatique .... 83[2]
— du goitre exophtalmique .... 84[2]
Troubles visuels d'origine électrique .... 80[2]
Tuberculose nodulaire de la verge .... 82[3]
— pulmonaire au début et adénopathies axillaires .... 78[2]
Tumeurs osseuses et leur diagnostic .... 79[3]
— thyroïdiennes et métastases osseuses .... 82[1]
Urticaire causée par l'ingestion d'œufs .... 80[2]
Variole .... 84[2]
Végétations adénoïdes comme cause de convulsions et de spasme de la glotte .... 84[1]
— — et incontinence nocturne d'urine .... 83[2]
Viandes blanches et noires dans les néphrites 83[2]

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

—

THÈSES DE LYON

Agniel (J.-M.). Contribution à l'étude des tumeurs des lobes aberrants de la mamelle.

Antoni (M.). Considérations sur quelques observations d'accidents pernicieux d'origine palustre.

Arloing (F.). Des ulcérations tuberculeuses de l'estomac (étude clinique, expérimentale et anatomo-pathologique).

Armbruster (R.). Des questions de survie; de la valeur légale et scientifique des présomptions.

Aubert (L.-E.). Cytologie des hydrocèles.

Barbet (G.). La médication de Truneček dans l'artériosclérose (étude clinique).

Barthélemy (H.). Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets préventifs et curatifs des sérums antitoxiques (étude expérimentale).

Bertier (M.). De l'entérectomie dans les tumeurs du cæcum.

Beyne (J.). Contribution à l'étude des troubles trophiques qui suivent la section et la résection du sympathique cervical.

Bodin (G.). Du rhumatisme infectieux articulaire d'origine urinaire.

Botte (J.-A.). De la fracture par arrachement de la base du troisième métacarpien.

Bouclier (H.). Rhumatisme tuberculeux; méningopathies inflammatoires et autres d'origine tuberculeuse.

Brisson (J.). Les déterminations pleurales au cours du mal de Bright (examen du liquide pleural, toxicité, sérodiagnostic tuberculeux, cytologie).

Bussillet (M.). Le vin envisagé au point de vue chimique, statistique, physiologique, pathologique et thérapeutique.

Capon (L.). Des injections sous-cutanées d'eau oxygénée.

Carrier de Boissy (G.). Contribution à l'étude thérapeutique de l'*Apocynum cannabinum*.

Casella (P.). Contribution à l'étude du rire et du pleurer spasmodiques.

Chambelland (P.). Rhumatisme tuberculeux.

Chambisseur (A.). Des crachoirs hygiéniques.

Chavanne (L.). Les adénites subaiguës de l'aine.

Chevrant (P.-L.). Des causes d'erreurs dans l'examen cytologique des liquides pathologiques des séreuses.

Cognard (Francisque). Des abcès endocrâniens consécutifs aux ostéopériostites et phlegmons de l'orbite.

Coissard (A.). L'infection éberthienne et la glande thyroïde.

Cokinos (G.). Déformations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées de la première enfance.

Costil (A.). Contribution à l'étude des thrombophlébites du sinus latéral; la thrombose du sinus sans communication avec l'abcès mastoïdien.

Coze (F.). Des vomissements incoercibles de la grossesse; contribution à l'étude de quelques traitements récents.

Darthenay (M.). Contribution à l'étude de l'action de l'arrhénal sur la nutrition des tuberculeux.

Deleuil (L.). De la thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées.

Delpy (B.). Contribution à l'étude du traitement opératoire des pseudarthroses du col fémoral, en particulier par la suture osseuse.

Descos (A.). Le sérodiagnostic de la tuberculose chez les enfants.

Dircks-Dilly (J.). De quelques leucocytoses toxiques chez les animaux normaux et splénectomisés.

Doche (J.). De la grossesse ovarienne.

Dreyfuss (A.). Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de l'appendicite et de la cholécystite.

Driaucourt (A.). Des divers procédés opératoires dans le traitement des kystes de la rate.

Ducourthial (E.). Les tumeurs malignes congénitales de la langue.

Dupont (M.). Des eaux filtrées dans l'alimentation des grandes villes.

Durand (V.). Contribution à l'étude du traitement électrique de la maladie de Basedow.

Duval (Ch.). Contribution à l'étude du diagnostic et de l'étiologie de l'ostéomalacie.

Emptoz (J.). De l'ostéosarcome du bord supéro-interne de l'orbite.

Etienne (L.). De la blennorrhagie chronique de la prostate.

Faure (L.). Essai d'étude comparative de l'homme droit et de l'homme gauche.

Frarier (J.). Contribution à l'étude du rôle de l'angle gauche du côlon dans les occlusions intestinales.

Gallouin (M.). Contribution à l'étude des injections hypodermiques ferrugineuses : du citrate de fer ammoniacal vert.

Gelin (M.). Tuberculose du larynx; sa curabilité, moyen de l'obtenir.

Géniaux (H.). Recherches cliniques et expérimentales sur le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux ou chez les tuberculeux.

Gezès (R.). De la recherche du bacille d'Eberth dans les eaux de boissons.

Gilet (E.). Recherches expérimentales sur les phénomènes électrolytiques polaires et interpolaires dans les tissus.

Gobinot (Ch.). Méthode de dosage en poids des globules humides du sang à l'état physiologique.

Grange (P.). Etude clinique sur l'ouverture des anévrysmes de l'aorte dans la trachée, les bronches et les poumons.

Gras (V.). Recherches anatomiques sur les veines du pénis.

Grosbon (E.). Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général.

Guillon (L.). Contribution à l'étude du tube digestif et du foie dans la maladie de Biermer.

Guiot (C.). Anatomie topographique de la loge commissurale du pouce et de l'index; des phlegmons qui s'y développent.

Hawthorn (E.). Recherches sur les infections digestives du nourrisson.

Hémery (S.). Sutures vasculaires.

Lannaux (E.). L'ostéotomie par la scie à chaîne dans le genu valgum.

Laurent (P.). Le signe de Musset, sa valeur clinique.

Leclercle (A.). Anastomoses artério-veineuses; contribution à l'étude de la chirurgie des vaisseaux.

Lère (F.). Les amers.

Lhomme (L.). Contribution à l'étude de la pleurésie tuberculeuse expérimentale chez le chien.

Marchetti (Ch.). Des différents procédés pour la recherche de l'origine du sang, et, en particulier, de la séroréaction.

Martin (H.). Des endothéliomes des méninges.

Martin (L.). Dissociation des réflexes tendineux entre eux et avec le clonisme tendineux.

May (E.). Du procédé de Krönlein dans la névralgie faciale.

Mayet (L.). Etude sur les dégénérés; les stigmates anatomiques et physiologiques de la dégénérescence, et les pseudo-stigmates anatomiques et physiologiques de la criminalité.

Mayoud (P.). Contribution à l'étude des malformations congénitales du cœur; perforations de la cloison interventriculaire.

Michel (J.-M.). De la réduction instrumentale des positions postérieures du sommet et de la face; de la traction bilatérale divergente sur les lacs du forceps.

Millet (P.). L'angiomyosite.

Miorcec (A.). Etude comparative des procédés d'exploration de la perméabilité rénale.

Morel (A.). Recherches physiologiques sur l'utilisation des graisses du sang.

Peloquin (A.). De l'achondroplasie chez l'homme et les animaux.

Penot (J.). Evolution du mariage et consanguinité.

Pheulpin (E.). De la mobilité anormale et douloureuse de l'utérus en dehors de la grossesse.

Pirsche (E.). De l'influence de la castration sur le développement du squelette.

Plisson (L.). La formule cytologique des pleurésies tuberculeuses.

Pouponneau (A.). Contribution à l'étude de l'entorse tarso-métatarsienne ou de l'articulation de Lisfranc.

Poutrin (L.). Des fractures partielles méconnues de l'extrémité supérieure de l'humérus, et, en particulier, de la fracture parcellaire de la grosse tubérosité dans les prétendues périarthrites traumatiques consécutives et primitives de l'épaule.

Ragot (L.). Le sucre dans l'alimentation des fébricitants.

Régis (L.). Du prurit dans la syphilis; son origine.

Reverchon (L.). La parésie spasmodique des athéromateux.

Ribaut (G.). Cryoscopie des urines dans les diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Royère (J.). Des verrues chez l'homme et chez les animaux.

Salzès (E.). Nez et épilepsie, épilepsie réflexe (auras nasales).

Sciaux (E.). La tenonite suppurée.

Terre (L.). Essai sur la tuberculose des vertébrés à sang froid.

Tolot (G.). Signes physiques cardiaques du rétrécissement mitral et leur variabilité.

Tronde (M.). Etude expérimentale de l'action bactériologique de l'ozone.

Varay (F.). Toux de compression (toux aboyante), signe de rétrécissement trachéal ou bronchique.

Verdeau (F.-M.). Rhumatisme tuberculeux; cardiopathies inflammatoires d'origine tuberculeuse.

Vermullen (G.). Des fibromes douloureux de l'utérus; petits fibromes interstitiels de la région de l'isthme.

Vigneau (M.). Des hématomes de l'ovaire.

Vignon (A.). La chorée héréditaire de Huntington examinée spécialement au point de vue anatomo-pathologique.

Winkler (P.). Lésions des nerfs par coups de feu.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Audibert (V.). De l'essaimage des granulations éosinophiles. (*Marseille méd.*, 1er déc.)

Cavalié (M.). La spermatogénèse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 et 23 nov. et 7 déc.)

Fischer (B.). Ueber Chemismus und Technik der Weigert'schen Elastinfärbung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 2.)

Justus (J.). Ueber den physiologischen Jodgehalt der Zelle. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 3.) — La teneur des cellules en iode à l'état physiologique.

Kölliker (A.). Handbuch der Gewebelehre des Menschen. 6e éd. T. III, 2e partie. In-8°, p. 401 à 1020. Leipzig. — Manuel d'histologie.

Soukhanoff (S.). Sur le réseau endocellulaire de Golgi dans les éléments nerveux en général et dans les cellules nerveuses des ganglions sympathiques en particulier. (*Journ. de neurol.*, 20 déc.)

Stahl (F. A.). Interpretation of the histology of the villi from early intra- and extrauterine specimens; the syncytium. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Schmidt (M.). Ueber traumatische Herzklappen- und Aortenzerreissung. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 sept.) — Déchirures traumatiques des valvules cardiaques et de l'aorte.

Sick (C.). Beitrag zur Lehre vom Bau und Wachstum der Lymphangiome. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 1.) — Structure et développement des lymphangiomes.

Truhart. Pankreas-Pathologie. 1. Teil : Multiple abdominale Fettgewebsnekrose. In-8°, XXVI-498 p. Wiesbaden. — Nécroses multiples du tissu adipeux abdominal.

Walbaum. Ueber das Verhalten der Darmganglien bei Peritonitis. (*Wien. med. Wochensch.*, 13 sept.) — Sur l'état des ganglions mésentériques dans la péritonite.

Warthin (A. S.). The pathology of pernicious anæmia, with special reference to changes occurring in the hæmolymph nodes. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Zieler (K.). Ueber gewebliche Einschlüsse in Plattenepithelkrebsen, vornehmlich der Haut, nebst Bemerkungen über das Krebsgerüst. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXII, 1 et 2-3.) — Sur les inclusions des tissus dans les épithéliomas, surtout dans ceux de la peau; remarques sur le stroma cancéreux.

Zironi (G.). Un caso di fibro-leiomioma dello stomaco. (*Riforma med.*, 27 nov.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pässler et **Rolly**. Experimentelle Untersuchungen über die Natur der Kreislaufstörung im Kollaps bei akuten Infektionskrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 oct.) — Recherches expérimentales sur la nature des troubles de la circulation dans le collapsus en cas de maladies infectieuses aiguës.

Rachford (B. K.) et **Crane** (W. H.). Comparative toxicity of ammonium compounds, a study in auto-intoxication. (*Med. News*, 25 oct.)

Rogers (R.). Some physiologic factors involved in the origin of scurvy (scorbutus). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er nov.)

Stewart (G. N.). The action of certain haemolytic agents on nucleated coloured corpuscles. (*Brit. Med. Journ.*, 13 sept.)

Stokes (W.), **Ruhräh** (J.) et **Rohrer** (C.). The relation of the thymus gland to marasmus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Stuart-Low (W.). Mucin and malignancy: facts and theories. (*Lancet*, 20 sept.)

Tendeloo (N. Ph.). Studien über die Ursachen der Lungenkrankheiten. 2e partie. In-8°, p. 119 à 480, avec fig. Wiesbaden. — Études sur les causes des maladies pulmonaires.

Volk (R.) et **De Waele** (H.). Ueber Hemmungserscheinungen bei frischen Immunseris. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 déc.) — Les phénomènes d'inhibition dans les sérums immunisants frais.

Wakefield (H.). The pathology of katabolism in relation to the etiology and pathology of cancer and allied states. (*Amer. Medicine*, 22 et 29 nov.)

Weichardt (W.). Ueber Zellgifte und Schutzeinrichtungen im menschlichen Organismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 nov.) — Poisons cellulaires et défenses de l'organisme.

Wolff (M.). Perlsucht und menschliche Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 nov.) — La pommelière et la tuberculose humaine.

MÉDECINE

Noorden (C. von). On the dietetic treatment of granular kidney. (*Brit. Med. Journ.*, 1er nov.) — Traitement diététique du rein granuleux.

Romanov (Th.). Tuberculose primitive de la rate (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 oct.)

Rosin (H.) et **Laband** (L.). Ueber spontane Lävulosurie und Lävulosämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 1-2.)

Satta (G.). Su di alcune questioni relative ai corpi acetonici; comunicazione preventiva. (*Riforma med.*, 22 déc.)

Saundby (R.). Observations on atonic motor insufficiency and dilatation of the stomach; their causes, diagnosis and treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 29 nov.)

Schindler (C.). Die morphologischen Grundlagen der Blutdiagnostik. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er déc.) — Les bases morphologiques de l'hémodiagnostic.

Schorlemmer (R.). Untersuchungen über die Grösse der Eiweiss verdauenden Kraft des Mageninhaltes Gesunder wie Magen- und Darmkranker. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 déc.) — Sur le pouvoir digestif du contenu stomacal à l'égard de l'albumine à l'état normal et dans les maladies de l'estomac et de l'intestin.

Schüle. Ueber die nervöse (s. funktionelle) Dyspepsie. (*Deutsche Praxis*, 10 oct.)

Schütz (J.). Besteht in Punktionsflüssigkeiten Autolyse? (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 nov.) — L'autolyse subsiste-t-elle dans les liquides retirés par ponction?

Steele (J. D.) et **Francine** (A. P.). An analysis of 70 cases of gastroptosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 nov.)

Stern (H.). The association of Graves' disease with glycosuria and diabetes mellitus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 oct.)

Straus (F.). Zur Diagnostik der physiologischen und pathologischen Nierenfunction. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 2.) — Diagnostic de l'état fonctionnel des reins.

Struppler (Th.). Zur Kenntnis der rhinogenen purulenten Meningitis und Zerebrospinalmeningitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 nov.)

Symmers (D.). Cutaneous angiomata and their significance in the diagnosis of malignant disease; a statistical study based upon the observation of nearly 400 cases. (*Med. News*, 27 déc.)

Victorovsky (P.). Ulcus ventriculi cirrhosum (en russe). In-8°, 17 p. Varsovie.

Vigorita (V.). Ricerche sperimentali circa la interpretazione fisiopatologica del meccanismo di produzione delle scosse ritmiche del capo. In-8°, 29 p. Portici.

Vitali (G.). Sulle neurosi dello stomaco. In-8°, 210 p. Bologne.

Wagner (M.). Ueber parenchymatöse Nephritis bei Lues. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 et 23 déc.)

Ward (F.). Uric acid in the blood and tissues as a cause for certain stomach and intestinal troubles. (*Med. News*, 15 nov.)

Weber (H.). Zur Kritik der Beziehungen der Angina tonsillaris zur Entzündung des Wurmfortsatzes. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 déc.) — Sur les rapports entre l'amygdalite et l'appendicite.

Willson (R. N.). The causal relation of blood poverty to gastric ulcer, with report of an illustrative case with atypical symptoms. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 sept.) — Les rapports de cause à effet entre l'anémie et l'ulcère de l'estomac.

Wilson (T. S.). On colon catarrh. (*Brit. Med. Journ.*, 6 déc.)

Zannini (W.). Contributo all'eziologia delle peritoniti iperacute. (*Gazz. degli Osped.*, 28 déc.)

MALADIES INFECTIEUSES

Salomon (H.). Ueber Meningokokkenseptikämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 nov.)

Schmidt (R.). Zur Kenntnis der Paratyphusbazillosen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 déc.)

Schottmüller (H.). Zur Pathogenese des Typhus abdominalis. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 sept.)

Swoboda (N.). Zur Lösung der Variola-Varizellenfrage. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 et 27 nov.)

Taconnet. Variole congénitale (accouchement, pendant l'invasion, d'un enfant à terme qui fit et mourut de la variole quelques jours après). (*Echo méd. du Nord*, 14 déc.)

Welch (W. M.) et **Schamberg** (J. F.). A contribution to the study of nephritis in smallpox, based upon analyses of urine in 128 cases. (*Philadelphia Med. Journ.*, 1er nov.) — De la néphrite dans la variole.

White (G. R.). The identity of proteus infection and hospital gangrene; a case of mixed infection with *aerogenes capsulatus* and *proteus vulgaris*. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Wright (A. E.). On the results which have been obtained by anti-typhoid inoculation. (*Lancet*, 6 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Pick (A.). Zur Psychologie der motorischen Apraxie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.)

Potts (Ch. S.). A case of exophthalmic goiter presenting some unusual features. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 nov.) — Un cas de goitre exophtalmique avec symptômes insolites.

Sänger (A.). Ueber myotonische Pupillenbewegung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.) — Troubles myotoniques de la motilité de la pupille.

Sawyer (J. H.). A rare form of muscular dystrophy. (*Brit. Med. Journ.*, 22 nov.)

Sinclair (M. McIntyre). On « dysphasia » or aphasia as an initial symptom of tuberculous meningitis. (*Brit. Med. Journ.*, 20 déc.)

Sommer (M.). Akroparaesthesien nach Trauma. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 oct.)

Steiner. Der Infraspinatusreflex, ein bisher unbekannter Reflex der oberen Extremität des Menschen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.) — Le réflexe du muscle sous-épineux.

Szuman (S.). Ueber die Anomalien der Reflexe (insbesondere des Patellarreflexes) und die sie begleitenden Sensationen (Unlustgefühle und Affecte) in Fällen von Neurosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 2.) — Les anomalies des réflexes (surtout des réflexes rotuliens) et les sensations qui les accompagnent dans les névroses.

Veneziani (A.). Alterazioni della sensibilità tattile, termica e dolorifica in seguito a lesione del nervo ulnare. (*Gazz. degli Osped.*, 21 déc.)

Vitek (V.). Cerebrobulbarni paralysa. (*Casopis lékaru ceskych*, 27 sept. et 4 oct.)

Würth (A.). Ein Beitrag zur Histologie und Symptomatologie der Balkentumoren. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 2.) — Sur l'histologie et la symptomatologie des tumeurs du corps calleux.

Youchtchenko (A.). De la digestion gastrique, et surtout de l'activité sécrétoire des glandes stomacales chez les psychopathes (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 et 22 juin, 6 juillet, 17 août, 7 et 28 sept. et 2 nov.)

Zanoni (G.). Preparazione di un estratto di sostanza nervosa antidoto della stricnina e sua applicazione alla cura di malattie nervose specie dell'epilessia. (*Gazz. degli Osped.*, 7 déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Tchlenov (M.). L'immunité héréditaire à l'égard de la syphilis et la prétendue loi de Profeta (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 et 14 sept.)

Tommasoli. Le traitement intense et précoce de la syphilis par les injections intraveineuses de sublimé. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, déc.)

Vaccari (A.). Le manifestazioni cutanee nel corso della malaria. (*Clinica moderna*, 24 déc.)

Warde (W. B.). Lupus erythematosus, a study of the disease. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, déc.)

Watson (D. Ch.) et **Thompson** (J. D.). The treatment of psoriasis with myelocene. (*Lancet*, 18 oct.)

Weidenfeld. Ueber ein eigenartiges Krankheitsbild von Keratosis verrucosa. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIII, 1.)

Wolters (M.). Ueber Codeïnexantheme. (*Deutsche Praxis*, 10 déc.)

CHIRURGIE

Bardenheuer. Ischias, ihre Behandlung mittelst der Nevrinsarkoklesis, Einlagerung der Nerven in Weichteile und ihre Ursache. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — La névralgie sciatique et son traitement par la résection partielle de l'articulation sacro-iliaque et la libération des racines du nerf; inclusion des nerfs dans les parties molles.

Baum (E. W.). Zum Mechanismus der Luxation im unteren Radioulnargelenk. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Mécanisme de la luxation de l'articulation radio-cubitale inférieure.

Berger (L.). Zur Castration bei Hodentuberculose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 4.) — Castration pour tuberculose du testicule.

Börner (E.). Ueber Fibrome des Halses mit Beziehungen zum Rückenmark. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Fibromes du cou dans leurs rapports avec la moelle épinière.

Caspersohn. Zur operativen Behandlung des Magenkrebses. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Traitement opératoire du cancer de l'estomac.

Caumartin. Quelques considérations sur les fistules d'origine dentaire. (*Echo méd. du Nord*, 28 déc.)

Coen (G.). Splenectomia per milza ectopica, ipertrofica da malaria, torta sul peduncolo. (*Policlinico*, 26 juillet.)

Coffey (R. C.). The relative merits of the various methods of intestinal anastomosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er nov.)

Eden. Tierversuche über Rückenmarksanästhesie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Recherches expérimentales sur l'anesthésie médullaire.

Fick (R.). Bemerkungen zur Wolfsrachenbildung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 2.) — Sur la formation de la gueule de loup.

Folet (H.). Occlusion intestinale par entérospasme. (*Echo méd. du Nord*, 7 déc.)

Franke (F.). Ueber einen Echinococcus des Stirnhirns von aussergewöhnlicher Grösse, nebst Bemerkungen über die Operation des Hirnechinococcus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Volumineux kyste hydatique du lobe frontal.

Friedrich (P.). Mitteilungen zur Hirnpathologie, insbesondere zur Pathologie des Stirnhirns, zugleich ein Beitrag zur Frage nach der Bedeutung des örtlichen Hirndruckes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Pathologie du cerveau, et, en particulier, du lobe frontal; signification de la pression cérébrale locale.

Georgi. Ueber das erworbene Darmdivertikel und seine praktische Bedeutung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Le diverticule intestinal acquis et sa signification pratique.

Ghetti (A.). Un caso di cangrena degli arti inferiori. (*Policlinico*, 20 déc.)

Göbell (R.). Ueber die Darmstenose nach Brucheinklemmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Rétrécissement de l'intestin consécutif au pincement herniaire.

Goelet (A. H.). A study of the indication for nephropexy. (*Med. Record*, 20 déc.)

Hahn (E.). Ueber Wanderniere und chirurgische Behandlung derselben. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Le rein flottant et son traitement chirurgical.

Helferich. Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus den Bronchien und über Bronchus-Tamponade. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Extraction des corps étrangers des bronches et tamponnement des bronches.

Hildebrandt. Die Prognose der Schussverletzungen im Felde. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Pronostic des blessures par armes à feu sur le champ de bataille.

Kappeler (O.). Ueber die operativen und functionellen Erfolge der Operation der angeborenen Gaumenspalte. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Résultats opératoires et fonctionnels de l'intervention pour fentes congénitales du palais.

Katzenstein (M.). Eine neue Operation zur Heilung der Ectopia testis congenita. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 déc.)

König. Zur Geschichte der Gelenkneurosen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Historique des névroses articulaires.

Kuhn (F.). Zur Extension. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 oct.)

Schmitt (A.). Zur chirurgischen Therapie des Sanduhrmagens. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 sept.) — Traitement chirurgical de l'estomac en sablier.

Scudder (C. L.) et **Cotton** (F. J.). Treatment of fractures. 3e éd. In-8°, 486 p. avec fig. Londres.

Souslov (K.). La hernie enkystée de la tunique vaginale et son origine (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 oct. et 2 nov.)

Spina (P.). È la carie dentale in rapporto con la costituzione geologica del suolo? In-8°, 18 p. Naples.

Sprengel. Versuch einer Sammelforschung zur Frage der Frühoperation bei acuter Appendicitis und persönliche Erfahrungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 2.) — Essai d'une enquête pour résoudre la question de l'opération précoce dans les cas d'appendicite aiguë.

Stankiewicz (C.). Przyczynek do chirurgii sledziony. (*Gaz. lekarska*, 27 sept.) — Contribution à la chirurgie de la rate.

Stierlin (R.). Klinische Bedeutung erworbener Darmdivertikel. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.) — La signification clinique des diverticules acquis de l'intestin.

Taussig (F.). Ueber die post-operative Harnverhaltung und deren Folgen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 oct.) — Rétention post-opératoire de l'urine et ses conséquences.

Thienger (K.). Zur operativen Behandlung frischer, subkutaner Patellarfrakturen durch offene Knochennaht. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 3.) — Traitement des fractures souscutanées récentes de la rotule par la suture osseuse à ciel ouvert.

Thomas (W. Th.). A plea for tenotomy of the tendo Achillis in complicated fractures of the lower extremity. (*Lancet*, 6 sept.)

Tousey (S.). A table of the differential diagnosis of coma, with report of a case of fracture of the base of the skull, intracranial hemorrhage and compression of the brain, diagnosed by symptoms alone; trephining; recovery. (*Med. Record*, 8 nov.) — Le diagnostic différentiel de la nature du coma; un cas de fracture de la base du crâne avec hémorrhagie intracrânienne et compression cérébrale, diagnostiqué cliniquement et guéri par la trépanation.

Trzebicky (R.). Zur operativen Behandlung der Lymphome am Halse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 4.) — Traitement opératoire des lymphomes du cou.

Trzebinski (S.). Ueber die operative Behandlung des Hydrops anasarka. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.)

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 31. Congress, abgehalten zu Berlin, vom 2.-5. April 1902. In-8°, LXX-674 p. avec fig. Berlin. — Compte rendu du 31e Congrès allemand de chirurgie.

Voss. Die Eröffnung des Sinus cavernosus bei Thrombose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 22 nov.) — L'ouverture du sinus caverneux pour thrombose.

Vulpius (O.). Die Sehnenüberpflanzung und ihre Verwertung in der Behandlung der Lähmungen. In-8°, 245 p. avec fig. Leipzig. — La transplantation des tendons et sa valeur dans le traitement des paralysies.

Ware (M. W.). 1,000 personally conducted cases of ethyl chlorid narcosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 nov.)

Widmann (H.). Ueber Transplantationen ungestielter Hautlappen nach Krause. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 3.) — Transplantation des lambeaux cutanés non pédiculés d'après le procédé de Krause.

Wieting (J.). Zur Redression des Klumpfusses. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 sept.) — Redressement du pied bot.

Wiggins (J. L.). Traumatic injuries of the liver. (*Med. Record*, 4 oct.) — Lésions traumatiques du foie.

Williams (H. T.). A modification of the Barker method for the treatment of fractures of the patella. (*Philadelphia Med. Journ.*, 4 oct.)

Witzel (O.). Wie sollen wir narkotisieren? (*Münch. med. Wochensch.*, 2 déc.) — Comment doit-on pratiquer l'anesthésie?

Wolff (O.). Wie lässt sich der Bauchbruch nach Laparotomie vermeiden? (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 13 déc.) — Un moyen pour éviter les hernies post-laparotomiques.

UROLOGIE

Orlipski. Ueber Druckspülungen der Harnröhre und ihre verschiedenartigen Indicationen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 8 nov.) — Lavages sous pression de l'urèthre et leurs indications.

Rovsing. Die Behandlung der Prostatahypertrophie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXVIII, 4.)

Stockmann (F.). Ist die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes ein ausschlaggebendes Hilfsmittel für die Nierenchirurgie? (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 10.) — La cryoscopie du sang a-t-elle une valeur décisive pour la chirurgie rénale?

Thorel (Ch.). Ueber die Aberration von Prostatadrüsen und ihre Beziehung zu den Fibroadenomen der Blase. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 3.) — Glandes prostatiques aberrantes et leurs rapports avec les fibro-adénomes de la vessie.

Warschauer (E.). Einige Bemerkungen über Phloridzin. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 11.)

Zarra (N.). La puntura ed il taglio della vescica nella ritenzione d'orina completa. In-8°, 31 p. Salerne.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ostrcil (A.). Beitrag zur Therapie der Eklampsie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 3.)

Palm (H.). Untersuchungen über die Bedeutung des Mutterkorns und seiner Präparate für die Geburtshülfe, mit specieller Berücksichtigung des Sphacelotoxins. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 3.) — Recherches sur la valeur du seigle ergoté et de ses préparations en obstétrique.

Petrov (V.). Un procédé simplifié de traitement du cordon ombilical (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 sept.)

Power (D'Arcy). Notes of three cases of inoperable cancer of the breast treated by removal of the ovaries. (*Lancet*, 4 oct.) — Extirpation des ovaires dans 3 cas de cancer inopérable du sein.

Rosinski (B.). Die Syphilis in der Schwangerschaft. In-8°, 206 p. avec fig. Stuttgart. — Syphilis et grossesse.

Silberstein (A.). Die Herkunft des Fruchtwassers im menschlichen Ei. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 3.) — L'origine du liquide amniotique dans l'œuf humain.

Stolz (M.). Studien zur Bakteriologie des Genitalkanales in der Schwangerschaft und im Wochenbette. In-8°, 218 p. Gratz. — Recherches sur la bactériologie du canal génital pendant la grossesse et les suites de couches.

Stömmer (O.). Ein Fall von Menstruatio praecox. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 sept.)

Theilhaber (A.). Ursachen, Symptome und Behandlung der Insuffizienz des nicht schwangeren Uterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 et 21 oct.) — Causes, symptômes et traitement de l'insuffisance de l'utérus non gravide.

Thienhaus (C. O.). Remarks on the methods of operations in vogue for cystocele with and without prolapse of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 sept.)

Wiener (G.). Ein Adenomyom mit papillären Auflagerungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

Williams (J.). Suppurative tubal and ovarian disease. (*Philadelphia Med. Journ.*, 8 nov.)

Wormser (E.). Die Excochleatio uteri im Wochenbett. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Le curettage de l'utérus pendant les suites de couches.

Yacoube (I.). Les cardiopathies comme indication à l'interruption artificielle de la grossesse (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 et 30 nov.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Rosen (R.). Die Krankenpflege in der ärztlichen Praxis. In-8°, 197 p. avec fig. Berlin. — Les soins à donner aux malades.

Rosenberg (R. C.). The hyoscine treatment of a morphine habitué. (*Med. News*, 29 nov.)

Rudolph. Kombinierte Behandlung der Lungentuberculose mit Kalk und Tuberkulin. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 déc.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par des préparations calcaires associées à la tuberculine.

Russell (H. C.). Hyoscine in the treatment of drug habits. (*Med. Record*, 29 nov.) — L'hyoscine dans le traitement des intoxications médicamenteuses chroniques.

Smyth (J.). The treatment of ague by the hypodermic injection of quinine. (*Brit. Med. Journ.*, 15 nov.) — Traitement de la malaria par les injections hypodermiques de quinine.

Soncini (E.). Degli olii iodati in terapia. (*Policlinico*, 27 déc.)

Strasburger (J.). Beitrag zur Behandlung der Ruhr mit Radix ipecacuanhae. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 sept.) — Traitement de la dysenterie par la racine d'ipéca.

Taylor (A. F.). The use of salicylate of sodium in the treatment of pneumonia. (*Med. News*, 8 nov.)

Turner (D.). Notes on a new system of treatment in pulmonary phthisis. (*Lancet*, 18 oct.)

Van Zandt (I. L.). Statistical report on creosote in pneumonia. (*Med. Record*, 18 oct.)

Whitla (W.). Elements of pharmacy, materia medica and therapeutics. 8e éd. In-8°, 634 p. Londres.

Wild (R. B.). The clinical use of the ipecacuanha alkaloids. (*Lancet*, 6 sept.)

23e ANNÉE. — N° 11. Vingt centimes le numéro. 18 MARS 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Hygiène publique. — Un projet de vaccination antituberculeuse des nourrissons, par M. le docteur L. Cheinisse............. 85
Médecine pratique. — L'injection intraveineuse d'adrénaline, associée au massage du cœur et à la respiration artificielle, comme moyen de traitement de la mort apparente, par M. le docteur Francis Munch........................ 86
Sociétés savantes : *Académie des sciences.* — Mécanisme et influence des lésions des centres nerveux des rejetons issus de générateurs malades.................... 87
Société de chirurgie. — Traitement des fractures de la rotule.................... 87
Hépaticotomie pour calculs biliaires....... 88
Société médicale des hôpitaux. — Leucémie aiguë à forme hémorrhagique avec infection streptococcique................. 88
L'orchite dans la fièvre typhoïde.......... 88
La leucocytose dans l'appendicite.......... 88
Achondroplasie sans dystrophie crânienne.. 88
Examen du sang dans un cas de cholécystite calculeuse et d'angiocholite suppurées 88
Société de biologie. — Sur le mécanisme du vertige voltaïque..................... 88
Présence du bacille d'Eberth dans l'urine des typhoïdiques guéris................ 88
Macération de reins de porc contre l'urémie 89
L'électrolyse des salicylates comme moyen de pénétration de l'ion salicylique en thérapeutique locale..................... 89
Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Le diagnostic radiographique de la gangrène pulmonaire...................... 89
Grossesse tubaire double.................. 89
Opération césarienne vaginale pour éclampsie.................................... 89
Société de médecine interne de Berlin. — Lésions des cordons latéraux et paralysie spinale spasmodique....................... 89
Recherches sur le suc pancréatique normal de l'homme............................ 89
Angine de Ludwig à évolution très rapide.. 89
Lettres d'Amérique. — L'asepsie opératoire aux Etats-Unis........................ 90
Littérature médicale : *Publications françaises.* — Abcès du foie consécutifs à un ulcère simple de l'estomac................. 91
De la tuberculose musculaire............. 91
Photothérapie de la scarlatine............ 91
Sur un cas d'absence congénitale des quatre membres................................ 91
Publications allemandes. — Une réaction à l'égard du mercure chez les syphilitiques. 91
Myatonie périodique...................... 92
Hémorrhagies post-partum et leur traitement.................................... 92
De la diphtérie chronique du pharynx..... 92
Un cas de dilatation fusiforme de l'œsophage 92
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès du foie consécutifs à un ulcère simple de l'estomac........ 91[1]
Absence congénitale des quatre membres... 91[3]
Achondroplasie sans dystrophie crânienne.. 88[2]
Adrénaline en injection intraveineuse associée au massage du cœur et à la respiration artificielle dans le traitement de la mort apparente........ 86[3]
Angine de Ludwig........ 89[3]
Appendicite et leucocytose........ 88[2]
Asepsie opératoire aux Etats-Unis........ 90[1]
Bacille d'Eberth dans l'urine des typhoïdiques guéris........ 88[3]
Botryomycose humaine et présence du staphylocoque doré........ 88[1]
Dilatation fusiforme de l'œsophage........ 92[3]
Diphtérie chronique du pharynx........ 92[2]
Eclampsie........ 89[2]
Eruptions syphilitiques et mercure........ 91[3]
Fièvre typhoïde et orchite........ 88[2]
— — guérie et présence du bacille d'Eberth dans l'urine.... 88[3]
Fractures de la rotule........ 87[3]
Gangrène pulmonaire et son diagnostic radiographique........ 89[1]
Grossesse tubaire double........ 89[2]
Hémorrhagies post-partum........ 92[2]
Hépaticotomie pour calculs biliaires........ 88[1]
Infection streptococcique et leucémie aiguë à forme hémorrhagique........ 88[1]
Lésions congénitales des centres nerveux et leur pathogénie........ 87[2]
Leucémie aiguë à forme hémorrhagique et infection streptococcique........ 88[1]
Leucocytose dans l'appendicite........ 88[2]
— dans les suppurations des voies biliaires........ 88[2]
Macération de reins de porc contre l'urémie 89[1]
Mercure et éruptions syphilitiques........ 91[3]
Mort apparente........ 86[3]
Myatonie périodique........ 92[1]
Opération césarienne vaginale pour éclampsie........ 89[2]
Orchite dans la fièvre typhoïde........ 88[2]
Paralysie spinale spasmodique et lésions des cordons latéraux........ 89[3]
Photothérapie de la scarlatine........ 91[2]
Radiographie de la gangrène pulmonaire... 89[1]
Réactions bulbaires paradoxales et lésions du noyau de Deiters........ 89[1]
Salicylates et leur électrolyse en thérapeutique locale........ 89[1]
Scarlatine........ 91[2]
Suc pancréatique normal........ 89[3]
Suppurations des voies biliaires et leucocytose........ 88[2]
Traitement de la mort apparente........ 86[3]
— de la scarlatine........ 91[2]
— de l'éclampsie........ 89[2]
— de l'urémie........ 89[1]
— des fractures de la rotule........ 87[3]
— des hémorrhagies post-partum........ 92[2]
Tuberculose et sa vaccination........ 85[1]
— musculaire........ 91[1]
Ulcère simple de l'estomac et abcès du foie. 91[1]
Urémie........ 89[1]
Vaccination des nourrissons contre la tuberculose........ 85[1]
Vertige voltaïque et son mécanisme........ 88[3]

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Marseille. — M. Heckel, professeur de matière médicale, est nommé, sur sa demande, professeur d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur Dide est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Lodovico Beccari (*physiologie*); Bindo De Vecchi (*anatomie pathologique*).

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Johann Bársony, privatdocent, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. Th. von Kézmárszky, décédé.

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Georges Haltenhoff, professeur extraordinaire d'ophtalmologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur V. von Hacker, professeur à la Faculté de médecine d'Innsbruck, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. K. Nicoladoni, décédé.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Paul L. Friedrich, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. A. Bier.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Ludwig Kerschner, professeur extraordinaire d'histologie et d'embryologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Georg Puppe, privatdocent à la Faculté de médecine de Berlin, est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Teodorico Rosati, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Giuseppe Giardina est nommé privatdocent d'hygiène.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Bouilly, chirurgien des hôpitaux et agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Bontemps, sénateur de la Haute-Saône. — M. le docteur Michele Crisafulli, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Th. G. Thomas, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie au College of Physicians and Surgeons de New-York.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1902).

PHYSIOLOGIE

Bial (M.). Ueber die Ausscheidung der Glycuronsäure. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 5-6.) — Sur l'élimination de l'acide glycuronique.

Hermann (L.). Jahresbericht über die Fortschritte der Physiologie (Jahrgang 1901). T. X. In-8°, 345 p. Bonn. — Compte rendu des travaux de physiologie publiés en 1901.

Höber (R.). Physikalische Chemie der Zelle und der Gewebe. In-8°, 344 p. avec fig. Leipzig. — Chimie physique des cellules et des tissus.

Kreidl (A.). Beobachtungen über das Verhalten der Hautgefässe auf thermische Reize. (*Wien. med. Presse*, 2 nov.) — L'influence de l'irritation thermique sur les vaisseaux cutanés.

Landau (H.). Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Eisens im Organismus der Tiere und Menschen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Sur le sort du fer dans l'organisme.

Remedi (V.). Sui poteri antitossici della glandula tiroide. (*Sperimentale*, LVI, 4.)

Rubner (M.). Die Gesetze des Energieverbrauchs bei der Ernährung. In-8°, 426 p. Vienne. — Les lois de l'utilisation de l'énergie dans la nutrition.

Silvestri (T.). Sulla pretesa funzione tripsinogena della milza; nuove ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 26 nov.) — Sur la prétendue fonction tripsinogène de la rate.

Swientochowski (J.). Ueber den Einfluss des Alcohols auf die Blutcirculation. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Influence de l'alcool sur la circulation sanguine.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bernard (L.) et **Bigart**. Sur deux types de lésions des capsules surrénales, produits par des intoxications minérales expérimentales. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Borst (M.). Die Lehre von den Geschwülsten, mit einem mikroskopischen Atlas. 2 vol. In-8°, XXXIII-998 p. avec fig. et planches. Wiesbaden. — Les tumeurs.

Calvert (W. J.). The blood in filariasis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 déc.) — Le sang dans la filariase.

Fabris (A.). Sui diverticoli acquisiti dell'intestino crasso. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 4.)

Gierke (E.). Ueber Knochentumoren mit Schilddrüsenbau. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 3.) — Des tumeurs osseuses à structure rappelant la glande thyroïde.

Gœbel (O.). Contribution à l'étude des lésions des ganglions nerveux périphériques dans les maladies infectieuses. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Heidingsfeld (M.). The pathology of chromidrosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 déc.)

Kobsarenko. Des thrombus sphériques libres dans la cavité du cœur (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, nov.)

Lubarsch (O.) et **Ostertag** (R.). Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (Jahrgang 1900-1901). In-8°, 984 p. Wiesbaden. — Progrès de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique de l'homme et des animaux pendant l'année 1900-1901.

Marburg (O.). Zur Pathologie der grossen Hirngefässe. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 nov.) — Pathologie des gros vaisseaux cérébraux.

Michelazzi (A.). Intorno all'influenza del micrococco tetragono sul processo tubercolare del polmone; ricerche batteriologiche e sperimentali. (*Riforma med.*, 16, 17, 18 et 20 oct.)

Schmidt (P.). Zur Frage der Entstehung der basophilen Körner in den roten Blutkörperchen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 oct.) — Formation des noyaux basophiles dans les globules rouges.

Simmonds (M.). Ueber Nebennierenblutungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 2.) — Des hémorrhagies surrénales.

Westenhöffer (M.). Weitere Beiträge zur Frage der Schaumorgane und der « gangrène foudroyante »; cadaveröse Fettembolie der Lungencapillaren. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 3.) — Les organes « mousseux » et la gangrène foudroyante; embolie graisseuse des capillaires pulmonaires postmortem.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Baldacci (A.) et **Guidi** (G.). Azione della cocaina sull'assorbimento intestinale. (*Riforma med.*, 2 déc.)

Bickel (A.). Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Nierenausschaltung auf die elektrische Leitfähigkeit des Blutes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 5-6.) — Influence de la néphrectomie sur la conductibilité électrique du sang.

Forssner (G.). Renale Lokalisation nach intravenösen Infektionen mit einer dem Nierengewebe experimentell angepassten Streptokokkenkultur. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 4.) — Localisation rénale des infections intraveineuses réalisées avec une culture streptococcique sur tissu rénal.

Kleefeld (A.) et **Pinchart** (J.). Della temperatura rettale nel tetano sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 28 déc.)

Kose (O.). Experimentelle Studien über Lungenembolie. (*Wien. med. Wochensch.*, II, 18 et 25 oct. et 1er nov.)

Levy (E.) et **Pfersdorff** (F.). Ueber die Gewinnung der schwer zugänglichen, in der Leibessubstanz enthaltenen Stoffwechselprodukte der Bakterien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 déc.) — Sur la manière d'obtenir les produits des échanges organiques intrabactériens, difficilement abordables.

Reale (A.). Tentativi d'inoculazione sperimentale del sarcoma cutaneo (tipo Kaposi), con speciale riguardo alla etiologia dei tumori. In-8°, 22 p. avec planches. Naples.

Zannellini (E.). Sulla contrattilità delle emazie dei mammiferi e sulle loro variazioni numeriche in seguito ad iniezioni di ferrocianuro potassico. (*Clinica moderna*, 3 déc.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Caminiti (R.). La rigenerazione epatica nelle cisti da echinococco ed in altre malattie del fegato (sifilide, malaria). (*Policlinico*, partie chir., IX, 9.)

Ceconi (A.). La conducibilità elettrica del siero umano in condizioni normali e di malattia. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 4.)

Fuchs (P.). Cholelithiasis und Pankreaserkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 nov.)

Halpern (M.). Zur Frage über die Haemolysine im menschlichen Serum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er et 8 déc.)

Hofbauer (L.). Zur Frage der Resorptionsmechanismen: Können nur wasserlösliche Körper im Darme resorbirt werden ? (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 5-6.) — N'y a-t-il que les substances solubles dans l'eau qui soient résorbées par l'intestin ?

Kaminer (S.). Die intracelluläre Glykogenreaction der Leukocyten: Bedeutung und Genese. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 5-6.)

Kraus (R.) et **Maresch** (R.). Ueber die Bildung von Immunsubstanzen gegen das Lyssavirus bei natürlich empfänglichen und unempfänglichen Tieren. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 3.) — Formation des substances immunisantes à l'égard du virus rabique.

Lipstein (A.). Ueber Immunisirung mit Diphtheriebazillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 nov.)

Penkert (M.). Ueber die Beziehungen der vergrösserten Thymusdrüse zum plötzlichen Tode. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 nov.) — Les rapports entre l'hypertrophie du thymus et la mort subite.

Schütze (A.). Ueber weitere Anwendungen der Präzipitine. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 nov.) — Nouvelles applications des précipitines.

Vannini (G.). Contributo allo studio del ricambio materiale nel tetano. (*Riv. critica di clinica medica*, 29 nov., 6 et 13 déc.)

MÉDECINE

Albu. Benignes Magenadenom ex ulcere peptico. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 nov.)

Borgen. Kliniske blodundersögelser. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.) — Examen clinique du sang.

Brat (H.). Beitrag zur Kenntnis der Pentosurie und der Pentosenreaction. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 5-6.)

De Mets et **Godts**. Goitre exophtalmique; quelques considérations sur sa pathogénie et son traitement. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juillet-déc.)

Ferrio (L.). A proposito delle dita ippocratiche e dei rapporti di queste coll'osteoartropatia ipertrofizzante pneumica di P. Marie. (*Morgagni*, août.)

Finzi (G.). Contributo allo studio della patogenesi dell'anemia perniciosa progressiva. (*Riforma med.*, 27 et 29 déc.)

Floyd. Hay fever : its etiology and treatment. (*Amer. Practitioner and News*, 1er déc.) — La fièvre de foin; étiologie et traitement.

Ghedini. Il salasso nelle intossicazioni. (*Progresso med.*, 25 déc.) — La saignée dans les intoxications.

Gräupner. Die mechanische Prüfung und Beurteilung der Herzleistung. (*Berlin. Klinik*, déc.) — L'examen mécanique et l'appréciation de l'activité cardiaque.

Janowski (W.). Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung des Blutbrechens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Valeur diagnostique et pronostique de l'hématémèse.

Kahane (M.). Therapie der Erkrankungen des Respirations- und Cirkulationsapparates. In-8°, 394 p. Vienne.

Kuckein (R.). Ueber zwei Fälle von Oesophaguscarcinom, welche unter dem Bilde eines Aortenaneurysmas verliefen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6, 13 et 20 nov.) — Deux cas de cancer de l'œsophage ayant simulé un anévrysme de l'aorte.

Kuttner (L.). Albuminuria minima und cyklische Albuminurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 5-6.)

Landau (A.). Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit der Nieren mit Hülfe des Methylenblau. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Examen de la capacité fonctionnelle des reins à l'aide du bleu de méthylène.

Maillart (H.) et **Lasserre** (A.). Un cas de pneumothorax droit spontané (pneumothorax des conscrits); examens radioscopiques et mensuration de la pression pleurale. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Mintz (S.). Ueber hämorrhagische Magenerosionen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.)

Moor (V.). Le taux exact de l'urée dans l'urine humaine et la manière de le déterminer (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Morlot (E.). Note sur le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par les ponctions minimes répétées. (*Bourgogne méd.*, sept.)

Mutermilch (S.). Die chemischen und morphologischen Eigenschaften der fettigen Ergüsse (Hydrops chylosus et chyliformis). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Les propriétés chimiques et morphologiques des épanchements graisseux.

Nel XXV anniversario di insegnamento clinico di Alberto Riva (14 Dicembre 1902). In-8°, 294 p. Parme. R. Pellegrini. — [Livre jubilaire.]

Plönies (W.). Die Reizungen des Nervus sympathicus und vagus beim Ulcus ventriculi, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für Diagnose und Therapie. In-8°, 54 p. Wiesbaden. — Les irritations des nerfs sympathique et vague dans l'ulcère de l'estomac et leur signification pour le diagnostic et pour le traitement.

Predtetschensky (W.). Akuter und chronischer Gelenksrheumatismus; deren Entstehung und Beziehung zu anderen Gelenksaffectionen. (*Centr.-Bl. für die Grenzgebiete der Med. u. Chir.*, V, 17, 18, 19 et 20.)

Vannini (G.). Del metodo Sahli per la determinazione delle funzioni gastriche. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.)

Wright (A. E.) et **Knapp** (H. G.). A note on the causation and treatment of thrombosis occurring in connexion with typhoid fever. (*Lancet*, 6 déc.)

MALADIES INFECTIEUSES

Brill (N. E.). Paratyphoid fever. (*Med. Record*, 29 nov.)

Dombrowski (W.). Untersuchungen über das Contagium der Pocken. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Recherches sur l'agent pathogène de la variole.

Frank (J.). Primary tuberculosis of the parotid gland. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Lord (F. T.). 11 acute and 18 chronic cases of influenza, proved by bacteriological examination. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 déc.)

Martini (E.). Beschleunigung und Sicherung der Pestdiagnose in zweifelhaften Fällen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 1.) — Diagnostic précoce et sûr de la peste dans les cas douteux.

Métin (E.). Recherches sur l'étiologie de la dysenterie des pays chauds. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Péhu. Sur un cas de fièvre typhoïde par contagion hospitalière. (*Ann. d'hyg. publ.*, déc.)

Revello (R.). Note statistiche e cliniche sulla recente epidemia di vaiolo. (*Pammatone*, VI, 4.)

Sogniès (H.). Etiologie de la tuberculose à Nancy. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

Vassal (J.). La sérothérapie de la peste bubonique; épidémie du Port (Réunion), 1900-1901. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bechterev (V. von). Ueber den Lumbofemoralreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.)

Braun (L.) et **Fuchs** (A.). Ueber ein neurasthenisches Pulsphänomen. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 6 déc.)

Bruns (L.). Ueber Chorea electrica. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 déc.)

Claparède (E.). L'illusion de poids chez les anormaux et le « signe de Demoor ». (*Arch. de psychol.*, II, 1.)

Collet (F. J.) et **Lépine** (J.). Hystérie à forme de paralysie générale. (*Rev. de méd.*, déc.)

Della Rovere (D.). Due casi di lipoma della pia meninge. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Doran (R. E.). Operative interference in epilepsy. (*Albany Med. Ann.*, déc.)

Ferrannini (L.). Il metamerismo secondario degli arti; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 1er déc.)

Freund (H.). Tetanie und Krampfneurosen. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 et 22 nov.)

Haskovec (L.). Poznamky ku reflexu pilomotorickemu. (*Sbornik klinicky*, IV, 2.)

Huismans. Gekreuzte Adduktorenreflexe bei Syringomyelie und Neuritis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 déc.) — Réflexes croisés des adducteurs dans la syringomyélie et la névrite.

Jacobi (A.). Causes of epilepsy in the young. (*Amer. Medicine*, 13 déc.)

Janowski (W.). Drei Fälle von Neuritis arsenicalis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.)

Kopczynski (S.). Casuistische Beiträge zur Kenntnis der Geschwülste und Abscesse des Gehirns. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Les tumeurs et les abcès du cerveau.

Lannois. Névrite professionnelle du cubital palmaire chez un verrier diabétique. (*Lyon méd.*, 7 déc.)

Markiewicz (J.). Beitrag zur chronischen ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale.

Minerbi (C.) et **Tedeschi** (E.). Le « facies faunica », un signe dégénératif chez quelques névropathes. (*Rev. neurol.*, 15 nov.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bodin (E.). Note sur le traitement des accidents graves de la syphilis par les injections mercurielles à doses élevées. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 4.)

Buschke (A.). Ueber Prurigo lymphatica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 nov.)

Charmeil. Blennorrhagie compliquée (épididymite, déférentite, rhumatisme). (*Echo méd. du Nord*, 21 déc.)

Dittrich (F.). Beitrag zur Lehre von der chirurgischen Syphilis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.)

Gailleton. La syphilis des verriers au point de vue de la prophylaxie et de la responsabilité légale. (*Lyon méd.*, 7 déc.)

Gorodtzov (P.). Diagnostic et traitement de la blennorrhagie et de ses complications (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Hassler. Lèpre atténuée; mal rouge de la Guyane chez un Européen. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 déc.)

Hecker (R.). Die Erkennung der fötalen Syphilis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 et 13 nov.) — Le diagnostic de la syphilis congénitale.

Herxheimer (K.) et **Krause**. Ueber eine bei Syphilitischen vorkommende Quecksilberreaktion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 déc.) — Sur une réaction à l'égard du mercure chez les syphilitiques.

Joseph (M.). Ueber Nagelkrankheiten. (*Berlin. Klinik*, nov.) — Sur les affections des ongles.

Mannino (L.). La cura della sifilide col metodo delle fumigazioni mercuriali nella camera calda o stufa. In-8°, 22 p. Palerme.

Reale (A.). Contribuzione clinica alla patogenesi dell'eczema, con brevi considerazioni. In-8°, 23 p. Naples.

Truffi (M.). Contributo allo studio dell'angiocheratoma. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, XLIII, 6.)

CHIRURGIE

Bellandi (E.). Note sur un cas de collection purulente sous-périostée de la région temporale. (*Egypte méd.*, 15 déc.)

Blumberg (J.). Ueber das Ballonsymptom bei Darmocclusion. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 1-2.)

Ebbinghaus (H.). Ein Beitrag zur Lehre von den traumatischen Erkrankungen des Herzens; ein Fall von subacut verlaufender traumatischer Herzruptur mit Tod am 9. Tage. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 1-2.) — Un cas de rupture traumatique du cœur à évolution subaiguë, avec issue fatale au neuvième jour.

Hadke (M.). Zur Aetiologie der Coxa vara. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 1-2.)

Hildebrand (O.). Beitrag zur Leberchirurgie: 4 Leberabscesse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Contribution à la chirurgie du foie: 4 abcès hépatiques.

Kredel (L.) et **Beneke** (R.). Ueber Ganglioneurome und andere Geschwülste des peripheren Nervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.)

Küster (E.). Die klinischen Zeichen der eitrigen und brandigen Formen der Epityphlitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Les signes cliniques des formes suppurées et gangreneuses de la pérityphlite.

Küttner (H.). Welche Aussichten bietet die Operation des Mammacarcinoms bei vergrösserten Supraclaviculardrüsen? (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 2.) — Le pronostic de l'opération pour cancer du sein en cas de tuméfaction des ganglions sus-claviculaires.

Labeyrie. De la chloroformisation. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 déc.)

Landerer (A.). Die operative Behandlung der Varikositäten und des Ulcus cruris. (*Deutsche Praxis*, 25 déc.)

Lange (F.). Eine Plauderei über Appendicitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.)

Latis. Un caso di ematocolpo. (*Gazz. degli Osped.*, 23 nov.)

Lauenstein (C.). Beitrag zu der Frage der Spiralfracturen des Unterschenkels, nebst Beschreibung einer typischen Form des Spiralbruches beider Knochen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Fractures en spirale de la jambe, avec description d'une forme typique de fracture en spirale des deux os de la jambe.

Lesser (L. von). Ueber die Luxation des Os lunatum carpi. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.)

Ljunggren (C. A.). Zur Kenntnis des progredienten Leberkavernomes. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 4.) — Contribution à l'étude de l'angiome caverneux du foie.

Marocco (G.). Sull'estirpazione della glandula parotide; indicazioni e tecnica. In-16, 88 p. Messine.

Merkens. Zur Krebsfrage (nach Beobachtungen an Mammatumoren). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 1-2.) — Contribution à l'étude du cancer (d'après des observations sur des tumeurs du sein).

Müller (E.). Anatomische Vorgänge bei der Heilung der angeborenen Hüftluxation durch unblutige Reposition; meine Resultate dieser Behandlung. (*Zeitsch. f. orthopäd. Chir.*, XI, 2.) — Conditions anatomiques dans la guérison de la luxation congénitale de la hanche traitée par la méthode non sanglante.

Nicoladoni (C.). Ueber die Bedeutung des Musculus tibialis posticus und der Sohlenmuskeln für den Plattfuss. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — La signification du muscle tibial postérieur et des muscles soléaires pour le pied plat.

Oertel. Ueber das Verhalten der Knochen bei Streifschüssen aus modernen Kriegswaffen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Sur l'état des os dans les blessures par armes à feu modernes.

Pagenstecher (E.). Dürfen wir die Bauchfelltuberculose operativ behandeln? (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Doit-on traiter chirurgicalement la tuberculose péritonéale?

Perez (G.). Die Influenza in chirurgischer Beziehung; 2. Mitteilung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 1-2.) — La grippe au point de vue chirurgical.

Poppert. Experimentelle und klinische Beiträge zur Aethernarkose und zur Aether-Chloroform-Mischnarkose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.)

Rey et **Hérail**. Emploi des greffes d'Ollier-Thiersch dans un cas de brûlure grave. (*Bull. méd. de l'Algérie*, nov.)

Riedel. Ueber Darmdiphtherie nach schweren Operationen bei sehr geschwächten Kranken. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Diphtérie intestinale consécutive aux opérations graves sur des malades très affaiblis.

Riethus (O.). Ueber einen Fall von Schussverletzung des Herzens mit Einheilung des Projectils, nebst experimentellen Untersuchungen über Fremdkörper im Herzen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Blessure du cœur par arme à feu avec enkystement du projectile.

Salinari (S.) et **Virdia** (T.). Contributo sperimentale ed istologico alla sutura delle arterie. (*Giorn. med. del R°. Esercito*, 31 mai.)

Savelli (E.). Contributo clinico allo studio della diagnosi e della cura dell'occlusione intestinale. (*Pratica del Medico*, déc.)

Sick. Ueber angeborenen Schulterblatthochstand. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Position élevée congénitale des omoplates.

UROLOGIE

Baldassari (L.) et **Finotti** (R.). Trattamento delle perforazioni vescicali con trapianti; nota preventiva. (*Riforma med.*, 18 déc.)

Baroni (G.). Delle ernie della vescica. (*Riforma med.*, 19 et 20 déc.)

Madden (F. C.). Notes sur 100 observations de calcul vésical. (*Egypte méd.*, déc.)

Robinson (B.). Landmarks in the ureter. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Anatomie chirurgicale des uretères.

Viertel (F.). Erfahrungen über die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels Bottini'scher Operation. (*Monatsberichte für Urologie*, VII, 12.)

Wohl (M.). Die Frühdiagnose der beginnenden Harnröhrenstricturen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 7 déc.) — Le diagnostic précoce des rétrécissements de l'urèthre.

OPHTALMOLOGIE

Domela (Th.). La résection temporaire de la paroi orbitaire externe dite opération de Krönlein. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Eloui Bey (M.). Contribution à l'étude de la granulation conjonctivale; de sa nature et de sa prophylaxie dans les écoles (granulations réelles et fausses granulations). In-8°, 56 p. avec fig. Le Caire.

Enslin (F.). Ueber die diagnostische Bedeutung des Tuberculins auf ophthalmologischem Gebiete. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 22 nov.) — La valeur diagnostique de la tuberculine en oculistique.

Ibn Sina. Die Augenheilkunde. (Trad. de l'arabe par J. Hirschberg et J. Lippert.) In-8°, 186 p. Leipzig.

Lodge (S.). Vasomotor disturbance of the eye. (*Brit. Med. Journ.*, 1er nov.)

Maddox (E.). Die Motilitätsstörungen des Auges auf Grund der physiologischen Optik, nebst einleitender Beschreibung der Tevon'schen Fascienbildungen. (Trad. de l'anglais par W. Asher.) In-8°, 316 p. avec fig. Leipzig.

Steindorff (K.). Ueber den Einfluss von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des akuten primären Glaukomanfalles. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 déc.) — Influence de la température et de la saison sur l'éclosion du glaucome primaire aigu.

Voïlas (N.). Le vrai trachome et ses rapports avec les autres affections de la conjonctive. In-12, 39 p. Le Caire.

Widmark (J. E.). Contribution to the etiology of myopia. (*Brit. Med. Journ.*, 1er nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Audebert (J.). A propos de deux cas d'éclampsie post-partum. (*Arch. méd. de Toulouse*, 15 mars et 15 mai.)

Bumm (E.), **Veit** (J.) et **Frommel** (R.). Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie (15. Jahrgang, 1901). In-8°, 1142 p. Wiesbaden. — Compte rendu des progrès réalisés en obstétrique et en gynécologie pendant l'année 1901.

Bushong (Ch. H.). Lacerations of the uterine cervix and their sequelæ. (*Med. News*, 15 nov.)

Chrobak (R.). Berichte aus der 2. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik in Wien. T. II. In-8°, XXVII-348 p. Vienne.

Deneffe. Le spéculum de la matrice à travers les âges. In-8°, 88 p. avec planches. Anvers.

De Smitt (B. S.). Zur Kasuistik des Abortus provocatus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVII, 3.)

Dienst (A.). Neuere Untersuchungen über das Wesen der Eklampsie und Gesichtspunkte über die Behandlung der Krankheit. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 342.) — Nouvelles recherches sur la nature de l'éclampsie et remarques sur son traitement.

Fournier. Note sur la résection des varices chez la femme enceinte. (*Gaz. méd. de Picardie*, déc.)

Gradenwitz (R.). Ueber die Exstirpation des puerperalseptischen Uterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 et 30 déc.)

Hegar (A.). Operation der Fibromyome des Uterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 nov.)

PÉDIATRIE

Bär (A.). Zur Schwellung der peripheren Lymphdrüsen im Säuglingsalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 6.) — Tuméfaction des ganglions lymphatiques périphériques chez les nourrissons.

Cattaneo (C.) et **Marimò** (F.). Ricerche su alcune sensibilità e sul senso stereognostico nella età infantile. (*Pediatria*, déc.)

Codivilla (A.). Sul trattamento delle deformità paralitiche nei bambini. (*Nuovo raccoglitore med.*, déc.)

Goldreich (L.). Meningitis beim Neugeborenen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 6.) — Méningite chez le nouveau-né.

Karewski. Zur Radikaloperation des angeborenen Leistenbruches kleiner Kinder. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 20 déc.) — Cure radicale de la hernie inguinale congénitale chez les petits enfants.

Leiner (C.). Ueber Wundscharlach bei Verbrennungen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVI, 6.) — Scarlatine chirurgicale dans les brûlures.

Maccarone (C.). La dispepsia dei neonati e dei bambini lattanti e la funzione della glandola mammaria. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, sept.-oct. et nov.-déc.)

Morquio (L.). La cuna del Asilo de E. y Huérfanos. In-8°, 235 p. avec graphiques. Montévidéo. — La crèche de l'Asile de E. y Huérfanos.

Oliveira (O. de). Estatistica do dispensario de creanças de Porto Alegre durante o anno de 1901. (*Brazil-medico*, 15 sept.)

Villa (A.). L'anchilostomiasi nella pratica pediatrica. (*Pammatone*, VI, 4.)

TÉRATOLOGIE

Durante (G.). Contribution à l'étude de l'achondroplasie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Geipel (P.). Weitere Beiträge zum Situs transversus und zur Lehre von den Transpositionen der grossen Gefässe des Herzens. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 1-2 et 3-4.) — La position transversale du cœur et la transposition des gros vaisseaux.

Maidlow (W. H.). A case of anencephalus. (*Lancet*, 11 oct.)

Mouchotte (J.). Hémimélie et amputation congénitale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alexander (G.) et **Reko** (B.). Zur Frage der Verwertbarkeit der Rhodanreaction des Speichels bei Ohrerkrankungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 oct.) — Sur la disparition des sulfocyanures de la salive au cours des affections de l'oreille.

Boulai. Sur quelques cas de corps étrangers du conduit auditif externe. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 4.)

Fränckel (P.). Zur Kenntnis des angeborenen Kehlkopfdiaphragmas. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 déc.) — Contribution à l'étude du diaphragme congénital du larynx.

Kutvirt (O.). O nádorech mandli. (*Casopis lékaru ceskych*, 22 et 29 nov. et 6 déc.) — Les tumeurs des amygdales.

Reichel (P.). Zur Technik der Radicaloperation der chronischen Mittelohreiterung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Technique de la cure radicale de l'otite moyenne chronique purulente.

HYGIÈNE

De Giaxa (V.). Compendio d'igiene. 4e éd. In-8°, 927 p. Milan.

Esmarch (E. von). Hygienisches Taschenbuch. 3e éd. In-12, 295 p. Berlin. — Compendium d'hygiène.

General-Bericht über die Sanitäts-Verwaltung im Königreich Bayern (1900). In-8°, 404 p. avec fig. Munich. — Rapport sur l'administration sanitaire en Bavière pendant l'année 1900.

Grixoni (G.). Contributo alla conoscenza delle alterazioni della carne in conserva. (*Giorn. med. del R°. Esercito*, nov. et déc.)

Proust et **Faivre** (P.). Rapport sur différents procédés de destruction des rats et de désinfection à bord des navires. In-8°, 51 p. Melun. Impr. administrative.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Carrara (M.). Contributo allo studio della putrefazione del sangue (pressione osmotica e conduttività elettrica); ricerche sperimentali. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 4.)

Cevidalli (A.). Lo stato del sangue nell'avvelenamento da fosforo, con considerazioni sulla fisiopatologia dell'intossicazione fosforica; comunicazione preliminare. (*Riforma med.*, 10, 11 et 12 déc.)

Fontanille. Aliénation mentale et criminalité (historique; expertise médico-légale; internement). In-8°, 71 p. Grenoble.

Hedrén (G.). Zur Kenntnis der nervösen Nachkrankheiten bei akuter Kohlenoxydvergiftung, nebst einigen Bemerkungen über ihre forensische Bedeutung. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXV, 4.) — Troubles nerveux consécutifs à l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone; remarques sur leur signification médico-légale.

Kionka (H.) et **Ebstein** (L.). Ueber die chronische Sulfitvergiftung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 1.) — Sur l'intoxication chronique par les sulfites.

Kister (J.) et **Wolff** (H.). Zur Anwendbarkeit des serodiagnostischen Blutprüfungsverfahrens. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLI, 3.) — Sur la valeur de la réaction biologique du sérum sanguin.

Kiwull (E.). Bromoformvergiftung bei einem dreijährigen Kinde mit tödlichem Ausgang. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 déc.) — Intoxication mortelle par le bromoforme chez un enfant de trois ans.

Kobert (K.). Lehrbuch der Intoxikationen. 2e éd. T. Ier. In-8°, XXIV-302 p. avec fig. Stuttgart.

Ligorio (E.) et **Giani** (R.). Lo stato delle cellule nervose nell'avvelenamento da iodoformio. (*Sperimentale*, LVI, 4.)

Pugnat (A.). Le séro-diagnostic du sang humain et son utilisation en médecine légale. (*Arch. d'anthropol. crim.*, déc.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Campanella (G.). Il trattamento delle dispepsie. (*Gazz. degli Osped.*, 14 déc.)

Cona (S.). Echinococco del polmone e sua cura al sublimato. (*Policlinico*, 8 nov.)

Halpern. Zur Frage über die Behandlung der Aortenaneurysmen mit subcutanen Gelatine-injectionen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.)

Kouchnir (L.). De l'alimentation des malades atteints de néphrite par les viandes blanches ou noires (en russe). (*Prakt. Vratch*, 2, 9, 23 et 30 nov. et 7 déc.)

Meyer (P.). Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnamate de soude. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Truffi (M.). Breve nota sull'uso del permanganato di potassio in alcune affezioni cutanee. (*Gazz. med. lombarda*, 20 juillet.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Grubbe (E. H.). X-rays in the treatment of cancer and other malignant diseases. (*Med. Record*, 1er nov.)

Schoull (E.). Photothérapie de la scarlatine; longue durée de la contagiosité dans cette affection. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, déc.)

Sciascia (A.). La fototerapia. In-16, 125 p. avec planches. Rome.

Skinner (C. E.). X-light in therapeutics. (*Med. Record*, 27 déc.)

BACTÉRIOLOGIE

Bodin (E.). Influence des agents extérieurs sur les bactéries : agents de destruction; antiseptiques. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XI, 4.)

Della Rovere (D.). Nuovi mezzi di coltura ricavati dall'helix pomatia. (*Gazz. degli Osped.*, 23 nov.)

Ilvento (A.). Sull'agglutinabilità del bacillo tubercolare per sieri differenti e sua importanza diagnostica. (*Riforma med.*, 13 et 14 nov.)

Joseph (M.) et **Piorkowski**. Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbazillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11, 18 et 25 déc.)

Niessen (von). Diphtheriebacillen im Blute und im Behring'schen Heilserum. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 et 29 nov.) — Bacilles diphtériques dans le sang et dans le sérum de Behring.

Piorkowski. Ueber Streptokokkensera. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er déc.)

Testi (F.). Azione dei geli e disgeli alternati sulla vitalità e virulenza di alcuni batteri patogeni. (*Riforma med.*, 19 nov.)

GÉNÉRALITÉS

Bourrillon (M.). Les stations de convalescence de Berlin (« Erholungsstätten », lieu de rétablissement) pour pensionnaires externes. In-8°, 34 p. avec fig. Melun. Impr. administrative.

Catalogue complet des thèses de doctorat de la Faculté de médecine de Bordeaux depuis sa fondation (1878) jusqu'en juillet 1902 par ordre alphabétique de sujets traités, suivi d'une table alphabétique des noms d'auteurs (avec la liste des thèses de pharmacie). In-8°, 48 p. Bordeaux. L. Robin.

Index-catalogue of the library of the Surgeon-General's Office, United States Army; authors and subjects. 2e série. T. VII : Hernia-Inquiry. In-4°, 1003 p. Washington.

Kolipinski (L.). A study of sex-production in man. (*Med. News*, 22 nov.)

Medical and surgical reports of the Boston City Hospital. 13th series. In-8°, 205 p. avec fig. Boston.

Viégas (L.). O alcoolismo. In-8°, 123 p. Coimbra.

23e ANNÉE. — N° 12. Vingt centimes le numéro. 25 MARS 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Chirurgie des grosses ascites, par M. le docteur F. Lejars 93
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Sur un cas de blastomycose intrapéritonéale 96
Traitement chirurgical du ptosis 96
Académie des sciences. — Le cœur à l'état pathologique 96
Transformations et végétations épithéliales provoquées par les lésions mécaniques des tissus sous-cutanés 96
La régularisation de la circulation du sang chez l'animal nouveau-né 96
Société médicale des hôpitaux. — Traitement de la colique de plomb par les lavements électriques 97
Société de biologie. — Des effets antitoxiques de l'hyperchloruration 97
Glycosurie et hypophyse 97
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur la maladie de Barlow 97
Ablation d'une tumeur médullaire 97
Société de médecine interne de Berlin. — Applications cliniques du sérum antistreptococcique 97
Un cas de fistule gastro-colique 97
Réaction cellulaire dans l'infection péritonéale expérimentale par le streptocoque 98
Lettres d'Autriche. — Des différents modes de transmission héréditaire de la syphilis ... 98
L'hypersécrétion gastrique alimentaire 98
Graves brûlures de la main résultant du passage d'un courant de 5,500 volts 98
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Des ulcérations tuberculeuses de l'estomac 98
Fièvre typhoïde; pseudo-péritonite par perforation 99
Publications allemandes. — Identité des bacilles de la tuberculose d'origine humaine et d'origine bovine 99
Torsion de l'utérus s'accompagnant d'une hématosalpinx aiguë non infectieuse 99
Des rapports entre l'angine amygdalienne et l'appendicite 99
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — L'emploi de l'iodure de méthyle à titre de révulsif 100
Le chlorure de calcium dans le traitement de la variole hémorrhagique 100
Les avantages du borax sur l'acide borique pour la préparation des gargarismes 100
Emploi de compresses à l'alcool contre les angines phlegmoneuses et la scarlatine 100
Traitement des hémorrhoïdes par des injections d'eau salée chaude 100
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Allaitement artificiel et maladie de Barlow ..... 97^1 97^2
Angine amygdalienne et appendicite ..... 99^3
Angines phlegmoneuses ..... 100^3
Appendicite et angine amygdalienne ..... 99^3
Ascite ..... 93^1
Blastomycose intrapéritonéale ..... 96^2
Borax en gargarisme ..... 100^3
Brûlure par un courant électrique ..... 98^2
Chlorure de calcium contre la variole hémorrhagique ..... 100^2
Circulation du sang et sa régularisation chez l'animal nouveau-né ..... 96^3
Cœur à l'état pathologique ..... 96^3
Colique de plomb ..... 97^1
Compresses à l'alcool contre les angines phlegmoneuses et la scarlatine ..... 100^3
Eau salée chaude en injection contre les hémorrhoïdes ..... 100^3
Epilepsie ..... 97^1
Epithélium et ses modifications sous l'influence de lésions mécaniques des tissus sous-cutanés ..... 96^3
Fièvre typhoïde et pseudo-péritonite par perforation ..... 99^1
Fistule gastro-colique ..... 97^3
Glycosurie et hypophyse ..... 97^1
Hématosalpinx aiguë non infectieuse et torsion de l'utérus ..... 99^3
Hémorrhoïdes ..... 100^3
Hérédosyphilis ..... 98^1
Hyperchloruration et ses effets antitoxiques. 97^1
Hypersécrétion gastrique alimentaire ..... 98^2
Hypophyse et glycosurie ..... 97^1
Infection péritonéale expérimentale par le streptocoque et leucocytose ..... 98^1
Iodure de méthyle comme révulsif ..... 100^1
Ivresse ..... 97^2
Lavement électrique contre la colique de plomb ..... 97^1
Maladie de Barlow ..... 97^1 97^2
Pseudo-péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde ..... 99^1
Ptosis ..... 96^2
Scarlatine ..... 100^3
Sérothérapie antistreptococcique ..... 97^2
Syphilis et sa transmission héréditaire ..... 98^1
Torsion de l'utérus et hématosalpinx aiguë non infectieuse ..... 99^3
Traitement chirurgical des grosses ascites .. 93^1
— — du ptosis ..... 96^2
— de la colique de plomb ..... 97^1
— de la maladie de Barlow ..... 97^2
— de la scarlatine ..... 100^3
— de la variole hémorrhagique ..... 100^2
— de l'épilepsie ..... 97^1
— de l'ivresse ..... 97^2
— des angines phlegmoneuses ..... 100^3
— des hémorrhoïdes ..... 100^3
— des tumeurs médullaires ..... 97^2
Tuberculose humaine et identité de son bacille avec celui de la tuberculose des bovidés ..... 99^2
Tumeur médullaire ..... 97^2
Ulcérations tuberculeuses de l'estomac ..... 98^2
Variole hémorrhagique ..... 100^2

VARIA

Un dernier mot sur les Congrès internationaux de Madrid en 1903.

Dans les deux journées qui précéderont l'inauguration du quatorzième Congrès international de médecine se tiendra à Madrid le deuxième Congrès international de la presse médicale. C'est par pure dérision que celui-ci porte une telle dénomination, car, à l'instar du Congrès de médecine, il comprendra comme membres titulaires des médecins, des pharmaciens, des dentistes et des vétérinaires (1). Il paraît qu'à Madrid on ne veut décidément pas organiser des réunions exclusivement composées de médecins. A Paris, quand il s'agit, en 1900, de convoquer le premier Congrès international de la presse médicale, la commission d'organisation eut soin de décider, dès sa première séance, que le Congrès ne comprendrait pas de pharmaciens, le corps pharmaceutique ayant ses assises propres, ses journaux spéciaux, lesquels ne font pas partie de l'Association de la presse médicale française, et pouvant, si bon lui semblait, organiser un Congrès similaire. C'était là une question de principe, et à l'unanimité elle fut résolue dans le sens que nous venons d'indiquer. Inutile de dire qu'il ne fut jamais question des dentistes ni des vétérinaires.

Le Comité d'organisation du deuxième Congrès international de la presse médicale a voulu suivre le mauvais exemple du Congrès international de médecine, mais pas plus pour l'un que pour l'autre le règlement de Madrid ne se justifie, et, en ce qui nous concerne, nous nous refusons absolument à adhérer à un Congrès organisé contrairement aux règles établies. Nous considérerons donc comme non avenu tout ce que pourra faire un Congrès composé de membres dont une partie représente des périodiques autres que des journaux de médecine.

Quant au Congrès international de médecine, sur lequel nous nous sommes déjà expliqué à deux reprises (18 juin et 27 août 1902), il est appelé à siéger en pure perte, à cause de la faute lourde commise par le Comité exécutif de Madrid. De tous côtés, des médecins connus nous ont avisé qu'ils ne tiennent pas à assister à une réunion qui ne sera pas exclusivement composée de médecins. En effet, comme nous l'avons dit l'année dernière, ce ne sera pas un Congrès de médecine, mais un Congrès de médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, sages-femmes, etc., etc. Dans ces conditions, la *Semaine Médicale*, fidèle aux principes, s'abstiendra de donner le compte rendu des travaux de ce Congrès, auquel l'histoire réservera sans doute une page blanche.

(1) Pour permettre au lecteur de juger par lui-même, nous reproduisons ci-dessous la partie du règlement du Congrès qui se rapporte au point visé, en mettant en regard les textes adoptés pour le Congrès de Paris et pour le Congrès de Madrid :

Paris	*Madrid*
Pourront faire partie du Congrès, à titre de *membres titulaires*, les propriétaires, les rédacteurs en chef, les secrétaires de rédaction, les rédacteurs attitrés, les éditeurs de journaux médicaux et de journaux de sciences médicales, les docteurs en médecine rédacteurs de chroniques scientifiques dans la presse politique, les conseils judiciaires de journaux médicaux.	Pourront faire partie du Congrès, à titre de *membres titulaires*, les propriétaires, les rédacteurs en chef, les secrétaires de rédaction, les rédacteurs et collaborateurs, les éditeurs de journaux de médecine, *pharmacie, odontologie et vétérinaire;* les rédacteurs de chroniques scientifiques dans la presse politique, les conseils judiciaires de journaux médicaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX

ANNÉE 1902

Nous donnons ci-dessous les dernières indications bibliographiques se rapportant à l'année écoulée.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Merkel (F.) et **Bonnet** (R.). Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte (Jahrgang 1901). T. XI, 2e partie. In-8°, 1187 p. avec fig. Wiesbaden. — Revue des travaux d'anatomie et d'embryologie publiés en 1901.

Pólya (A. E.) et **Navratil** (D. von). Untersuchungen über die Lymphbahnen der Wangenschleimhaut. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 1-2.) — Recherches sur les voies lymphatiques de la muqueuse des joues.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Lubarsch (O.) et **Ostertag** (R.). Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (Register zu Jahrgang I-VI). In-8°, 251 p. Wiesbaden. — Progrès de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique de l'homme et des animaux (tables des six premières années).

Molon (C.). Sulle modificazioni morfologiche dei globuli bianchi dell'uomo determinate da un siero leucolitico. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Rössle (R.). Störungen der Regeneration von Nierenepithelien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 3.) — Troubles de la régénération des épithéliums rénaux.

Smith (W. H.). A method of staining sputum for bacteriological examination. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 déc.)

Unna (P. G.). Die Schaumzellen, zugleich ein Beitrag zur Histologie des Rhinoskleroms. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 déc.)

Zirolia (G.). Il corpuscolo di Poggi negli organi ematopoietici dei feti prematuri. (*Arch. per le scienze med.*, XXVI, 4.)

MÉDECINE

Comptes rendus du Congrès français de médecine. 6e session (Toulouse, 1902). T. II. In-8°, LVIII-588 p. avec graphiques.

Landolfi (M.). Analisi quantitativa dell'acido cloridrico del succo gastrico mediante il metodo del Petteruti. (*Thèse de Naples.*)

Paviot. Diagnostic de l'ostéomalacie à la phase « osteomalacia fragilis ». (*Province méd.*, 20 et 27 déc.)

Pstrokonski (J.). Zur pathologischen Anatomie und Klinik des primären Magensarkoms. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Anatomie pathologique et symptomatologie du sarcome primitif de l'estomac.

Rzetkowski (C. von). Zur Lehre des Stoffwechsels bei chronischer Nierenentzündung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.) — Des échanges organiques dans la néphrite chronique.

Strauss (H.). Die Harnkryoskopie in der Diagnostik doppelseitiger Nierenerkrankungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 5-6.) — La cryoscopie des urines dans le diagnostic des affections bilatérales des reins.

Vannini (G.). Contributo allo studio del ricambio materiale nella clorosi. In-8°, 31 p. Bologne.

MALADIES INFECTIEUSES

De Blasi (L.). Laboratorio medico-micrografico e di vaccinazioni antirabbiche [di Palermo]; statistica delle vaccinazioni eseguite da Marzo 1887 a Dicembre 1901. In-4°, 24 p. avec graphiques. Palerme.

Marchiafava (E.) et **Bignami** (A.). La infezione malarica. In-8°, 638 p. avec fig. Milan.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Cavazzani (E.). Sur l'innervation motrice des vaisseaux du cerveau et de la moelle. (*Arch. ital. de biol.*, XXXVIII, 1.)

Mouraviev (V.). Contribution à la symptomatologie de la syphilis cérébrale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LVIII, 24.)

Obersteiner (H.). Arbeiten aus dem neurologischen Institute (Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems) an der Wiener Universität. Fasc. 9. In-8°, 427 p. avec fig. Vienne.

Pauly (R.). Doigts en valgus. (*Rev. de méd.*, déc.)

Pierret (A.). Les rémissions spontanées de la paralysie générale tabétique. (*Lyon méd.*, 21 déc.)

Pulawski. Periodische Neurasthenie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVI, 1-4.)

Rockwell (A. D.). The neuron theory, its relation to physical and psychical methods of treatment. (*Med. Record*, 13 déc.)

Salvatori (G.). « Adiposis dolorosa » (malattia di Dercum). (*Policlinico*, 27 déc.)

Sardo (G. P.). Sulle amiotrofie d'origine cerebrale. In-8°, 56 p. Perouse.

Schwarz (L.). Paraplegie nach Sonnenstich. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 déc.) — Paraplégie consécutive à l'insolation.

Sorgo (J.). Zur Histologie und Klinik der Neurofibrome, nebst Bemerkungen über das Verhalten der Patellarreflexe bei Querschnittsläsionen des Rückenmarkes im unteren Brustmarke. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLXX, 3.) — L'histologie et la symptomatologie des neurofibromes, avec remarques sur l'état des réflexes rotuliens dans les cas de myélites transverses intéressant la portion inférieure de la moelle thoracique.

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). L'image mentale morbide. (*Rev. de méd.*, nov. et déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Nario (F. L.). La méthode de Prokhorov dans le traitement de la syphilis. In-8°, 55 p. Buénos-Ayres.

Schirren (C.). Ein Beitrag zur Achillodynia syphilitica. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.)

Strubell (A.). Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der syphilitischen Trachealstenosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 nov.)

Truffi (M.). Favo eritemato-squamoso circinnato in un neonato. (*Gazz. med. italiana*, 11 déc.)

Vörner (H.). Ueber Blutplättchenbefunde im Blute von Syphilitikern und ihre Bedeutung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 déc.) — La présence de plaquettes sanguines dans le sang des syphilitiques et sa signification.

Weidenfeld (S.). Weitere Beiträge zur Lehre von den Verbrennungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er et 8 nov.) — Nouvelles recherches sur les brûlures.

CHIRURGIE

Angelesco (C.). Thérapeutique post-opératoire. T. Ier : thérapeutique générale. In-8°, 480 p. Bucharest.

Goullioud. Deux entérectomies pour tumeurs du cæcum (cancer et tuberculose); anesthésie discontinue, en chirurgie intestinale. (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, mai-juin.)

Monod (C.) et **Vanverts** (J.). Traité de technique opératoire. T. II. In-8°, 1011 p. avec fig.

Pouey (E.). Quistes hidáticos múltiples del abdomen. (*Rev. méd. del Uruguay*, déc.)

Spijarny (J.). Zur Frage der bösartigen Lymphome (Lymphoma malignum). (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 nov.)

Stokes (W.). Selected papers on operative and clinical surgery. (Publ. par W. Taylor.) In-8°, 510 p. Londres.

Vulliet (H.). Quelques remarques sur les manifestations articulaires de l'hémophilie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Werner (J.). Ueber extracranielle Aneurysmen der Carotis interna. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.)

Whitman (R.). A new method of treatment for fracture of the neck of the femur, together with remarks on coxa vara. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Un nouveau procédé de traitement des fractures du col du fémur.

Wiesinger (A.). Ueber acute Darmwandbrüche der Linea alba und der vorderen Bauchwand mit Ausgang in Gangrän. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Hernies intestinales étranglées de la ligne blanche et de la paroi abdominale antérieure, aboutissant à la gangrène.

Wieting (J.). Beitrag zu den angeborenen Geschwülsten der Kreuz-Steissbeingegend. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVI, 3.) — Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.

Wildiers. Le pouvoir antiseptique du sublimé corrosif et du sulfate de mercure éthylène diaminé dans la désinfection des mains. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, nov.-déc.)

Wullstein (L.). Die Skoliose in ihrer Behandlung und Entstehung. In-8°, 212 p. avec fig. Stuttgart. — Etiologie et traitement de la scoliose.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Audebert (J.). De la dystocie, et, en particulier de la dystocie des épaules due à la contraction du releveur coccy-périnéal. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, LXXXI, 2.)

Latis. Innondazione peritoneale consecutiva alla rottura d'una gravidanza extrauterina tubarica; laparotomia, guarigione. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, août.)

Marocco (C.). Contributo alla facile rimozione del pessario ad uovo incarcerato. (*Policlinico*, partie chir., IX, 12 bis.)

Morelli (G.). Cardiopatie e gravidanza. (*Gazz. degli Osped.*, 14 déc.)

Pincus (L.). Zur Amenorrhoe dem Alter nach geschlechtsreifer Mädchen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 déc.) — Aménorrhée des jeunes filles ayant atteint l'âge de la puberté.

Polk (W. M.). Operations upon the uterine appendages for sterility. (*Med. Record*, 6 déc.)

Szili (A.). Ein Fall von Adenofibrom des Ligamentum rotundum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Wells (B. H.). Repeated ectopic gestation. (*Med. Record*, 22 nov.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Carrara (M.). Sulla coagulabilità del sangue asfittico fuori dall' organismo; ricerche sperimentali. In-8°, 32 p. Pavie.

Gerlach (A.). Zur akuten Formalinvergiftung. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 sept.) — Empoisonnement aigu par la formaline.

Reille (P.). L'alcoolisme et la loi sur les accidents du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, déc.)

Revenstorf. Ueber den Wert der Kryoskopie zur Diagnose des Todes durch Ertrinken. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 nov.) — Sur la valeur de la cryoscopie pour le diagnostic de la mort par submersion.

Schrenck-Notzing (F. von). Kriminalpsychologische und psycho-pathologische Studien. In-8°, 207 p. Leipzig.

Testi (F.). Sull'avvelenamento per formalina. (*Policlinico*, 20 déc.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Girard (H.). Le Haut-Tonkin; essai de climatologie médicale. (*Arch. gén. de méd.*, nov. et déc.)

Vinaj (G. S.). L'idroterapia. In-16, 348 p. Milan.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Boudet (M.) et **Grand** (R.). Documents inédits sur les grandes épidémies; étude historique sur les épidémies de peste en Haute-Auvergne (XIVe-XVIIIe siècles). In-8°, 140 p.

Zuccarelli (P.). Histoire médicale de la ville de Bastia. 2 vol. In-8°, 556 p. A. Maloine.

GÉNÉRALITÉS

Coccolatos (Cl.) Βιος Σπυριδὼνὸς σ. του Μαυρόγενους πασα. In-8°, 24 p. avec portrait. Athènes. — Vie de Mavrogéni Pacha, médecin en chef du sultan.

Hasse (K. E.). Erinnerungen aus meinem Leben. 2e éd. In-8°, 444 p. avec portraits. Leipzig. — Souvenirs de ma vie.

Köhler (A.). Beitrag zur Geschichte der socialen Wohlfahrtseinrichtungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVII.) — Histoire des institutions sociales de protection publique.

Statistischer Sanitäts-Bericht der k. u. k. Kriegs-Marine für die Jahre 1900 und 1901. In-4°, 238 p. Vienne. — Statistique sanitaire de la marine militaire de l'Autriche-Hongrie pour les années 1900-1901.

ANNEE 1903

Dans ce bulletin, nous indiquons tous les titres des ouvrages et des mémoires médicaux publiés en 1903 ou portant le millésime de ladite année, dont la connaissance nous est parvenue dans l'intervalle de chacun des numéros de la *Semaine Médicale*.

Les ouvrages sans indication de lieu ont été publiés à Paris.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Barth. Histologische Knochenuntersuchung bei tabischer Arthropathie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Histologie des os dans l'arthropathie tabétique.

Disse. Untersuchungen über die Durchgängigkeit der jugendlichen Magen-Darmwand für Tuberkelbacillen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 janv.) — Recherches sur la perméabilité des parois du tube digestif des jeunes sujets à l'égard des bacilles de la tuberculose.

Ehrich (E.). Ueber glattwandige falsche Cysten in Geschwülsten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Pseudo-kystes à parois lisses dans les tumeurs.

Ito (S.). Untersuchungen über die im Rachen befindlichen Eingangspforten der Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 janv.) — Recherches sur les portes d'entrée de la tuberculose par le pharynx.

Woolley (P.). Adrenal tumors. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bouchard (Ch.). Traité de pathologie générale. T. VI. In-8°, 944 p.

Dungern (E. von). Die Antikörper. In-8°, 114 p. avec fig. Iéna.

Kyes (P.) et **Sachs** (H.). Zur Kenntnis der Cobragift activirenden Substanzen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12, 19 et 26 janv.) — Les substances exaltant l'action du venin de serpent.

Landau (H.). Etudes sur l'hémolyse. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Linser (P.). Ueber die Beziehungen zwischen Nebennieren und Körperwachstum, besonders Riesenwuchs. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Des rapports entre les capsules surrénales et la croissance du corps, surtout au point de vue du gigantisme.

Robertson (W. A.). A contribution to the study of the local distribution of cancer in Scotland. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.)

Ruffer (M. A.) et **Crendiropoulo** (M.). Note on a new method of producing haemolysins. (*Brit. Med. Journ.*, 24 janv.)

Stern (H.). A contribution to the pathogenesis of the uræmic state; the probability of its physico-electric substratum. (*Med. Record*, 24 janv.)

MÉDECINE

Albu (A.). Weitere Beiträge zur Lehre von der Darmfäulnis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 nov. 1902 et 16 fév.) — La putréfaction intestinale.

Anders (J. M.) et **Boston** (L. N.). Bence-Jones albumosuria. (*Lancet*, 10 janv.)

Bendix (E.) et **Bickel** (A.). Experimentell-kritischer Beitrag zur Lehre von der Glycolyse. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.)

Carrière (G.). Des hyperchlorhydries cliniques sans hyperchlorhydrie. (*Nord méd.*, 1er janv.)

Claude (H.) et **Balthazard** (V.). Remarques sur la cryoscopie des urines. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Dornblüth (O.). Kompendium der inneren Medizin. 5e éd. In-8°, 456 p. avec fig. Leipzig.

Edgren (J. G.). Om de s. k. nervösa hjärtsjukdomarna. (*Hygiea*, janv.) — Les prétendues névroses du cœur.

Ekgren (E.). Taschenbuch der Massage. In-8°, 90 p. avec fig. Berlin.

Fischer (H.). Vade-mecum des maladies médico-chirurgicales du tube digestif. In-18, 430 p.

Grasset (J.). Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. 4e série (avril 1898 à décembre 1902). In-8°, 755 p. Montpellier. Coulet et fils.

Janowski (W.). Allgemeine Semiotik des Erbrechens. In-8°, 108 p. Iéna. — Séméiologie générale des vomissements.

Klein. Ueber die Bakterienmenge in menschlichen Fäces. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.) — Sur la teneur des fèces humaines en bactéries.

Laqueur. Ueber Quecksilberbindung im Urin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 janv.) — Des composés hydrargyriques dans les urines.

Liebe (G.), **Jacobsohn** (P.) et **Meyer** (G.). Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. T. II, 2e partie. In-8°, 1396 p. Berlin. — Manuel des soins à donner aux malades.

MALADIES INFECTIEUSES

Angier. La tuberculose au Cambodge. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Balthazard (V.). Sur un cas de méningite aiguë cérébro-spinale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Baradat. Les agents physiques dans la cure de la tuberculose. In-8°, 56 p. J.-B. Baillière et fils.

Brauer (L.). Das Auftreten der Tuberkulose in Cigarrenfabriken. (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, I, 1.)

Cassaët (E.). Du choix des aliments albuminoïdes dans la convalescence des maladies infectieuses. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 18 janv.)

Hawthorn (E.). De la séro-réaction tuberculeuse par agglutination de cultures liquides homogènes de bacille de Koch; sa valeur pour le diagnostic précoce de la tuberculose. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Hénaff. La tuberculose chez les indigènes de Cochinchine. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Hoffmann (W.). Beitrag zur Kenntnis der Tuberkuloseverbreitung in Baden. (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, I, 1.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Barjon (F.). Accidents pseudo-méningitiques à répétition au cours de l'évolution d'une chorée de Sydenham chez une hystérique. (*Lyon méd.*, 25 janv.)

Berent (W.). Zur Aetiologie osteoarthropathischer Veränderungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 janv.) — Etiologie des altérations ostéo-arthropathiques.

Bloch (I.). Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. 2e partie. In-8°, 400 p. Dresde.

Debray (A.). Hémiatrophie facio-scapulo-humérale. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Deny (G.) et **Roy** (P.). La démence précoce. In-16, 96 p. avec fig.

Donath (J.). Beiträge zur Pathologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit; Die Blutdruckverhältnisse bei Morbus Basedowii. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.) — La pression sanguine dans la maladie de Basedow.

Ferrannini (L.). Rückenmarks- und Wurzelmetamerie bei der Syringomyelie. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 10 janv.) — Métamérie médullaire dans la syringomyélie.

Haskovec (L.). Pression intra-artérielle dans la névrose traumatique. (*Rev. neurol.*, 31 janv.)

Heldenbergh (C.). Note à propos du réflexe de Babinski. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Janet (P.). Les obsessions et la psychasthénie. T. Ier : études cliniques et expérimentales sur les idées obsédantes, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les délires du contact, les angoisses, les sentiments d'incomplétude, la neurasthénie, les modifications du sentiment du réel; leur pathogénie et leur traitement. In-8°, 764 p. avec fig.

Krafft-Ebing (R. von). Ueber gesunde und kranke Nerven. 5e éd. In-8°, 176 p. Tubingue. — Les nerfs sains et malades.

Leszynsky (W. M.). Headache in its relation to disorders of the general health. (*Med. Record*, 3 janv.) — La céphalalgie dans ses rapports avec les troubles de la santé générale.

Löwenfeld (L.). Sexualleben und Nervenleiden. 3e éd. In-8°, 326 p. Wiesbaden. — La vie sexuelle et les troubles nerveux.

Marillier (L.) et **Philippe** (J.). Recherches sur la topographie de la sensibilité cutanée. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bettmann. Lupus follicularis disseminatus. (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, I, 1.)

Busse (O.). Ueber syphilitische Entzündungen der quergestreiften Muskeln. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Inflammations syphilitiques des muscles striés.

Crocker (H. R.). Diseases of the skin : description, pathology, diagnosis, treatment; special reference to skin eruptions of children; analysis of 15,000 cases of skin disease. 3e éd. 2 vol. In-8°, 1390 p. avec fig. et planches. Londres. — Maladies de la peau.

Düring (von). Ueber Syphilisimmunität, besonders in Hinsicht auf das sogenannte Profeta'sche Gesetz. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 janv.)

Himmel (J. M.). Zur Kenntnis der senilen Degeneration der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 1.) — Contribution à l'étude de la dégénérescence sénile de la peau.

Plehn (A.). Ueber eine lepraähnliche Krankheit im Kamerungebiet. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 1.) — Sur une maladie rappelant la lèpre dans la région du Cameroun.

Ravaut (P.). Etude cytologique du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, janv.)

Small (W. B.). Treatment of gonorrhea in the female. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Tschlenow (M.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Pityriasis rubra (Hebra). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 1.)

Zeissl (M. von). Diagnose und Therapie des Trippers und seiner Complicationen beim Manne und Weibe. 2e éd. In-8°, 270 p. avec fig. Vienne. — Diagnostic et traitement de la blennorrhagie et de ses complications.

CHIRURGIE

Abbe (R.). Subdural interposition of rubber tissue without removal of the Gasserian ganglion in operations for « tic douloureux ». (*Ann. of Surgery*, janv.) — Interposition sous-dure-mérienne d'une rondelle de caoutchouc sans résection du ganglion de Gasser dans les interventions pour tic douloureux.

Ackermann (D.). Ueber die Umstülpung des Processus vermiformis und ihre Beziehung zur Intussusception. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Inversion de l'appendice dans ses rapports avec l'intussusception.

Barnett (Ch. E.). On a possible cause of difficulty in the differential diagnosis between renal calculi and hepatic calculi. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Beck (C.). Exploratives Princip und Technik beim secundären Brustschnitt. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — La pleurotomie secondaire; exploration et technique.

Becker (A.). Ueber gleichzeitige Erkrankungen an Appendicitis und Cholelithiasis respective Cholecystitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 3-4.) — Sur la coexistence de l'appendicite et de la cholélithiase.

Berger (E.). Die Hepaticusdrainage. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.)

Bergmann (A. von). Zur Freilegung des Hüftgelenks durch den Larghi'schen Bogenschnitt. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — La découverte de l'articulation de la hanche au moyen de l'incision arciforme d'après le procédé de Larghi.

Bevan (A. D.). Surgery of the stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 janv.)

Borchard. Ueber einige seltenere Folgezustände nach Schädelbasisfractur. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 5-6.) — Sur quelques complications éloignées peu communes des fractures de la base du crâne.

Boucaud (L. de). Fractures fermées des membres et intervention sanglante précoce. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent de Paul de Bordeaux*, janv.)

Braun (H.). Ueber den Einfluss der Vitalität der Gewebe auf die örtlichen und allgemeinen Giftwirkungen localanästhesirender Mittel, und über die Bedeutung des Adrenalins für die Localanästhesie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — L'influence de la vitalité des tissus sur les effets toxiques des anesthésiques locaux et la valeur de l'adrénaline pour l'anesthésie locale.

Brunn (M. von). Ueber den primären Krebs der Extremitäten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Cancer primitif des extrémités.

Bureau (E.). De l'intervention chirurgicale dans l'appendicite. (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 janv.)

Cahier (L.). Des occlusions aiguës de l'intestin grêle et de leur différenciation avec les appendicites. (*Rev. de chir.*, janv.)

Cook (F. R.). Adhesive plaster strapping for sprains; the indications for its use. (*Med. Record*, 10 janv.) — Traitement de l'entorse par la compression au moyen de bandes de diachylon.

Dawbarn (R. M.). Some points in ligation of arteries. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Delatour (H. B.). Excision of the clavicle. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Derscheid (G.). De la tuberculose musculaire. (*Policlinique*, 15 janv.)

De Ruyter. Ueber Carcinomentwicklung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Développement du cancer.

Dollinger (J.). Das anatomische Hindernis der Reposition bei veralteten subcoracoidealen Schulterverrenkungen und meine Methode zur blutigen Reposition dieser Verrenkung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 3-4.) — L'obstacle anatomique à la réduction des luxations sous-coracoïdiennes invétérées de l'épaule et ma méthode de réduction sanglante de ces luxations.

Eiselsberg (von). Zur radicalen Behandlung der Darminvagination. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Cure radicale de l'invagination intestinale.

Eisendrath (D.). Tuberculosis of the cervical lymph glands. (*Journ. of Tuberculosis*, janv.)

Ferguson (A. H.). A contribution to the surgery of the gall bladder and ducts. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 janv.) — Chirurgie de la vésicule et des voies biliaires.

Gaudiani (V.). L'anestesia generale col cloruro d'etile; nota preventiva. (*Policlinico*, 24 janv.)

Géraud (H.) et **Mignot** (R.). Kyste hydatique costal. (*Rev. de chir.*, janv.)

Gersuny (R.). Harte und weiche Paraffinprothesen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 3 janv.) — Prothèses dures et molles à la paraffine.

Giordano (E.). Due suture del ventricolo sinistro per ferite da punta e taglio. (*Gazz. degli Osped.*, 11 janv.)

Göschel. Die mehrzeitige Resektion des Dickdarms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — La résection du gros intestin en plusieurs temps.

Grekov (I.). Traitement des fistules stercorales; une conséquence insolite de l'exclusion complète de l'intestin (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 janv.)

Griffith (F.). A treatment for spina bifida, with the history of a case. (*Med. Record*, 31 janv.)

Grouzdev (V.). Technique des laparotomies (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 et 11 janv.)

Gulland (G. L.) et **Wallace** (D.). Constriction of the small intestine by a gangrenous appendix. (*Brit. Med. Journ.*, 10 janv.)

Häckel (H.). Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Tuméfaction symétrique des glandes lacrymales et salivaires.

Hacker (von). Ersatz von Schädeldefekten durch unter der Kopfschwarte verschobene oder umgeklappte Periostknochenlappen beziehungsweise Periostlappen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Réparation des pertes de substance du crâne au moyen de lambeaux ostéopériostés ou périostés, empruntés au voisinage.

Helferich (H.). Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. 6e éd. In-8°, 348 p. avec fig. et planches. Munich.

Henriksen (P. B.). Nervesutur og nerveregeneration. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv. et fév.)

Herhold. Der functionelle Plattfuss, mit besonderer Berücksichtigung seines Entstehens durch Traumen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 3-4.) — Le pied plat d'origine fonctionnelle, surtout au point de vue du rôle étiologique des traumatismes.

UROLOGIE

Antonelli (I.). Nuovo metodo di nefropessia. In-8°, 22 p. Milan.

Bazy (P.). Contribution à la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente; bassinets et uretères des nouveau-nés. (*Rev. de chir.*, janv.)

Elsworth (R. C.). Total extirpation of the prostate : Freyer's operation. (*Brit. Med. Journ.*, 17 janv.)

Göbel (C.). Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der Cystitis und der Blasentumoren bei Bilharziakrankheit. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 3-4.) — Traitement chirurgical de la cystite et des tumeurs vésicales dans la bilharziose.

Kelly (H. A.). Removal of vesical papilloma through an incision in the septum with the patient in the knee-chest posture. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — Extirpation d'un papillome vésical à travers une incision de la cloison vésico-vaginale, la patiente étant dans la position genu-pectorale.

Lucke (R.). Die chronische Harnverhaltung in diagnostischer und therapeutischer Beziehung. In-8°, 52 p. avec fig. Iena. — La rétention chronique d'urine.

Rouville (G. de). Consultations sur les maladies des voies urinaires. In-8°, 272 p. avec fig.

Smith (O. C.). The treatment of prostatic hypertrophy. (*Yale Med. Journ.*, janv.)

OPHTALMOLOGIE

Alger (E. M.). The relations and treatment of follicular conjunctivitis and trachoma. (*Med. Record*, 24 janv.)

Collomb (A.). Iritis ourlienne; un cas d'iritis ourlienne double. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Fuchs (E.). Lehrbuch der Augenheilkunde. 9e éd. In-8°, 916 p. avec fig. Vienne. — Traité d'ophtalmologie.

Gallemaerts. Dermoïde de la conjonctive et de la cornée. (*Policlinique*, 1er janv.)

Monthus (A.) et **Opin**. Précis de technique microscopique de l'œil. In-12, 270 p. avec fig. et planches. Asselin et Houzeau.

Opdyke (R.). The close analogy of trachoma to adenoids. (*Med. Record*, 3 janv.)

Robinson (W.). Bottle-finishers' cataract. (*Brit. Med. Journ.*, 24 janv.) — La cataracte des ouvriers verriers.

Rogman. Sarcome périthélial de l'iris avec envahissement du corps ciliaire. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Trousseau (A.). La ligature capsulaire dans l'opération du strabisme. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Van der Hoeve (J.). Venae vorticosae chorio-vaginales bij myopie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 janv.)

Van Duyse. Exophtalmie pulsatile droite et atrophie post-névritique de la papille optique gauche; tumeur pulsatile de l'angle orbitaire interne gauche; ligature espacée des deux carotides primitives. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Abrams (E. T.). Puerperal eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Angelini (A.). Sull'isteropessia; storia di un'operata; critica dei vari processi operatorii; processo da preferirsi. (*Policlinico*, 17 janv.)

Bardeleben (H. von). Beitrag zur geburtshülflichen, gynäkologischen und entwickelungsgeschichtlichen Bedeutung des Anus anomalus vulvo-vaginalis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 1.) — L'anus vulvo-vaginal au point de vue obstétrical, gynécologique et embryologique.

Blumreich (L.). Ueber die Wechselbeziehungen zwischen parametritischem Exsudat und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 1.) — Des rapports qui existent entre les exsudats paramétritiques, d'une part, et la grossesse, le travail et les suites de couches, d'autre part.

Boldt (H. J.). Extrauterine pregnancy. (*Med. Record*, 10 janv.)

Bond (C. J.). On the results in 50 cases of abdominal hysterectomy for fibroid disease of the uterus. (*Lancet*, 17 janv.)

Brindeau (A.). Comment faut-il traiter les déchirures du périnée non réunies primitivement ? (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 janv.)

Delbecq. A propos d'un cas d'éclampsie. (*Echo méd. du Nord*, 18 janv.)

Dienst (A.). Ueber den Bau und die Histogenese der Placentargeschwülste. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 2.) — Structure et histogénie des tumeurs du placenta.

Eversmann (J.). Beitrag zur Frage der Aetiologie der Entbindungslähmungen der oberen Extremität. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 1.) — Contribution à l'étiologie des paralysies obstétricales des extrémités supérieures.

Gillespie (W.). The mechanism of labor and instrumental assistance when the head is transverse in the pelvic brim. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — Mécanisme de l'accouchement et intervention instrumentale en cas de position transverse de la tête.

Henkel (M.). Beitrag zur Lehre vom Geburtsmechanismus (Eintritt des Kopfes in den geraden Durchmesser des Beckeneinganges). (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 2.) — Du mécanisme de l'accouchement (l'engagement de la tête dans le détroit supérieur).

Herff (O. von). Zur Behandlung des Puerperalfiebers. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv.) — Traitement de la fièvre puerpérale.

Hill (R. S.). Malformations of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Hofmeier (M.). Ueber die Berechtigung der Perforation des lebenden Kindes. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 2.) — Justification de la craniotomie sur l'enfant vivant.

Ill (E. J.). Etiology and prophylaxis of lesions of the female pelvic tract following labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Kaufman (M.). Zur Lehre von den Zerreissungen des Scheidengewölbes während der Geburt. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 1.) — Déchirures de la voûte vaginale pendant le travail.

Kossmann (R.). Allgemeine Gynäkologie. In-8°, 612 p. avec fig. Berlin. — Gynécologie générale.

Küstner. Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 janv.) — La rupture de l'utérus constitue-t-elle une indication à l'opération césarienne en cas de nouvelle grossesse?

Liepmann (W.). Ueber ein für menschliche Placenta spezifisches Serum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 déc. 1902 et 29 janv.) — Sur un sérum spécifique à l'égard du placenta humain.

Oehlecker (F.). Drüsenuntersuchungen bei 7 Fällen von Uteruscarcinom. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 2.) — Examen des ganglions lymphatiques dans 7 cas de cancer de l'utérus.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Butts (H.). Hypertrophy of the lymphoid ring of the pharynx and its surgical treatment. (*Med. Record*, 17 janv.)

Castex (A.). Maladies du larynx, du nez et des oreilles. 2e éd. In-18, 924 p. avec fig.

Cozzolino (V.). Tabulae otologicae. In-folio, 6 planches en couleurs, avec texte allemand, italien, anglais et français. Vienne.

Delavan (D. B.). Ankylosis of the crico-arytenoid articulation, due to acute inflammatory causes. (*Med. Record*, 24 janv.)

Dölger (R.). Die Mittelohreiterungen, auf Grundlage der statistischen Berichte Bezold's (1869-1896) und einer eigenen Fortsetzung derselben bis zum Jahre 1901. In-8°, 145 p. Munich. J. F. Lehmann. — Les otites moyennes.

Eitelberg (A.). Zur Symptomatologie der akuten Entzündungsprozesse des Gehörorgans. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 janv.) — Symptomatologie de l'otite aiguë.

Gluck. Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Schlundes, Kehlkopfes und der Trachea. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — L'état actuel de la chirurgie du pharynx, du larynx et de la trachée.

Hajek (M.). Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. 2e éd. In-8°, 361 p. avec fig. Vienne. — Pathologie et traitement des affections inflammatoires des cavités accessoires du nez.

23e ANNÉE. — N° 13. Vingt centimes le numéro. 1er AVRIL 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

Travaux originaux. — Les sourds inconscients, par M. le docteur Eugène Félix.. 101
Médecine pratique. — La valeur des solutions colorées pour la recherche des pigments biliaires dans l'urine.................. 103
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — A propos de la maladie de Paget considérée comme une manifestation de syphilis héréditaire tardive............... 103
Hérédité du rachitisme.................. 104
Académie des sciences. — Les défenses de l'organisme chez les nouveau-nés........ 104
Sur le siège et la nature des images hypnagogiques.............................. 104
Sur la psychophysiologie du sommeil...... 104
Société de chirurgie. — Suture de l'artère iliaque externe................................ 104
Des microorganismes de l'air 105
Société médicale des hôpitaux. — Pachyméningite hémorrhagique avec chromo-diagnostic................................ 105
Séparation des urines dans un cas d'infarctus rénal............................... 105
Société de biologie. — De l'influence de l'hypochloruration sur l'action thérapeutique des bromures............................ 105
Lésions des centres nerveux chez les nouveau-nés.............................. 105
Formule hémo-leucocytaire dans l'accouchement et les suites de couches........... 105
Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Transmission de la tuberculose humaine à un veau.............................. 105
Sur la maladie de Barlow.................. 105
Société de médecine interne de Berlin. — Rhumatisme articulaire chronique traité avec succès par le sérum antistreptococcique.. 106
Bronchectasie avec bacilles pseudo-tuberculeux.................................. 106
Lettres d'Amérique. — La fièvre typhoïde aux Etats-Unis............................. 106
Littérature médicale : *Publications allemandes.* — Sur les variations d'activité des feuilles de digitale au cours d'une même année.. 107
Nouvelles études sur les fistules urétérales et les blessures de l'uretère............ 107
Sur la phosphaturie....................... 107
Contribution à la pathogénie expérimentale de l'éclampsie......................... 108
Publications anglaises. — Corps étrangers de l'appendice vermiforme.................. 108
Un cas de diphtérie accompagnée de trismus et d'opisthotonos persistants....... 108
Ligature simultanée des deux veines jugulaires internes........................... 108
Notes thérapeutiques. — Traitement de la péritonite purulente diffuse par la ponction suivie d'un lavage à l'eau salée.......... 108
Le suc hépatique dans le traitement de la lithiase biliaire et de l'angiocholite...... 108
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Accouchement et suites de couches et formule leucocytaire........................ 105^3
Angiocholite.............................. 108^3
Bromures et hypochloruration.............. 105^2
Bronchectasie à bacilles pseudo-tuberculeux................................... 106^1
Chromo-diagnostic de la pachyméningite hémorrhagique............................ 105^1
Corps étrangers de l'appendice............ 108^2
Défenses de l'organisme chez le nouveau-né. 104^1
Digitale et ses variations d'activité...... 107^2
Diphtérie avec trismus et opisthotonos persistants.............................. 108^2
Eclampsie et sa pathogénie................ 108^1
Fièvre typhoïde aux Etats-Unis............ 106^2
Fistules urétérales et blessures de l'uretère. 107^3
Hérédo-syphilis et maladie de Paget........ 103^3
Hypochloruration et action thérapeutique des bromures.......................... 105^2
Images hypnagogiques...................... 104^3
Infarctus rénal et séparation des urines... 105^2
Lésions des centres nerveux chez les nouveau-nés................................ 105^2
Ligature simultanée des deux veines jugulaires internes......................... 108^2
Lithiase biliaire.......................... 108^3
Maladie de Barlow......................... 105^3
— de Paget et hérédo-syphilis tardive. 103^3
Microorganismes de l'air.................. 105^1
Nouveau-nés et défenses de l'organisme.... 104^1
Ostéo-arthropathies hérédo-syphilitiques.... 105^2
Pachyméningite hémorrhagique avec chromo-diagnostic............................. 105^1
Péritonite purulente diffuse.............. 108^3
Phosphaturie.............................. 107^3
Pigments biliaires et leur recherche dans l'urine................................ 103^2
Polynucléose neutrophile de l'accouchement et des suites de couches............... 105^3
Ponction suivie de lavage contre la péritonite purulente diffuse.................. 108^3
Rachitisme et son hérédité................ 104^1
Rhumatisme articulaire chronique.......... 106^1
Séparation des urines et infarctus rénal.... 105^2
Sérum antistreptococcique contre le rhumatisme articulaire chronique............ 106^1
Solutions colorées pour la recherche des pigments biliaires dans l'urine......... 103^2
Sommeil et sa psychophysiologie........... 104^3
Sourds inconscients....................... 101^1
Suc hépatique contre la lithiase biliaire et l'angiocholite......................... 108^3
Suture de l'artère iliaque externe......... 104^3
Traitement de la fièvre typhoïde aux Etats-Unis.................................. 106^2
— de la lithiase biliaire.............. 108^3
— de la péritonite purulente diffuse 108^3
— des fistules et blessures de l'uretère................................. 107^3
— du rhumatisme articulaire chronique................................. 106^1
Tuberculose humaine et sa transmission à un veau................................. 105^3

VARIA

Coïncidence du quatorzième Congrès international de médecine avec les élections générales des députés en Espagne.

Depuis la publication de notre dernier entrefilet sur le quatorzième Congrès international de médecine, il s'est produit un événement politique qui n'est pas sans devoir influer d'une manière fâcheuse sur cette réunion, dont le caractère médical est déjà fort compromis par la faute du Comité d'organisation : nous voulons parler des élections générales des députés, qui, par décret royal publié dans la *Gaceta de Madrid* du 27 mars, ont été fixées au 26 avril prochain. Or, c'est du 23 au 30 avril, alors que la période électorale sera à son apogée, que siégera le Congrès international de médecine. Une pareille coïncidence est d'autant plus regrettable que la lutte des partis s'annonce comme devant être très ardente, l'union des républicains, qui ne s'était plus faite depuis une trentaine d'années, venant de se réaliser.

Il est tout naturel de penser, d'une part, que l'accomplissement de leurs devoirs politiques obligera les Espagnols, surtout ceux des provinces, à déserter les séances du Congrès, et, d'autre part, que les étrangers seront quelque peu chagrins de se trouver dans un pays à un moment où l'agitation des partis est portée à l'extrême. On comprendra facilement, sans qu'il soit besoin d'y insister, que cette situation ne peut qu'être défavorable aux travaux d'une réunion scientifique ; jointe à tout ce que l'on sait déjà, elle est de nature à décider ceux qui étaient encore hésitants à s'abstenir de se rendre à Madrid en cette circonstance.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Alfred Gross est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Lausanne. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten G. Rossier (*obstétrique*), M. Muret (*gynécologie*).

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Giovanni Vitali est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Josef Victor Rohon, professeur extraordinaire d'histologie et d'embryologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur G. Nobl est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Chantelauze, ancien député de la Haute-Loire. — M. le docteur Enrico Bottini, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Francesco Randacio, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Luciano Armanni, professeur d'histologie pathologique à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Alexander Barron, ancien professeur d'anatomie pathologique à l'University College de Liverpool.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Aupiais (J.). Contribution à l'étude des plaies de l'artère sous-clavière.

Baillon (A.). Contribution à l'étude de la chéloïde.

Bain (A.). De l'auto-représentation chez les hystériques.

Barthelat (G.-J.). Les mucorinées pathogènes et les mucormycoses chez les animaux et chez l'homme.

Blanc (A.). Etude thérapeutique sur le pyramidon.

Breitel (H.). Du myxœdème spontané chez l'enfant.

Brissot (P.). L'adrénaline; ses applications en ophtalmologie.

Camus (J.). Les hémoglobinuries (étude pathogénique).

Carrez (H.-G.). Etude clinique de quelques analgésies viscérales profondes dans le tabes; de l'analgésie linguale.

Dereure (M.). Des suites éloignées des méningites bactériennes (méningite cérébro-spinale et paralysie infantile).

Dumény (A.). L'ulcère traumatique de l'estomac.

Durand-Viel (P.). Des variations de la pression artérielle au cours de quelques maladies chez les enfants.

Erlanger (V.). L'adrénaline dans le traitement des métrorrhagies.

Ferry (A.). L'amygdalite phlegmoneuse et son traitement par la levure de bière.

Forest. (L.-A.). Les moustiques et la fièvre jaune.

Gascheau (P.). Etude sur les tumeurs solides de l'ovaire.

Grelley (V.). L'alimentation artificielle des nourrissons et le scorbut infantile.

Gros-Devaud (L.). De la carcinose herniaire.

Jambon (J.). Essai sur l'assistance maternelle en Bretagne.

Jore d'Arces (P.). Exploration de l'œsophage à l'aide des rayons X.

Joron (L.). Contribution à l'étude des suppurations pancréatiques.

Labbé (R.). Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance.

Labussière (C.). De l'hygiène du chauffage, et, en particulier, de l'emploi de la vapeur à basse pression pour le chauffage.

Laisney (Ch.). De l'augmentation de la sécrétion lactée suivant les demandes.

Larré (A.). De la fièvre hystérique.

Le Bossé (O.). Le diagnostic de l'hydrocéphalie fœtale pendant la grossesse et pendant le travail; son importance au point de vue du pronostic maternel.

Le Clech (E.). Prostatites d'origine intestinale.

Lejonne (P.). Contribution à l'étude des atrophies musculaires dans la sclérose en plaques.

Le Monnier (J.). La pleurésie hémorrhagique cancéreuse; contribution à l'étude cytoscopique.

Lorier (F.). Traitement de la rétention placentaire post-abortive non-compliquée.

Marcorelles (R.). Contribution à l'étude du kératocone, et, en particulier, de son traitement par la cautérisation ignée.

Pabeuf (A.). Des tératomes du testicule; contribution à l'étude de ces tumeurs.

Parrot (L.). Les variations de la spasmodicité dans la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot).

Pierreson (L.-H.). Corps étrangers organisés du péritoine libres dans les sacs herniaires.

Pioche (J.). Essai de la médication thyroïdienne dans l'épilepsie.

Poilloüe de Saint-Périer (R. de). Contribution à l'étude de l'emploi thérapeutique des courants de haute fréquence dans les maladies dues au ralentissement de la nutrition.

Ribierre (P.). L'hémolyse et la mesure de la résistance globulaire; application à l'étude de la résistance globulaire dans l'ictère.

Roger (F.-G.). Protection de la mère dans l'industrie.

Savornin (H.-J.). Des acnés symptomatiques; contribution à l'étude étiologique des acnés.

Sergent (E.). La lutte contre les moustiques; une campagne antipaludique en Algérie.

Vernet (H.-J.). Le traitement des fractures du maxillaire inférieur par la suture osseuse.

Vicq (J.). La mort dans la chorée.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bardeleben (K. von). Handbuch der Anatomie des Menschen. Fasc. 10. In-8°, 173 p. avec fig. Iéna.

Böhm (A.) et **Davidoff** (M. von). Lehrbuch der Histologie des Menschen, einschliesslich der mikroskopischen Technik. 3e éd. In-8°, 417 p. avec fig. Wiesbaden. — Traité d'histologie.

Born (P.). Compendium der Anatomie. In-8°, 364 p. Fribourg.

Hertwig (O.). Eléments d'anatomie et de physiologie générales : la cellule. (Trad. de l'allemand par Ch. Julin.) In-8°, 428 p. avec fig.

Stöhr (Ph.). Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie des Menschen, mit Einschluss der mikroskopischen Technik. 10e éd. In-8°, 444 p. avec fig. Iéna. — Traité d'histologie et d'anatomie microscopique.

Ziegler. Beitrag zur Anatomie des Plexus chorioideus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 5-6.)

PHYSIOLOGIE

Bertrand (G.). Nouvelles recherches sur l'arsenic de l'organisme; présence de ce métalloïde dans la série animale. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Etard (A.). Méthode d'hydrolyse des protoplasmides. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Godin (P.). Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps; détermination de l'adolescent type aux différents âges pubertaires d'après 36,000 mensurations sur 100 sujets suivis individuellement de 13 à 18 ans. In-8°, 224 p. A. Maloine.

Patel et **Pellanda**. Sur la physiologie du voile du palais. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Pottevin (H.). Influence de la configuration stéréo-chimique des glucosides sur l'activité des diastases hydrolytiques. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Sergi (S.). Sulla natura del fenomeno della rotazione intorno all'asse longitudinale negli animali con lesioni unilaterali del cervelletto. (*Policlinico*, partie méd., X, 1.)

Stcherbak (A.). Quelques nouvelles données sur la physiologie des réflexes tendineux. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Tétau (J.). Etude physiologique et clinique sur la chaleur animale; mesures de l'intensité des combustions organiques par la thermométrie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 janv.)

Tissot (J.). Recherches sur l'influence des variations d'altitude sur les échanges respiratoires. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Van Voornveld (H. A.). De bepaling van het hæmoglobinegehalte van het blood. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 fév.) — Sur la teneur du sang en hémoglobine.

Weiss (G.). La conductibilité et l'excitabilité des nerfs. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Jelke (W. F.). Studies of ovarian embryomata, or so-called ovarian dermoid cysts. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Kelly (A. J.). On multiple serositis; the association of chronic obliterative pericarditis with ascites, with particular reference to the « pericarditic pseudocirrhosis of the liver » of Pick and the « iced liver » (Zuckergussleber) of Curschmann. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Mönckeberg (J. G.). Ueber die reine Mediaverkalkung der Extremitätenarterien und ihr Verhalten zur Arteriosklerose. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 1.) — La calcification de la tunique moyenne des artères des extrémités et ses rapports avec l'artériosclérose.

Pacinotti. Fatti di degenerazione miocardica per trombosi della coronaria sinistra e colorazione col rosso Sudan (III). (*Boll. della Soc. Eustachiana*, I, 1-2.)

Pollak (E.). Heterotopie im histologischen Aufbau eines fibrösen Uteruspolypen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 janv.)

Pusateri (S.). Contributo allo studio dei tumori dell'intestino. (*Policlinico*, partie chir., X, 1.)

Ranke (H. von). Altes und Neues zur pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 janv.) — Anatomie pathologique du noma.

Ravenna (E.). Beitrag zur Histiogenese der melanotischen Hautgeschwülste. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 1.) — Contribution à l'histogenèse des tumeurs mélanotiques de la peau.

Rossi (A.). Reperto microscopico raro in un caso di tumore addominale. (*Gazz. degli Osped.*, 11 janv.)

Saltykow (S.). Ueber Entzündung der quergestreiften Muskeln. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 1.) — Inflammation des muscles striés.

Segale (M.). Rene cistico congenito e sistema semplice dell'ovaio. (*Gazz. degli Osped.*, 18 janv.)

Seggel (R.). Histologische Untersuchungen über die Heilung von Sehnenwunden und Sehnendefekten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Recherches histologiques sur la guérison des plaies tendineuses.

Unna (P. G.). Ueber Hyalin und Bacillenhüllen im Rhinoskleromgewebe. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 janv.) — Hyaline et capsules bacillaires dans le tissu atteint de rhinosclérome.

Wandel (O.). Ueber Volvulus des Coecum und Colon ascendens. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 1.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Herter (C. A.) et **Wakeman** (A. J.). On adrenalin glycosuria and certain relations between the adrenal glands and carbohydrate metabolism. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Lucatello (L.) et **Malon** (C.). Di un siero leucolitico antileucemico. (*Gazz. degli Osped.*, 25 janv.)

Morgenroth (J.). Ueber die Bindung hämolytischer Ambozeptoren. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 janv.) — Sur la fixation des ambocepteurs hémolytiques.

Müller (P. Th.). Ueber die Immunisierung des Typhusbazillus gegen spezifische Agglutinine. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 janv.)

Neisser (M.) et **Shiga** (K.). Ueber freie Receptoren von Typhus- und Dysenteriebazillen und über das Dysenterietoxin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 janv.)

Schanz (F.). Perlsucht und menschliche Tuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er janv.) — La pommelière et la tuberculose humaine.

Silvestrini (R.). Alcune ricerche relative al riassorbimento dell'essudato fibrinoso nella polmonite crupale. (*Boll. della Soc. Eustachiana*, I, 1-2.)

Weber (E.). Le terrain humain de la tuberculose. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Woods-Hutchinson. The meaning of uric acid and the urates. (*Lancet*, 31 janv.) — La signification de l'acide urique et des urates.

MÉDECINE

Borgbjærg (A.). Om hyperaciditetens ætiologi. (*Hospitalstidende*, 4 et 11 mars.)

Bruneau (A.). Tuberculose des capsules surrénales à marche latente; considérations sur les causes de la mort subite dans les surrénalites. (*Marseille méd.*, 1er janv.)

Campanella (G.). Valore dell'esame chimico del succo gastrico nella diagnosi delle dispepsie. (*Gazz. degli Osped.*, 11 janv.)

Ceraulo. Soffio splenico. (*Gazz. degli Osped.*, 18 janv.)

Croftan (A. C.). A note on the chemical diagnosis of hypernephromas (suprarenal tumors) of the kidney. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 janv.)

Dare (A.). A new method of hemo-alkalimetry and a new hemo-alkalimeter. (*Philadelphia Med. Journ.*, 17 janv.)

Fedeli (C.). Della ematemesi nelle malattie della milza. (*Clinica moderna*, 7 janv.)

Mader. Beiträge zur Auskultation des Herzens und der grossen Gefässe: Stenosen der linken Arteria pulmonalis. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 janv.) — Contribution à l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux.

McCrae (Th.). Acute articular rheumatism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 janv.)

Meyer (R.). Ueber orales Bronchialrasseln. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 3 janv.)

Moraczewski (W. von). Ueber das Zusammentreffen von Oxalurie und Indikanurie. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 3 janv.) — Coexistence de l'oxalurie et de l'indicanurie.

Pal (J.). Ueber den Darmschmerz. (*Wien. med. Presse*, 11 janv.) — Sur la douleur intestinale.

Pechell (H. J.). An improved hypobromite process for the estimation of urea. (*Brit. Med. Journ.*, 24 janv.)

Penzoldt (F.) et **Stintzing** (R.). Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 3e éd. T. IV. In-8°, 1042 p. avec fig. Iéna. — Manuel de thérapeutique des maladies internes.

Riviere (C.). Perforation of the œsophagus by tuberculous glands. (*Brit. Med. Journ.*, 24 janv.)

Schlesinger. Zur Diagnose multipler Darmstenosen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 10 janv.) — Diagnostic des sténoses multiples de l'intestin.

Silbergleit (H.). Beitrag zur Lehre von der cardialen Bradycardie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.)

Zimnitzky (S.). De la digestion gastrique dans les ictères (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 et 11 janv.)

Ziverte (A.). La délimitation de l'estomac au moyen de la dilatation artificielle (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Baduel (C.) et **Gargàno** (C.). Su di una epidemia familiare da diplococco di Fränkel; contributo di osservazioni cliniche e batteriologiche. (*Gazz. degli Osped.*, 4 janv.)

Baudouin (F.). La diazo-réaction d'Ehrlich pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er janv.)

Bussière (J.-A.). Le choléra asiatique dans les établissements français de l'Inde en 1900. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Chavigny. Maladies associées; fièvre typhoïde et méningite tuberculeuse. (*Rev. de méd.*, janv.)

Conradi (H.), **Drigalski** (W. von) et **Jürgens** (G.). Ueber eine unter dem Bilde des Typhus verlaufende, durch einen besonderen Erreger bedingte Epidemie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 1.) — Une épidémie évoluant sous la forme de la fièvre typhoïde et provoquée par un agent pathogène particulier.

Coste de Lagrave. La journée du tuberculeux. (*Rev. internation. de la tuberculose*, janv.)

Genser (Th. von). Sind Varizellen eine ausschliessliche Kinderkrankheit? (*Wien. med. Wochensch.*, 17 janv.) — La varicelle est-elle exclusivement une maladie de l'enfance?

Groth (A.). Beiträge zur Kenntnis der Nebenpocken im Verlaufe der Vaccination, sowie der postvaccinalen Exantheme. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 janv.) — Sur l'éruption de pustules surnuméraires et sur les exanthèmes consécutifs à la vaccination.

Koch (R.). Die Bekämpfung des Typhus. In-8°, 22 p. Berlin.

Latham. Diagnosis and modern treatment of pulmonary consumption. In-8°, 222 p. Londres.

Lorenzoni (A.). Contributo allo studio della gangrena degli arti nel decorso della febbre tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 18 janv.)

Matchinsky (N.). Le *Proteus florescens* de H. Jäger et la maladie de Weil (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

Merveilleux. Notes sur la tuberculose pulmonaire à la Réunion. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Oehler (R.). Ueber Tuberculose-Infection. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 31 janv.)

Pernet (G.). Vaccination rashes and complications. (*Lancet*, 10 janv.) — Les exanthèmes et les complications consécutifs à la vaccination.

Pissavy (A.). Complications nerveuses de la grippe. In-12, 165 p. Plon, Nourrit et Cie.

Procopiu (G.). La pellagre. In-8°, 149 p. avec fig. A. Maloine.

Rigal. Grippes à forme méningée. (*Lyon méd.*, 18 janv.)

Ross (R.). An improved method for the microscopical diagnosis of intermittent fever. (*Lancet*, 10 janv.)

Sutherland (J.). The diffusibility of scarlet fever virus. (*Lancet*, 10 janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Beyerman (D. H.). Een geval van periphere facialis-paralyse (a frigore). (*Nederl. Tijdsch. voor Geneesk.*, 14 fév.)

Burr (Ch. W.). The relation of the prefrontal lobes to mental function. (*Philadelphia Med. Journ.*, 31 janv.)

Collins (J.). Tabes dorsalis: a study of 140 cases of locomotor ataxia. (*Med. News*, 3 janv.)

Czerwenka. Hyperaesthesia puerperalis (hysterica). (*Wien. med. Wochensch.*, 10 janv.)

Donath. Hystero-Epilepsie, durch Spiritismus hervorgerufen. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 janv.)

Eshner (A.). Peripheral neuritis as a complication of whooping-cough. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 janv.) — La névrite périphérique comme complication de la coqueluche.

Gannouchkine (P.) et **Soukhanov** (S.). De la folie circulaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 1.)

Grober (J. A.). Herdsymptome bei Hydrocephalus acutus internus der Erwachsenen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 1.) — Symptômes en foyer dans l'hydrocéphalie aiguë interne des adultes.

Guervère (A.). De l'automatisme ambulatoire (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

Heilbronner. Ueber eine Art progressiver Heredität bei Huntington'scher Chorea. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 3.)

Hirschberg (N.). Ueber die Beziehungen psychischer Zustände zum Kreislauf und zur Athmung; plethysmographische Untersuchungen an Geisteskranken. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 24 janv.) — Des rapports entre les troubles psychiques, la circulation et la respiration; recherches pléthysmographiques sur des aliénés.

Ingelrans (L.). De l'exagération des réflexes dans les polynévrites. (*Echo méd. du Nord*, 8 fév.)

Leyden (E. von) et **Goldscheider**. Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. 2e éd. 1re partie. In-8°, 256 p. avec fig. Vienne. — Les affections de la moelle épinière et du bulbe.

Liebmann (A.) et **Edel** (M.). Die Sprache der Geisteskranken nach stenographischen Aufzeichnungen. In-8°, 183 p. Halle. — Le langage des psychopathes d'après des notes sténographiques.

Marie (P.) et **Guillain** (G.). Les lésions du système lymphatique postérieur de la moelle sont l'origine du processus anatomo-pathologique du tabes. (*Rev. neurol.*, 31 janv.)

Martius (F.). Pathogenese innerer Krankheiten. 3. Heft: Functionelle Neurosen. In-8°, p. 261 à 324. Vienne. — Pathogénie des névroses fonctionnelles.

Mills (Ch. K.) et **Spiller** (W. G.). Paralysis of all four limbs and of one side of the face with dissociation of sensation, developing in a few hours and resulting from meningomyeloencephalitis. (*Journ. of Nervous and Mental Disease*, janv.) — Paralysie des quatre membres et de la moitié de la face, avec dissociation des sensations, développées en quelques heures et due à une méningomyélo-encéphalite.

Mircoli (S.). Psicopatie coreiche e significato etiogenico. (*Gazz. degli Osped.*, 18 janv.)

Mislawski (N.). Cortex cerebri and iris. (*Journ. of Physiol.*, fév.)

Mouratoff (E.). Sur le diagnostic et la pathogénie des myélites aiguës. (*Rev. de méd.*, janv.)

Perdrau (J. A.). Softening about the right calcarine fissure, associated with left hemianopia. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.) — Ramollissement au voisinage de la scissure calcarine droite, avec hémianopsie gauche.

Perrando (G.). Il problema psichiatrico della responsabilità. In-8°, 48 p. Sassari.

Rothmann (M.). Ueber die Ergebnisse der experimentellen Ausschaltung der motorischen Function und ihre Bedeutung für die Pathologie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.) — Les résultats de l'abolition expérimentale de la fonction motrice et leur signification pour la pathologie.

Schön (W.). Kopfschmerzen und verwandte Symptome. In-8°, 51 p. Vienne. — Les céphalalgies et les symptômes analogues.

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). La logique morbide. T. Ier : l'analyse mentale. In-18, XXVIII-273 p.

CHIRURGIE

Blauel (C.). Ueber centrale Kieferfibrome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Sur les fibromes centraux du maxillaire.

Hildebrand (O.). Beitrag zur Talma'schen Operation. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 5-6.)

Hölscher (R.). Beiträge zur Kenntnis der Pustula maligna. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.)

Honsell (B.). Ueber die isolierten Brucheinklemmungen des Wurmfortsatzes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Sur les incarcérations herniaires isolées de l'appendice.

Hoppe (W.). Beitrag zur Lehre von den angeborenen Kreuzsteissbeingeschwülsten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 5-6.) — Les tumeurs congénitales du sacrum.

Huntington (Th. W.). Considerations relative to Basedow's disease; the application of « regionary anæsthesia » in its surgical treatment. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Jordan. Ueber primäre acute Typhlitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.)

Kaposi (H.). Chirurgie der Notfälle. In-8°, 235 p. Wiesbaden. — Chirurgie d'urgence.

Klaussner (F.). Ueber die Winkelmann'sche Hydrocelenoperation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.)

Kocher (Th.). Mobilisierung des Duodenum und Gastroduodenostomie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 10 janv.)

Körte (W.). Ueber die Operation der Cholecystitis acuta infectiosa im acuten Stadium. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.)

Kristinus (C.). Zur Scheinreduction. (*Wien. med. Presse*, 18 et 25 janv.) — Sur la réduction apparente des hernies.

Küttner (H.). Ueber Pseudo-Appendicitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.)

Langemak (O.). Sero-fibrinöse Peritonitis nach akuter Enteritis, durch Laparotomie geheilt. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.)

Le Moine. Fréquence des abcès à Tahiti; phlegmons dans les gaines musculaires; psoïtis; diagnostic et traitement. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Lindner (H.). Beiträge zur Magen-Darmchirurgie : Ueber die nervösen Erkrankungen des Colon. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Chirurgie gastro-intestinale.

Mangoldt (F. von). Zur Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Traitement des cavités osseuses du tibia.

Maydl (K.). O operativném léceni nevpravitelných luxaci v kycli. (*Casopis lékaru ceskych*, 3 et 10 janv.) — Traitement opératoire des luxations irréductibles de la hanche.

Mikulicz (J. von). Chirurgische Erfahrungen über das Darmcarcinom. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Sur le cancer de l'intestin.

Momburg. Eine penetrirende Brust- und Bauchschussverletzung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Plaie pénétrante du thorax et de l'abdomen par arme à feu.

Moresco (G.). Sul trattamento chirurgico delle affezioni non cancerose dello stomaco. (*Gazz. degli Osped.*, 4 janv.)

Moschcowitz (A. V.). Inguino-superficial hernia (Küster). (*Med. Record*, 10 janv.)

Müller (E.). Sehnentransplantation und Verhalten der Sehnen beim Plattfusse. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 10 janv.) — Transplantation tendineuse en cas de pied plat.

Oliver (J.). Cysts in connection with the teeth. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Kystes dentaires.

Orlow (L. W.). Ankylosis mandibulae vera. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 5-6.)

Ossig. Zur Pathologie und Therapie der Revolverschussverletzungen des Kopfes und Rumpfes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Pathologie et traitement des blessures de la tête et du tronc par arme à feu (revolver).

Petersen (F.). Zum Mechanismus des Plattfusses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Sur le mécanisme du pied plat.

Pfannenstiel. Ueber die Vorzüge der Aethernarkose. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 janv.) — Les avantages de l'éthérisation.

Prior (S.). Om kokain og dets anvendelse i kirurgien som lokalt anæstetikum. (*Ugeskrift for Læger*, 16, 23 et 30 janv.)

Robson (A. M.). Modifications and improvements in operations on the biliary passages. (*Brit. Med. Journ.*, 24 janv.)

Rodman (W. L.). A new operation for excision of the fifth nerve. (*Med. Bull.*, janv.) — Un nouveau procédé de résection du trijumeau.

Schmitz (H.). Die Arteriennaht. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 3-4.) — La suture artérielle.

Schou (J.). Gastroenterostomi ved benigne ventrikellidelser. (*Ugeskrift for Læger*, 9 janv.)

Tillmanns (H.). Ueber die Entstehung und Behandlung der spondylitischen Lähmungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Pathogénie et traitement des paralysies spondylitiques.

Tilmann. Die Elasticität der Muskeln und ihre chirurgische Bedeutung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — L'élasticité des muscles et sa signification en chirurgie.

Verdun (P.) et **Bouchez** (G.). Mélanotrichie linguale (langue noire). (*Echo méd. du Nord*, 25 janv.)

Vignard (P.) et **Gallavardin** (L.). Du myélome multiple des os avec albumosurie; contribution à l'étude des tumeurs primitives multiples du squelette. (*Rev. de chir.*, janv.)

Vogel. Ueber Peripleuritis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 3-4.)

Vulpius (O.). Ueber die Arthrodese des paralytischen Schlottergelenkes der Schulter. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Sur l'arthrodèse de l'articulation de l'épaule anormalement mobile par paralysie.

Waitz (H.). Die Rhinoplastik aus dem Arm. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.) — Rhinoplastie aux dépens du bras.

Wallis (F. C.). The diagnosis and treatment of various forms of septic synovitis. (*Brit. Med. Journ.*, 3 janv.)

Wassermann. Ein weiterer Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytose bei Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 1-2.)

Weber (F.). Zur Symptomatologie und Therapie der perforativen Peritonitis bei Ulcus ventriculi. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 janv.)

Whitacre (H. J.). Persistent thyrolingual duct; complete branchial fistula. (*Ann. of Surgery*, janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Krömer. Untersuchungen über die tubare Eieinbettung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 1.) — Recherches sur la fixation de l'œuf dans la trompe.

Nicholson (W. R.). A report of two cases of pregnancy complicated by severe heart lesion. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — 2 cas de grossesse compliquée de cardiopathie grave.

Olshausen. Ueber Impfmetastasen und Spätrecidive nach Carcinomoperationen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 2.) — Métastases par inoculation et récidives tardives après interventions pour cancer.

Pieri (A.). Per la cura della dismenorrea. (*Clinica moderna*, 14 janv.)

Sandberg-Döbele (Dina). Ueber Brandt's Behandlungsmethode der Frauenkrankheiten und über einige besondere Eigenschaften derselben. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 17 et 24 janv.) — Traitement des affections gynécologiques par la méthode de Brandt.

Schmauch (G.). Spontane Blasenscheidenfistel nach Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom; Blasenblutungen und das Ulcus simplex vesicae perforans. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 2.) — Fistule vésico-vaginale spontanée consécutive à une hystérectomie totale pour cancer; hémorrhagies vésicales et ulcère simple perforant de la vessie.

Simons (M.). Hernia of the uterus; both ovaries (one of these being cystic), Fallopian tubes, bladder and rectum in a sac formed by the vagina. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — Hernie de l'utérus; sac formé par le vagin et contenant les deux ovaires (dont l'un kystique), les trompes, la vessie et le rectum.

Sittner (A.). Weitere Fälle von vorgeschrittener Extrauterin-Gravidität bei lebendem Kinde, behandelt mit Köliotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 janv.) — Nouveaux cas de grossesse extra-utérine avancée avec enfant vivant, traités par la cœliotomie.

Stark (S.). The mechanism of labor in posterior positions of vertex presentations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Vignard (E.). Diagnostic de l'avortement tubaire; signes précurseurs de l'hématocèle. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 janv.)

Walther (H.). Geburtshindernis durch einen ödematösen Acardiacus bei Zwillingsgeburt. (*Deutsche Praxis*, 10 janv.) — Fœtus acardiaque œdémateux constituant un obstacle à l'accouchement dans un cas de grossesse gémellaire.

Weir (W. H.). Eosinophilia in pelvic lesions and in the vermiform appendix. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

White (Ch. S.). Remarks on bacteriology and serum treatment of puerperal septicæmia. (*Med. Record*, 10 janv.)

PÉDIATRIE

Calabrese (A.). Contributo allo studio della paralisi infantile. (*Riforma med.*, 14, 21 et 28 janv.)

Herzberg (J.). Sind in der Mundhöhle mit Ammenmilch ernährter Säuglinge Streptococcen vorhanden? (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er janv.) — Existe-t-il des streptocoques dans la cavité buccale des nourrissons allaités au sein?

Hofmeister (F.). Ueber Verkrümmungen des Beins nach Kniegelenksresektion im Kindesalter. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Les incurvations de la jambe consécutives à la résection du genou chez les enfants.

Jacobi (A.). Therapeutics of infancy and childhood. 3e éd. In-8°, 560 p. Londres et Philadelphie.

Legrand (H.). Précis de médecine infantile (alimentation, prophylaxie des maladies contagieuses). In-16, 432 p. avec fig.

Marfan (A. B.). Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge. 2e éd. In-8°, 586 p.

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 19. In-8°, p. 445 à 596. Vienne.

Neumann (H.). Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. 3e éd. In-8°, 452 p. Berlin. — Traitement des maladies des enfants.

Vos (H. L.). Over de kindergriep (coryza febriculosa infantum s. aëroditis superior infectiosa infantum). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 janv.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Kayser (R.). Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen-und Ohrenkrankheiten. 2e éd. In-8°, 178 p. avec fig. Berlin. — Diagnostic et traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Lake (R.). The restoration of the inferior turbinate body by paraffin injections in the treatment of atrophic rhinitis. (*Lancet*, 17 janv.) — La restauration du cornet inférieur à l'aide d'injections de paraffine dans le traitement de la rhinite atrophique.

Neufeld (L.). Tuberculöse Kehlkopfgeschwülste. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 janv.) — Tumeurs tuberculeuses du larynx.

Nösske (H.). Ueber Knorpel-und Knochenbildung in den Tonsillen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 5-6) — Sur la formation de cartilage et d'os dans les amygdales.

Richards (G. L.). The use of gelato-glycerin bougies in the treatment of acute earache in young children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 janv.) — Emploi de bougies gélatino-glycérinées contre l'otalgie aiguë chez les enfants.

Rosenberg (A.). Welche Nasenkrankheiten kann man ohne technische Untersuchungsmethoden erkennen? (*Berlin. Klinik*, janv.) — Quelles sont les maladies du nez qu'on peut reconnaître sans procédés techniques d'exploration?

Sabrazès (J.). Note sur le point de congélation et l'examen cytologique des liquides d'hydrorrhée nasale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 25 janv.)

Zaalberg (P. J.). Over labyrinth-operaties. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Avanzino (G.). Contributo alla cura della poliartrite reumatica acuta colle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo. (*Policlinico*, 31 janv.)

Bain (W.). The influence of some modern drugs on metabolism in gout. (*Brit. Med. Journ.*, 31 janv.)

Croner (W.). Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. 2e éd. In-8°, 515 p. Vienne.

Depasse. Cardiopathie et urticaire; traitement par le raisin frais. In-8°, 4 p.

Deucher (P.). Ueber Rektalernährung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv.) — De l'alimentation rectale.

Diehl. Frische Verletzungen; Priessnitz'scher Umschlag. (*Deutsche Praxis*, 10 janv.) — Enveloppements humides d'après le procédé de Priessnitz dans les cas de traumatismes récents.

Gumprecht (F.). Die Technik der speziellen Therapie. 3e éd. In-8°, 402 p. avec fig. Iéna.

Herbert (H.). Methylene blue in consumption. (*Journ. of Tuberculosis*, janv.)

Kharitonov (L.). Un nouveau procédé de traitement du choléra asiatique (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Laumonier (J.). Les nouveaux traitements. In-16, 285 p.

Le Noir (P.) et **Camus** (J.). Etude des effets thérapeutiques de la caféine, de la digitale et de la théobromine à l'aide de la cryoscopie. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Manquat (A.). Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie. T. Ier : thérapeutique générale; antiseptiques, antiparasitaires; modificateurs de l'appareil digestif, de la nutrition et du sang; régimes. 5e éd. In-8°, 1158 p.

Plavec (V.). Therapie prudké otravy fosforem. (*Casopis lékaru ceskych*, 3, 10, 17 et 24 janv.) — Traitement de l'empoisonnement par le phosphore.

BACTÉRIOLOGIE

Berlioz (F.). Précis de bactériologie médicale. In-16, XX-542 p. avec fig.

Forssell (O. H.). Eine verbesserte Methode zum Nachweis von Tuberkelbacillen im Harn. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 3-4.) — Un procédé perfectionné de recherche du bacille de la tuberculose dans l'urine.

Goadby (K.). Mycology of the mouth : textbook of oral bacteria. In-8°, 258 p. Londres. — Bactériologie de la bouche.

Kamen (L.). Anleitung zur Durchführung bakteriologischer Untersuchungen für klinisch-diagnostische und hygienische Zwecke. In-8°, 312 p. avec fig. et planches. Vienne. J. Safár. — Manuel des recherches bactériologiques appliquées au diagnostic et à l'hygiène.

Peck (J. W.). A new differential stain for the Klebs-Löffler bacillus of diphtheria. (*Lancet*, 10 janv.) — Un nouveau procédé de coloration différentielle du bacille de Klebs-Löffler.

Sinigar (H.). The variability in virulence of the pneumococcus. (*Lancet*, 17 janv.)

23e ANNÉE. — N° 14. Vingt centimes le numéro. 8 AVRIL 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE. — Valeur pratique de la suture artérielle, par M. le docteur F. Lejars 109
MÉDECINE PRATIQUE. — Un procédé facilitant le diagnostic de l'ulcère de l'estomac et de l'ulcère du duodénum 111
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Sur les dangers des injections sous-cutanées de sérum gélatiné 111
Société de chirurgie. — Néoplasmes associés.... 112
Société médicale des hôpitaux. — Tachycardie transitoire d'origine alcoolique 112
Sur la présence du pneumocoque dans le sang des pneumoniques 112
Ictères chroniques simples et angiocholites chroniques anictériques 112
Rhumatisme chronique infantile 112
Des inhalations de nitrite d'amyle contre les accidents hystériques 113
Société de biologie. — Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein 113
De l'action des injections intraveineuses de gélatine sur la coagulabilité du sang..... 113
Du siège des anesthésies cutanées chez les tabétiques dans leurs relations avec les crises gastriques et intestinales 113
Inflammation épithéliale pseudo-néoplasique 113
Infection tuberculeuse du chien par les voies digestives 113
Bacilles acido-résistants chez les syphilitiques 113
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur la maladie de Barlow 113
Société de médecine interne de Berlin. — Nouvelles recherches sur les streptocoques 113
Applications cliniques du sérum antistreptococcique 114
Lettres d'Autriche. — Syphilis des mères et syphilis des nouveau-nés 114
Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate 114
Localisation bulbaire des mouvements mimiques 114
Lettres d'Amérique. — La radiothérapie à Chicago 115
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Un cas de névrite des nerfs splanchniques 116
Hémorrhagies post-partum : contribution à leur étiologie 116
L'endométrite bactériotoxique 116
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Un procédé de drainage de la cavité abdominale 116
Le permanganate de potasse dans le traitement de l'érysipèle 116
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Accidents hystériques........ 113¹
Acné rosacée........ 112¹
Anesthésies cutanées et leur siège chez les tabétiques........ 113²
Angiocholites chroniques anictériques...... 112³
Bacilles acido-résistants chez les syphilitiques........ 113²
Coagulabilité du sang et influence de la gélatine........ 113¹
Drainage de la cavité abdominale........ 116²
Endométrites bactériotoxiques........ 116²
Erysipèle........ 116³
Fonctionnement du rein et orthostatisme.... 113¹
Gélatine et son influence sur la coagulabilité du sang........ 113¹
Hémorrhagies post-partum et leur étiologie. 116¹
Hérédo-syphilis........ 114²
Hypertrophie de la prostate........ 114³
Ictères chroniques simples........ 112³
Inflammation épithéliale pseudo-néoplasique. 113²
Maladie de Barlow........ 113³
Mouvements mimiques et leur centre........ 114³
Néoplasmes associés........ 112¹
Névrite des nerfs splanchniques........ 116¹
Nitrite d'amyle en inhalations contre les accidents hystériques........ 113¹
Orthostatisme et fonctionnement du rein... 113¹
Percussion épigastrique pour le diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum.. 111²
Permanganate de potasse en application contre l'érysipèle........ 116³
Photothérapie de l'acné rosacée........ 112¹
Pneumonie et présence du pneumocoque dans le sang........ 112²
Radiothérapie à Chicago........ 115¹
Rhumatisme chronique infantile........ 112³
Sérum antistreptococcique et ses applications cliniques........ 114¹
— gélatiné et tétanos........ 111³
Streptocoques et leurs diverses races........ 113³
Suture artérielle et sa valeur pratique........ 109¹
Syphilis et bacilles acido-résistants........ 113²
— et sa transmission héréditaire...... 114²
Tabes et anesthésies cutanées........ 113²
Tachycardie transitoire d'origine alcoolique. 112²
Tétanos consécutif à des injections de sérum gélatiné........ 111³
Traitement de l'acné rosacée........ 112¹
— de l'érysipèle........ 116³
— de l'hypertrophie de la prostate. 114³
— des accidents hystériques........ 113¹
Tuberculose expérimentale par voie digestive 113²
Ulcères de l'estomac et du duodénum et leur diagnostic........ 111²

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Bézy est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

M. le docteur Marie est nommé professeur de physique.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Paul Schuster est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur A. von Strümpell, professeur à la Faculté de médecine d'Erlangen, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale, en remplacement de M. A. Kast, décédé.

Faculté de médecine de Budapest. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Rudolf Temesváry (*gynécologie*); Ladislas Detre (*bactériologie*); J. Antal (*odontologie*).

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur J. Veit, professeur à la Faculté de médecine de Leyde, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. A. Gessner, décédé.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Karl Kreibich, privatdocent à la Faculté de médecine de Vienne, est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Sophus Ruge est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur August Luxenburger est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Attilio Curcio est nommé privatdocent d'orthopédie.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur G. J. Wagenhäuser, professeur extraordinaire d'otologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Youriev. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs R. Weinberg (*anatomie*); A. Iarotsky (*médecine interne*); von Bönninghausen-Budberg (*chirurgie*); J. Meyer (*gynécologie*).

Université d'Edimbourg. — M. le docteur D. J. Cunningham, professeur à l'Université de Dublin, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de Sir William Turner.

St. George's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Thomas S. Tuke est nommé lecteur de psychiatrie.

Owens College de Manchester. — M. le docteur Judson S. Bury est nommé lecteur de neurologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Laborde, membre de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Clemens von Kahlden, professeur extraordinaire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Fribourg-en-Brisgau. — M. le docteur Francesco Colzi, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur St. M. Vassiliév, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur Manuel Barros Borgoño, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Santiago de Chili. — M. le docteur William Phipps Munn, ancien professeur d'urologie à l'Université de Denver.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Bordenave (E.). Contribution à l'étude des péri-arthrites tuberculeuses du genou.

Bossert (E.). Contribution à l'étude des parotidites infectieuses.

Carrayrou (E.). Etude clinique et anatomo-pathologique sur la maladie de Parkinson.

Célérier (J.-L.-A.). Indications de l'emploi de certains agents physiques dans le traitement des maladies non chirurgicales de la glande mammaire.

Colombe (G.-R.). Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Normandie.

Denis (A.). Le pouls et la tension artérielle dans la diphtérie.

Dufour (P.-A.). Contribution à l'étude des sténoses pyloriques d'origine biliaire.

Esmonet (Ch.). Contribution à l'étude du testicule dans quelques infections; orchites expérimentales.

Fargin-Fayolle (P.). Contribution à l'étude des hernies de la vessie.

Fontanié (J.). Etude clinique de l'hématurie rénale dans les néphrites chez les enfants.

Gerst (M.). Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse.

Gillet (R.). Tuberculose pulmonaire consécutive à un traumatisme thoracique (étude médico-légale).

Grimbert (L.). Diagnostic des bactéries par leurs fonctions bio-chimiques.

Hérissey (P.). Etude clinique sur les troubles trophiques dans la paralysie générale.

Hirschhorn (Mme M.). Virulence du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse.

Huguier (H.). Sur les mesures exactes en radiothérapie.

Isay (J.). Traitement de la syphilis pendant la grossesse par l'huile grise.

Iselin (A.). Quelques considérations sur les résections costales et les opérations thoracoplastiques dans les empyèmes chroniques fistuleux.

Jacquet (L.). Le tic de Salaam.

Laignel-Lavastine (M.). Recherches sur le plexus solaire.

Langevin (G.). Etude sur la métamérie cutanée, en particulier dans le zona et les fièvres éruptives.

Legou (E.). Quelques considérations sur le développement du fœtus; mensurations et pesées aux différents âges.

Lenormant (Ch.). Le prolapsus du rectum; causes et traitement opératoire.

Le Nouëne (L.). Du traitement chirurgical des néphrites.

Lévy (Madeleine). La cryoscopie des urines pendant la grossesse.

Linard (A.). Cryoscopie du pus.

Loeper (M.). Mécanisme régulateur de la composition du sang.

Martin (J.). Histoire de l'étiologie des coliques saturnines à forme endémique et épidémique.

Masmonteil (Ph.). La méthode épidurale dans les incontinences d'urine sans lésions vésicales.

Maury (A.). Le traitement de l'éclampsie puerpérale.

Morlat (A.). Infantilisme et insuffisance surrénale.

Mousset (J.-D.). Les principes actifs des capsules surrénales; leur emploi en thérapeutique.

Pelloquin (J.). La névrite rétrobulbaire infectieuse.

Pillon (Ch.). Contribution à l'étude de la rougeole ecchymotique.

Pourreyron (A.). Tabes conjugal et tabes hérédo-syphilitique.

Régerat (Ch.). De l'emploi de l'adrénaline en chirurgie urinaire.

Richard (L.). Sur un cas d'appendicite subaiguë avec volumineuse tumeur inflammatoire latéro-cæcale d'apparence néoplasique.

Rigal (L.). Contribution à l'étude des luxations récentes de l'épaule primitivement irréductibles.

Roux (A.). Le diviseur vésical gradué et ses applications dans les hématuries.

Roy (P.). Contribution à l'étude du gigantisme.

Sahut (A.). Essai sur la tuberculose de la diaphyse des os.

Schwartz (A.). Anatomie chirurgicale et chirurgie des bronches extrapulmonaires.

Vezeaux de Lavergne (M. de). Gangrènes typhiques chez l'enfant.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Boinet (E.) et **Raybaud** (A.). Kystes multiloculaires congénitaux des reins. (*Rev. de méd.*, janv.)

Bouma. Ueber den retrograden Transport im Venensystem. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 1.)

Cade (A.). Etat histologique de la muqueuse dans le petit estomac de Pawlow; modifications au voisinage de l'orifice de gastrostomie. (*Lyon méd.*, 4 janv.)

Feinberg (L.). Ueber das Gewebe und die Ursache der Krebsgeschwülste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 janv.) — La structure et l'étiologie des tumeurs cancéreuses.

Fränkel (E.). Ueber Erkrankungen des roten Knochenmarks, besonders der Wirbel, bei Abdominaltyphus. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 1.) — Altérations de la moelle osseuse rouge, surtout de celle des vertèbres, dans la fièvre typhoïde.

Funkenstein. Ueber Osteochondrosarkome der Thyreoidea. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 1.)

Glinski (L. K.). Zur pathologischen Anatomie der akuten Lymphämie. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 1.)

Hansen (P. N.). Hämangioendothelioma intravasculare uteri. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 1.)

Heubner. Bemerkungen zur Scharlach- und Diphtherieniere. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 janv.) — L'état des reins dans la scarlatine et dans la diphtérie.

Kienböck (R.). Ueber Knochenveränderungen bei gonorrhoischer Arthritis und akute Knochenatrophie überhaupt (mit Röntgenuntersuchungen). (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 et 22 janv.) — Des altérations osseuses dans l'arthrite blennorrhagique et de l'atrophie osseuse en général.

Nageotte (J.). Névrite radiculaire subaiguë; dégénérescences consécutives dans la moelle (racines postérieures) et dans les nerfs périphériques (racines antérieures). (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Nuthall (A. W.) et **Emanuel** (J. G.). Diffuse carcinomatosis of the stomach and intestines. (*Lancet*, 17 janv.)

Pacchioni (D.). Beschreibung und Pathogenese der Veränderungen der chondralen Verknöcherung bei der Rhachitis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 1.) — Description et pathogénie des altérations du processus d'ossification du cartilage dans le rachitisme.

MÉDECINE

Borchgrevink (O.). Fall von anatomisch nachgewiesener Spontanheilung der tuberkulösen Peritonitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 janv.) — Un cas de guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse, vérifiée anatomiquement.

Francine (A. P.). Gastroptosis, a critical and clinical study. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Fürst (L.). Die Funktionsschwäche und Dilatation des Herzens. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 19 janv.) — Faiblesse fonctionnelle et dilatation du cœur.

Fürstner (C.). Zur Kenntnis vasomotorischer Störungen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 1.) — Contribution à l'étude des troubles vasomoteurs.

Hamilton (A. S.). Spontaneous rupture of the heart. (*Philadelphia Med. Journ.*, 24 janv.) — 7 cas de rupture spontanée du cœur.

Hampeln (P.). Ueber ein modificirtes Verfahren der Blutdruckbestimmung. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 16 janv.) — Un procédé modifié de mensuration de la pression sanguine.

Introna (N.). Dispragia intermittente angiosclerotica ed embolismo della poplitea sinistra. (*Gazz. degli Osped.*, 18 janv.)

Jones (R. L.). Rheumatoid arthritis as a cerebro-spinal toxæmia. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.)

Klippel (M.) et **Lefas** (E.). Le pancréas dans les cirrhoses veineuses du foie. (*Rev. de méd.*, janv.)

Leclerc et **Tavernier**. Abcès du foie consécutifs à un ulcère simple de l'estomac. (*Lyon méd.*, 4 janv.)

Lyons (A. B.). Notes on the detection and quantitative determination of sugar in urine. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 janv.) — Recherche et dosage du sucre dans les urines.

Maragliano (F.). Contributo alla semeiotica dei versamenti pleurici. (*Boll. della Soc. Eustachiana*, I, 1-2.)

Mesnard (L.). Métatarsalgie (maladie de Morton); sa nature rhumatismale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 11, 18 et 25 janv.)

Michel (G.) et **Bichat** (H.). Contribution à l'étude de la dyspepsie appendiculaire. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.)

Pieraccini (G.). La polmonite massiva o pneumobronchite fibrinosa; note semeiologiche. (*Clinica moderna*, 7 janv.)

Planteau et **Cochez** (A.). Un cas de cancer primitif « juxta-hépatique » des canaux biliaires. (*Rev. de méd.*, janv.)

Plessi (A.). Sul riflesso polmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 11 janv.)

Poncet (A.). Rhumatisme tuberculeux. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er janv.)

Reissner (O.). Zur Methodik der Salzsäurebestimmung am Mageninhalt. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.) — Technique du dosage de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal.

Roos (E.). Ueber späte Rachitis (Rachitis tarda). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.)

Rumpel (O.). Erfahrungen über die praktische Anwendung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn bei Nierenerkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 6, 13 et 20 janv.) — Sur l'application pratique de la cryoscopie du sang et de l'urine dans les maladies des reins.

Rumpf. Zur Aetiologie und Symptomatologie des hochgradig beweglichen Herzens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 janv.) — Etiologie et symptomatologie du cœur mobile à haut degré.

Runeberg (J. W.). Die syphilitischen Herzaffektionen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 8 janv.) — Les cardiopathies syphilitiques.

Serrigny. Modifications de la sonde œsophagienne pour le cathétérisme de l'estomac en général et le gavage des aliénés en particulier. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Meyer (E.). Ueber die pyogene Wirkung des Pneumococcus. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 1.) — Action pyogène du pneumocoque.

Mills (W. S.). Tonsillitis classified as an infectious disease. (*Med. News*, 24 janv.)

Monnier (U.). De la rubéole chez l'adulte. (*Gaz. méd. de Nantes*, 31 janv.)

Moser (P.). Ueber die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlach-Streptokokkenserum. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 1.) — Traitement de la scarlatine par un sérum antistreptococcique.

Panse (O.). Schwarzwasserfieber. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 1.) — Fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Van der Horst (C. E.). Waarnemingen in de praktijk over malaria. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 fév.)

Wernitz. Zur Behandlung akuter Infektionskrankheiten. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — Traitement des maladies infectieuses aiguës.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Muggia (G.). Contributo alla psicologia dei dementi precoci. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXX, 4.)

Norström (G.). Chronic headache and its treatment by massage. In-8°, 59 p. New-York. — La céphalalgie chronique et son traitement par le massage.

Panski (A.). Przypadek obwodowego porazenia nerwu podjezykowego prawego (neuritis n. hypoglossi peripherica). (*Kronika lekarska*, 1er janv.)

Pichler (K.). Bemerkungen über « Stauungsblutungen », insbesondere infolge eines epileptischen Anfalles. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 24 janv.) — Les « hémorrhagies par congestion », surtout à la suite d'un accès d'épilepsie.

Pick (A.). Remarques sur la pathologie des acroparesthésies. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Probst (M.). Ueber durch eigenartigen Rindenschwund bedingten Blödsinn. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 3.) — Démence déterminée par une atrophie singulière de l'écorce cérébrale.

Schrötter (L. von). Zum Symptomencomplex des Morbus Basedowii. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Anthony (H. G.). The relation of lupus erythematosus to tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 janv.)

Burgener (P.). Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1er, 5 et 8 janv.)

Doumer (E.). Les traitements modernes du lupus. (*Nord méd.*, 15 déc. 1902 et 15 janv.)

Gross (H.). Die syphilitische, fibröse Darm- und Magenstriktur. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 janv.) — Rétrécissements fibreux syphilitiques de l'intestin et de l'estomac.

Löb (M.). Ueber syphilitische Beckenzellgewebsentzündung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 17 janv.) — Cellulite pelvienne syphilitique.

Mantoux (Ch.). Porokératose papillomateuse palmaire et plantaire. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, janv.)

Pitres (A.). La lèpre en Gironde à notre époque. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 28 déc. 1902; 4 et 11 janv.)

Ugo (Arturo). Prurito localizzato essenziale di origine arsenicale. (*Policlinico*, 3 janv.)

PARASITOLOGIE

Askanazy (M.). Pathogene Bedeutung des Balantidium coli. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 janv.)

Bra. Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques; son agglutination par le sérum des animaux infectés et par le sérum des épileptiques. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Braun (M.). Die tierischen Parasiten des Menschen. 3e éd. In-8°, 360 p. avec fig. Wurtzbourg. — Les parasites animaux de l'homme.

Göllner (A.). Die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in Elsass-Lothringen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 1.) — La fréquence des kystes hydatiques en Alsace-Lorraine.

Mertens (V. E.). Beiträge zur Aktinomycoseforschung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 1.)

CHIRURGIE

Angerer (O. von). Ueber die Extraktion von Kugeln aus der Schädelhöhle. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 janv.) — Extraction de balles logées dans la cavité crânienne.

Baldassari (L.). Esperimenti sull'emostasi nelle resezioni epatiche. (*Policlinico*, partie chir., X, 1.)

Bollinger (O.). Ueber primäre Aktinomykose der Fusswurzelknochen. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 janv.) — Actinomycose primitive des os du tarse.

Borchard. Zur Behandlung der Frakturen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 31 janv.) — Traitement des fractures.

Braun (W.). Dauerheilung nach Ueberpflanzung ungestielter Hautlappen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Guérison durable après transplantation de lambeaux cutanés non pédiculés.

Caccia (F.). Le fratture dei metatarsi in seguito a marce. (*Policlinico*, partie chir., X, 1.)

Calabi (T.) et **Gaiardoni** (L.). Un raro caso di occlusione intestinale dovuto alla penetrazione d'intestino in vescica. (*Policlinico*, partie chir., X, 1.)

Christian (H. A.) et **Lehr** (L. C.). Subphrenic abscess as a complication of appendicitis. (*Med. News*, 24 janv.)

Englisch (J.). Das Peniscarcinom. (*Wien. med. Wochensch.*, 11, 18 et 25 oct., 1er, 8, 15, 22 et 29 nov., 6, 13, 20 et 27 déc. 1902; 3, 10 et 17 janv.)

Escher (T.). Die Behandlung der akuten Perforationsperitonitis im Typhus mittels Laparotomie und Ileostomie. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 1.)

Hahn (J.). Die Verhütung des Bauchbruchs nach Laparotomie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 24 janv.) — Prophylaxie des hernies postlaparotomiques.

Hanszel (F.). Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Sialolithiasis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er janv.)

Hellström (N.). Fall af hernia obturatoria. (*Hygiea*, mars.)

Hildebrand (O.). Ein weiterer Beitrag zur Cholecystogastrotomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 5-6.)

Hochhaus (H.). Pankreasentzündung mit Blutung und Nekrose. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 janv.) — Pancréatite avec hémorrhagie et nécrose.

Kraft (L.). Gangræn og perforation af coecum ved cancer S romani. (*Bibliotek for Læger*, janv.)

Kredel (L.). Ueber Fremdkörper in den Luftwegen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 1.) — Corps étrangers des voies respiratoires.

Lamas (A.). Sobre un caso di quiste hidático del pulmón. (*Rev. méd. del Uruguay*, janv.)

Langemak (O.). Ueber die Wirkung der Nephrotomie nach Nephrectomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVI, 3-4.) — Les effets de la néphrotomie après résection de l'autre rein.

Lotheissen (G.). Die Behandlung der multiplen tuberkulösen Dünndarmstenosen. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 janv.) — Traitement des rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin grêle.

Maasland (H. P.). Het sluiten van breuken bij laparotomicën. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 mars.)

Madsen (A.). Et tilfælde af infrapapillær duodenalstenose og tetani behandlet med gastroenterostomi. (*Hospitalstidende*, 18 fév.)

Mosetig-Moorhof (von). Verätzungsstrikturen der Speiseröhre. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er janv.) — Rétrécissements de l'œsophage consécutifs à l'ingestion de caustiques.

Moszkowicz (L.). Ueber subkutane Paraffininjektionen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 janv.)

Moynihan (B. A.). The surgical treatment of gastric and duodenal ulcers. (*Lancet*, 31 janv.)

Müller (W.). Zur Technik der Operation grösserer Hämangiome und Lymphangiome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.)

Roberts (J. B.). The treatment of transverse fracture of the patella by subcutaneous pursestring sutures. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 janv.) — Traitement des fractures transversales de la rotule par la suture souscutanée en surjet.

Schaldemose (V.). Om ledtilfælde ved osteosarkomer i de lange rorknogler. (*Hospitalstidende*, 4 et 11 fév.)

Schultze (F.). Beitrag zur Sterilisation. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 12 janv.)

Sternberg (J.). Ueber Operationen an Diabetischen. (*Wien. med. Wochensch.*, 31 janv.)

Teofili (R.). Per la cura della tubercolosi chirurgica e del lupus; nota preventiva. (*Policlinico*, 3 janv.)

Thomson (Ch. E.). Treatment of fracture of the neck of the femur. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 janv.) — Traitement des fractures du col du fémur.

Van Lier (E. H.). Regionaire anaesthesie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 mars.)

Villard (E.) et **Gélibert** (A.). Un cas de cholécystite suppurée au cours de la grossesse; cholécystostomie; guérison. (*Lyon méd.*, 11 janv.)

Walker (H. O.). Gastrojejunostomy with the McGraw elastic ligature, for the relief of gastroptosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 janv.)

Wilms. Mechanismus der Strangulation des Darmes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 janv.) — Mécanisme de l'étranglement de l'intestin.

Winckel (F. von). Ueber Narkosen mit dem Schleich'schen Gemisch. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 janv.)

UROLOGIE

Casper (L.). Die Tuberkulose der Harnblase und ihre Behandlung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 janv.) — La tuberculose de la vessie et son traitement.

Crépin. Exstrophie congénitale de la vessie. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Girardi (M.). Contributo allo studio dell'ernia vescicale crurale. (*Policlinico*, 24 janv.)

Israel (J.). Beiträge zur Chirurgie des Harnleiters. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er janv.) — Contribution à la chirurgie de l'uretère.

Nancrede (C. B.) et **Hutchings** (W. H.). Boiling as a method of sterilizing catheters. (*Med. News*, 10 janv.) — L'ébullition comme procédé de stérilisation des cathéters.

OPHTALMOLOGIE

Ekehorn (G.). En ny metod för operation af entropion senile. (*Hygiea*, janv.)

Elschnig. Augenspiegelbefunde bei Anämie. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 et 24 janv.) — Constatations ophtalmoscopiques dans l'anémie.

Manz (W.). Von der Operation des Altersstars. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 et 20 janv.) — Opération de la cataracte sénile.

Michel (von). Die Tuberkulose des Sehnervenstammes. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 janv.) — Tuberculose du nerf optique.

Peters (A.). Bemerkungen zur Trachomfrage. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 janv.)

Ramsay (A. M.). The cosmetic value of paraffin injections after enucleation of the eyeball. (*Lancet*, 31 janv.)

Schoute (G. J.). Het verband tusschen lichtsterkte en refraktie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 fév.) — Rapports entre l'intensité de la lumière et la réfraction.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Biagi (N.). A proposito di un'isterectomia totale alla Mackenrodt. (*Policlinico*, partie chir., X, 1.)

Bottaro (L. P.). Distocia por quistes hidáticos pelvianos. (*Rev. méd. del Uruguay*, janv.)

Czerwenka (K.). Phlebolithen im Genitalorgane des Weibes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 janv.)

Delétrez. Grossesse extra-utérine datant de 12 mois. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, mars.)

Drennan (Jennie). Intermenstrual pain. (*Med. News*, 10 janv.) — Douleurs intermenstruelles.

Frank (F.). Beiträge zur Frage des Operirens an inneren Organen der Bauchhöhle beim Weibe. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Des opérations sur les viscères de la cavité abdominale chez la femme.

Freund (H. W.). Atypische Myomoperationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 janv.)

Gradenwitz (R.). Nachteile der Ventrofixation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 janv.) — Inconvénients de la ventrofixation.

Hirschl (H.). Ueber Chorea gravidarum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Lange (M.). Ein Fall von Endothelioma ovarii. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 janv.)

Montgomery (E.). What can be done to lessen the mortality of carcinoma uteri? (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 janv.) — Que peut-on faire pour diminuer la mortalité par cancer utérin?

Olshausen (R.). Wider die Drainage. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 2.) — Contre le drainage.

Schauta (F.). Die Einleitung der Geburt wegen innerer Erkrankungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 3, 10, 17, 24 et 31 janv.) — Accouchement provoqué pour maladies internes.

PÉDIATRIE

Abt (I. A.). Spontaneous hemorrhages in newborn children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 janv.) — Hémorrhagies spontanées chez les nouveau-nés.

Ausset (E.). La maladie de Barlow est-elle une forme spéciale de rachitisme ou de scorbut infantile? (*Echo méd. du Nord*, 4 janv.)

Brito Foresti (J.). Esclerodermia en placas (morfea) en un niño. (*Rev. méd. del Uruguay*, janv.)

Brühl (G.). Anatomische Besonderheiten des kindlichen Gehörorganes. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 5-6.) — Les particularités anatomiques de l'oreille chez les enfants.

Concetti (L.). Sopra un caso di paralisi pseudobulbare per lesione cerebrale unilaterale in un bambino di 5 anni. (*Policlinico*, partie méd., X, 1.)

Cozzolino (O.). Sulla pneumonite lobare acuta nei bambini a dolore ectopico appendicolare. (*Gazz. degli Osped.*, 11 janv.)

Cronheim (W.) et **Müller** (E.). Untersuchungen über den Einfluss der Sterilisation der Milch auf den Stoffwechsel des Säuglings, unter besonderer Berücksichtigung der Knochenbildung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 1.) — Influence de la stérilisation du lait sur les échanges organiques chez le nourrisson, surtout au point de vue du développement des os.

D'Orlandi (P.). Contributo allo studio della citodiagnosi in alcune malattie infantili. (*Pediatria*, janv.)

Dueñas (J. L.). Orígen intestinal de la llamada «fiebre de borras»; demostración clínica y experimental. (*Rev. méd. cubana*, janv.)

Ebstein (W.). Zur Pathologie und Therapie der Sklerodermie im Kindesalter. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 8 janv.)

Fede (F.) et **Finizio** (G.). Contributo alla biologia delle caseine; valore dell'acido idroclorico e dell'acido lattico nella digestione delle medesime. (*Pediatria*, janv.)

TÉRATOLOGIE

Allaire (G.) et **Le Meignen** (H.). Sur un cas d'absence congénitale des quatre membres. (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 janv.)

Hengge (A.). Pseudohermaphroditismus und secundäre Geschlechtscharaktere, ferner 3 neue Beobachtungen von Pseudohermaphroditismus beim Menschen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Pseudohermaphrodisme et caractères sexuels secondaires; 3 nouvelles observations de pseudohermaphrodisme chez l'homme.

Taruffi (C.). Hermaphrodismus und Zeugungsunfähigkeit. (Trad. de l'italien par R. Teuscher.) In-8°, 417 p. avec fig. Berlin. — Hermaphrodisme et impuissance.

Volpe (M.). Dell'asta doppia. (*Policlinico*, partie chir., X, 1.) — Verge double.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alt (F.). Ueber Erkrankungen des Hörnerven nach übermässigem Genuss von Alkohol und Nikotin. (*Wien. med. Wochensch.*, 31 janv.) — Affections du nerf acoustique, consécutives à l'abus d'alcool et de tabac.

Baldwin (K. W.). The teeth as a cause of pathologic conditions in the throat, nose and ear. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 janv.) — Les dents dans leurs rapports avec les états pathologiques de la gorge, du nez et des oreilles.

Kuyk (D. A.). Treatment of chronic purulent otitis media. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 janv.)

Pooley (Th. R.). Affections of the labyrinth resulting from general and organic disease. (*Med. News*, 31 janv.)

Rivière (A.). L'ozène chez le nourrisson. (*Lyon méd.*, 25 janv.)

Robertson (Ch. M.). Syphilis of the larynx. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 janv.)

Snow (S. F.). Conservatism in the treatment of acute mastoiditis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 janv.)

Texier (V.). Trachéoscopie et bronchoscopie (méthode de Killian). (*Gaz. méd. de Nantes*, 31 janv.)

HYGIÈNE

Eustache (G.). La puériculture (hygiène et assistance). In-16, 313 p. avec fig.

Guaita (R.). L'igiene nella scuola e nella famiglia. In-8°, 301 p. Milan. E. Trevisini.

Hesse (W.). Ueber die Abtötung der Tuberkelbacillen in 60° C. warmer Milch. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 1.) — Sur la mort des bacilles de la tuberculose dans le lait chauffé à 60°.

Moynier de Villepoix. Les méthodes d'analyse bactériologique des eaux potables. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Rost (E.). Borsäure als Konservierungsmittel. In-8°, 62 p. Berlin. — L'acide borique comme agent de conservation [des viandes].

Rubner (M.). Lehrbuch der Hygiene. 7e éd. 1er fasc. In-8°, 80 p. avec fig. Vienne.

Schilling (F.). Hygiene und Diätetik der Stoffwechselkrankheiten. In-8°, 345 p. avec fig. Leipzig. — Hygiène et diététique des maladies de la nutrition.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (G.). Les accidents du travail: l'accident, la victime, le responsable. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

Jacquey (J.). A propos des accidents du travail; l'aggravation volontaire des blessures au point de vue juridique. (*Echo méd. du Nord*, 1er fév.)

Kratter (J.). Zur forensischen Serumdiagnostik des Blutes. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 janv.) — Sérodiagnostic médico-légal du sang.

Nicloux (M.). Etude sur l'intoxication oxycarbonée : l'extraction de l'oxyde de carbone du sang coagulé. (*Arch. d'anthropol. crim.*, janv.)

Schütze (A.). Ueber die Unterscheidung von Menschen- und Tierknochen mittels der Wassermann'schen Differenzirungsmethode. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 janv.) — Différenciation entre les os humains et ceux des animaux au moyen de la méthode de Wassermann.

Stoenescu (N.). Diagnostic de la submersion par l'étude cryoscopique du sang des noyés. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bertazzoli (C.). Sull'impiego del calomelano nella cura della polmonite. (*Gazz. degli Osped.*, 18 janv.)

Engelmann (F.). Einiges über die sogenannte «physiologische Kochsalzlösung». (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 janv.) — Quelques réflexions sur la soi-disant «solution physiologique de chlorure de sodium».

Fasching. Ueber Jodoform-Calomelbehandlung. (*Wien. med. Presse*, 4 janv.)

Finkelstein (S.). Le permanganate de potasse comme antidote spécifique dans les empoisonnements aigus par la morphine et par les dérivés de l'opium (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 janv.)

Isham (A. B.). Veratrum viride as an antitoxic. (*Med. News*, 10 janv.)

Kemp (R. C.). The diuretic action of rectal irrigation; the specific action of normal saline solution in the production of diuresis. (*Med. News*, 3 janv.)

Kruse. Die Blutserumtherapie bei der Dysenterie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 15 janv.)

Lanz (O.). Weitere Mitteilung über serotherapeutische Behandlung des Morbus Basedowii. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 janv.)

Laureati (F.). Sul valore terapeutico dello iodio. (*Policlinico*, 17 janv.)

Luzzatti (V.). Toracentesi e vescicante. (*Gazz. degli Osped.*, 18 janv.)

Mechtchersky (G.). Les injections de calomel dans le traitement des ulcères de jambe (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 1.)

Merkel (G.). Die Verwendung der Borsäure in der inneren Medizin. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 janv.) — Emploi de l'acide borique en médecine interne.

Pérochaud. Le régime des albuminuriques. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 janv.)

Schulz (J.). Ueber Dauererfolge der internen Therapie des Ulcus ventriculi. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 1.) — Résultats éloignés du traitement médical de l'ulcère de l'estomac.

Silvestri (S.). La cura iodoiodurata alla Durante nella peritonite tubercolare. (*Policlinico*, 3 janv.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Albert-Weil (E.). Electrothérapie et orthopédie. (*Arch. d'électricité méd.*, janv.)

Beck (C.). The principles of protection against Röntgen-light dermatitis. (*Med. Record*, 31 janv.)

Bergonié (J.). De l'excitation intrarachidienne chez l'homme dans un but thérapeutique. (*Arch. d'électricité méd.*, janv.)

Coley (W. B.). The limitations of the X-ray in the treatment of malignant tumors. (*Med. News*, 31 janv.)

Deronde (E.). Des courants continus. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 janv.)

Fratti (G.). La faradizzazione nell'occlusione intestinale. (*Gazz. degli Osped.*, 11 janv.)

Freund (L.). Grundriss der gesamten Radiotherapie. In-8°, 423 p. avec fig. Vienne. — Précis de radiothérapie.

Gottheil (W. S.). On the practical results of actinotherapy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 janv.)

Guilleminot (H.). De la puissance maxima des courants employés en médecine et des moyens de l'obtenir. (*Arch. d'électricité méd.*, janv.)

Guimbail (H.). Le traitement des plaies et ulcères par le courant alternatif. (*Thérapeut. par les agents physiques et naturels*, 1er janv.)

Hyde (J.), **Montgomery** (F.) et **Ormsby** (O.). A contribution to the subject of radiotherapy and phototherapy in carcinoma, tuberculosis and other diseases of the skin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 janv.)

Jellinek (S.). Elektrisches Unfallwesen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.) — Accidents dus à l'électricité.

Newcomet (W. S.). Treatment of malignant growths with the X-rays. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Conradi (H.). Ueber lösliche, durch aseptische Autolyse erhaltene Giftstoffe von Ruhr- und Typhusbazillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 janv.) — Toxines solubles obtenues par autolyse aseptique des bacilles de la dysenterie et de la fièvre typhoïde.

Hála (A.). Bacillus chalazia a jeho pomer k bakteriim koryneovitym. (*Casopis lékaru ceskych*, 10, 17 et 24 janv.) — *Bacillus chalazii* et ses rapports avec les bactéries coryneiformes.

Mazé (P.). Quelques nouvelles races de levures de lactose. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Passini (F.). Ueber das regelmässige Vorkommen der verschiedenen Typen der streng anaerobischen Buttersäurebakterien im normalen Stuhle. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 1.) — Présence constante des divers types de bactéries butyriques strictement anaérobies dans les fèces normales.

Spengler (C.). Tuberkelbacillenzüchtung aus Bakteriengemischen und Formaldehyddesinfection. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 1.) — Culture et isolement du bacille tuberculeux et désinfection par le formol.

GÉNÉRALITÉS

Benedikt (M.). Das biomechanische (neo-vitalistische) Denken in der Medizin und in der Biologie. In-8°, 57 p. Iéna. — La doctrine biomécanique (néo-vitaliste) en médecine et en biologie.

Escande de Messières. L'alcoolisme en Nouvelle-Calédonie. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Mirabella (E.). L'alcoolismo nelle popolazioni rurali in raffronto alle urbane; suoi effetti fisici e morali. In-8°, 15 p. Milan.

Schultze (B. S.). Zum Problem der geschlechtsbestimmenden Ursachen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 janv.) — Sur les causes qui déterminent le sexe de l'enfant.

23e ANNÉE. — No 15. Vingt centimes le numéro. 15 AVRIL 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

Clinique médicale. — M. le professeur L. Bard : Le ralentissement du pouls dans l'ictère : bradycardie ou rythme couplé? 117
Chirurgie pratique. — L'angiotripsie et la cautérisation combinées comme méthode d'hémostase, par M. le docteur Francis Munch 119
Médecine pratique. — La recherche de l'indican dans les urines comme moyen de diagnostic de l'état du chimisme stomacal 120
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Ablation des ovaires et de l'utérus au cours de la grossesse chez les femmes atteintes d'ostéomalacie 121
Du rôle de l'appendice vermiculaire dans l'invagination iléo-cæcale 121
Autoplastie du nez par la transplantation d'un cartilage costal 121
Occlusion intestinale partielle congénitale, opérée avec succès 121
Académie des sciences. — Recherches sur les néphrotoxines 121
Société de chirurgie. — Traitement du tétanos.. 121
Rhumatisme tuberculeux 121
Etranger : *Société de médecine interne de Berlin.* — Sur la destruction des albuminoïdes à l'état de jeûne 121
Paralysie spondylitique guérie 122
Lettres d'Amérique. — La diphtérie à Chicago. 122
Littérature médicale : *Publications françaises.* — Hyperchlorhydrie à forme diarrhéique 122
Dilatation transitoire du cœur gauche...... 123
Publications allemandes. — Deux cas de tumeurs pileuses de l'estomac 123
Un cas d'ulcération du pharynx, à évolution insolite 123
Contribution à la technique et aux indications opératoires de l'opération césarienne par voie vaginale 123
Publications italiennes. — Rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren) avec hyperhidrose des mains 123
Favus érythémato-squameux circiné chez un nouveau-né 124
Intoxication par la formaline 124
Notes thérapeutiques. — Les injections d'eau oxygénée dans le traitement de la bronchopneumonie infantile à la période d'asphyxie 124
Emploi de l'extrait de fèves de Calabar contre l'atonie intestinale consécutive au morphinisme chronique 124
Les frictions à l'acide salicylique contre le pityriasis versicolor 124
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide salicylique contre le pityriasis versicolor 124^3
Albuminoïdes et leur destruction à l'état de jeûne .... 121^3
Angiotripsie et cautérisation combinées comme méthode d'hémostase .... 119^2
Anopheles et leur rôle dans la propagation du paludisme .... 121^2
Appendice et son rôle dans l'invagination iléo-cæcale .... 121^1
Atonie intestinale consécutive au morphinisme chronique .... 124^3
Autoplastie du nez par la transplantation d'un cartilage costal .... 121^1
Bronchopneumonie infantile .... 124^2
Cautérisation et angiotripsie combinées comme méthode d'hémostase .... 119^3
Chimisme stomacal .... 120^2
Dilatation transitoire du cœur gauche .... 123^1
Diphtérie à Chicago .... 122^1
Eau oxygénée en injections contre la bronchopneumonie infantile .... 124^2
Esérine contre l'atonie intestinale .... 124^3
Favus érythémato-squameux circiné chez un nouveau-né .... 124^1
Hémostase et sa technique .... 119^3
Hyperchlorhydrie à forme diarrhéique .... 122^3
Ictère et ralentissement du pouls .... 117^1
Indican et sa recherche comme moyen de diagnostic de l'état du chimisme stomacal. 120^2
Injections prothétiques de paraffine .... 121^3
Intoxication par la formaline .... 124^2
Invagination iléo-cæcale provoquée par l'inflammation de l'appendice .... 121^1
Maladie de Dupuytren .... 123^3
Néphrotoxines .... 121^2
Occlusion intestinale partielle congénitale opérée avec succès .... 121^2
Opération césarienne par voie vaginale .... 123^3
Ostéomalacie au cours de la grossesse .... 121^1
Paraffine en injections contre la déformation du nez .... 121^3
Paralysie spondylitique guérie .... 122^1
Pityriasis versicolor .... 124^3
Ralentissement du pouls dans l'ictère .... 117^1
Rétraction de l'aponévrose palmaire avec hyperhidrose des mains .... 123^3
Rhumatisme tuberculeux .... 121^3
Tétanos .... 121^2
Traitement de la bronchopneumonie infantile à la période d'asphyxie .... 124^2
— de l'atonie intestinale consécutive au morphinisme chronique .... 124^3
— de l'ostéomalacie par l'ablation des ovaires et de l'utérus au cours de la grossesse .... 121^1
— du pityriasis versicolor .... 124^3
— du tétanos .... 121^2
Tumeurs pileuses de l'estomac .... 123^1
Ulcération du pharynx à évolution insolite .. 123^2

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur Emil Wieland est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Bernhard Heine est nommé privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Karl Ludloff, privatdocent à la Faculté de médecine de Königsberg, est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur E. Faber est nommé privatdocent de médecine.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Max Bleibtreu, privatdocent à la Faculté de médecine de Bonn, est nommé professeur ordinaire de physiologie, en remplacement de M. L. Landois, décédé.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Ludwig Merk, privatdocent à la Faculté de médecine de Gratz, est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Stenger est nommé privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine de Lund. — M. le docteur G. W. Törnqvist est nommé docent de chirurgie.

Faculté de médecine de Marbourg. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur W. von Lingelsheim, privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur Nicolaï Popov, professeur à la Faculté de médecine de Kazan, est nommé professeur ordinaire de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Friedrich Müller est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Theodor Panzer est nommé privatdocent de chimie médicale.

Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur S. Miknov, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur extraordinaire d'obstétrique et de gynécologie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Fédorov, privatdocent à la Faculté de médecine de Moscou, est nommé professeur extraordinaire de chirurgie.

University College de Liverpool. — M. le docteur D. Douglas-Crawford est nommé lecteur d'anatomie chirurgicale.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

***Années 1881* et *1882* :** Les numéros parus et non épuisés (1881, no 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont **fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.**

Années 1883* à *1902 inclusivement (20 années) absolument complètes, soit les 22 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de **198 francs pour la France, 240 francs pour l'étranger.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Ardilouze (J.-R.). De l'hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin.

Boutin (M.-E.). Des vomissements comme symptômes précurseurs de la mort rapide à la période de convalescence de la diphtérie.

Carel (A.). Le lait stérilisé; résultats obtenus par son emploi au moment du sevrage, dans l'allaitement mixte, dans l'allaitement artificiel, chez les nourrissons de la classe ouvrière à Paris.

Cecconi (H.). Erythèmes pellagreux et érythèmes pellagroïdes.

Colombani (M.). Essai d'étude sur les accidents de la suralimentation.

Cousin (C.). De l'imprégnation de la mère (télégonie) d'après les données actuelles de la zootechnie.

Daverne (R.). Sur quelques observations d'ostéomyélite vertébrale aiguë.

Duplan (L.). Contribution à l'étude physiologique et clinique de l'éther éthylique de l'acide para-amido-benzoïque.

Escande (P.). Contribution à l'étude clinique des avortements et, en particulier, des avortements criminels.

Figuiera (Ch.). Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse.

Gachet (M.). Contribution à l'étude des infections d'origine buccale, et spécialement des septicémies et de leur forme phlébitique.

Galitsis (L.-Ch.). Des éruptions qui surviennent au cours de la diphtérie traitée par le sérum de Roux.

Garreau (F.). Les pneumonies à point de côté abdominal : les pseudo-appendicites pneumoniques.

Gillet (G.). Etude sur le tic douloureux de la face; pathogénie, origine périphérique et dentaire.

Ginner (E.). De la parotidite aiguë dans les états cachectiques et les affections chroniques.

Giraud (M.). Contribution à l'étude de la psittacose.

Glais (R.). Des ouvertures spontanées de l'ascite.

Grabié (R.). Contribution à l'étude de l'inversion utérine récente puerpérale (ligaments d'arrêt).

Grèze (A.). Des rapports de la rougeole avec la tuberculose.

Grivot (M.). Contribution à l'étude de la paralysie faciale otitique.

Guérin (E.). Alcoolisme et tachycardie.

Guinsbourg (J.). Contribution à l'étude des grands kystes du rein.

Guitard. De la méthode ambulatoire dans les traumatismes osseux du membre inférieur.

Iribarne (C.). Essai sur l'adénite mastoïdienne aiguë; rôle de l'infection de la caisse.

Janvier (G.). Phlébo-sclérose sténosante des veines superficielles des membres.

Kouyoumdjian (V.-A.). Le phlegmon ligneux du cou.

Lafite-Dupont (L.). De l'insertion vicieuse du cordon ombilical.

Lamblin (P.). Le prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez les petites filles.

Laurent (J.). De la balnéation dans les maladies aiguës de l'enfance.

Le Meur (A.). Les paralysies unilatérales du voile du palais.

Maroger (P.). Contribution à l'étude de la grossesse extra-membraneuse.

Mary (G.). Appendicite et affections utéro-annexielles.

Montigny (A. de). Etude clinique sur l'angine de Vincent.

Morisson (H.). Le son de percussion amphorique.

Philippet (J.-G.). Les prétextes invoqués contre l'allaitement maternel.

Picard (G.). De la puerpéralité chez les femmes âgées de moins de seize ans.

Ponroy (M.). Traitement des fractures du maxillaire inférieur par la bande élastique.

Poussin (O.). De la gastro-entérostomie en Y.

Sallé (F.). Des phlébites dans la chlorose.

Sautriau (F.). Contribution à l'étude des kystes traumatiques.

Sellerin. Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse (syndrome de Dercum).

Sorre (E.). Les modifications à apporter à la loi sur la protection des enfants en bas âge (loi Roussel).

Trémolières (E.). Contribution à l'étude de la granulie à forme hémorrhagique.

Vion (R.). La taille hypogastrique en France; essai historique (1474-1800).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Arnold (J.). Ueber Fettumsatz und Fettwanderung, Fettinfiltration und Fettdegeneration, Phagocytose, Metathese und Synthese. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 2.) — Les échanges et la circulation de la graisse; infiltration et dégénérescence graisseuses.

Borrel (A.). Epithélioses infectieuses et épithéliomas. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Coyne (P.). Traité élémentaire d'anatomie pathologique. 2e éd. In-8°, 1054 p. avec fig.

Kryjanowski (W.). Les altérations des ganglions nerveux du cœur chez les lapins, les chiens et l'homme sous l'influence du virus rabique. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 4.)

Lewy (H.). Ueber Centralkörperchen in Gliomen. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 2.) — Des corpuscules centraux dans les gliomes.

Loeb (L.). Mixed tumors of the thyroid gland. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Tschistowitsch (Th.). Die Verödung und hyaline Entartung der Malpighi'schen Körperchen der Niere. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 2.) — Destruction et dégénérescence hyaline des glomérules de Malpighi dans les reins.

MÉDECINE

Archives de la clinique du professeur A. A. Ostrooumov (1892-1900) (en russe). T. Ier. In-8°, 754 p. Moscou.

Bell (R.). Cancer; its causation and its curability without operation. In-8°, 280 p. Londres. — Le cancer; son étiologie et sa curabilité sans intervention chirurgicale.

Bureau (M.). Des formes hématologiques de la leucémie et de leurs rapports avec les formes cliniques. (*Gaz. méd. de Nantes*, 14 fév.)

Carles (J.). L'indicanurie dans les affections de l'estomac. (*Rev. de méd.*, avril.)

Drosdovsky (P.). La valeur du signe d'Oliver pour le diagnostic de l'anévrysme de l'aorte thoracique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 fév. et 1er mars.)

Faisans (L.). Maladies des organes respiratoires (méthodes d'exploration; signes physiques). 3e éd. In-16, 192 p.

Favitzky (A.) et **Orlovski** (V.). Diagnostic des inflammations catarrhales des bassinets (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 fév. et 1er mars.)

Ferrannini (L.). Ueber hereditäre kongenitale Herzleiden; 3. Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 7 fév.) — Cardiopathies héréditaires congénitales.

Gourevitch (M.). Diagnostic et traitement des anévrysmes de l'aorte abdominale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 fév.)

Griffith (T. W.). On affections of the tricuspid valve of the heart, with a note on a pedunculated thrombus occurring in the right auricle. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Howard (W. T.). The pathology of labial and nasal herpes and of herpes of the body occurring in acute croupous pneumonia, and their relation to the so-called herpes zoster. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Huchard (H.). Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte. T. III, 1er fasc. : maladies du péricarde; endocardites aiguës et subaiguës. 3e éd. In-8°, 425 p. avec fig.

Le Damany (P.). Les épanchements pleuraux liquides. In-16, 220 p. avec fig.

Lucksch (F.). Polypus mucosus ventriculi unter dem klinischen Bilde eines Carcinoma pylori. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er janv.) — Polype muqueux de l'estomac ayant évolué sous la forme clinique d'un cancer du pylore.

Saveliev (N.). L'hépatoptose (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 1.)

Singer (H.). Methodisches zur quantitativen Bestimmung des Jodkali im Harn. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 1-2.) — Analyse quantitative de l'iodure de potassium dans l'urine.

Starck (H.). Beiträge zur Sondierung der Speiseröhre. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 janv.) — Cathétérisme de l'œsophage.

Steele (J. D.). Experimental evidence of biliary obstruction in floating liver. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.) — Recherches expérimentales sur l'occlusion biliaire en cas de foie flottant.

Stolper (J. H.). The more frequent diseases of the joints : their etiology and treatment. (*Med. News*, 10 janv.) — Les affections les plus communes des jointures.

Surmont (H.) et **Lerat** (G.). Hyperchlorhydrie à forme diarrhéique. (*Echo méd. du Nord*, 11 janv.)

Taylor (J.). Remarks on the treatment of the visceral ptoses. (*Philadelphia Med. Journ.*, 10 janv.)

Van Leersum (E. C.). Zusatz von Hühnereiweiss zum Urin. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.) — La simulation de l'albuminurie par l'addition de blanc d'œuf à l'urine.

Webster (G. W.). The etiology of acute articular rheumatism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aldrich (Ch. J.). Trap-drummer's neurosis : a hitherto undescribed occupation disease. (*Med. News*, 7 fév.) — Une maladie professionnelle non encore décrite : la névrose des tambourineurs.

Alter (W.). Ein Ohrreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.) — Un réflexe auriculaire.

Baucke (E.). Ein Beitrag zur Lehre der Encephalomyelitis disseminata. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 15 fév.)

Collet. Des formes anormales de la maladie de Parkinson. (*Lyon méd.*, 1er fév.)

Decroly. Mal vertébral sous-occipital avec luxation du crâne en arrière; paralysie atrophique bilatérale de la langue par compression probable des deux hypoglosses. (*Journ. de neurol.*, 5 fév.)

Devay (F.). Des rémissions thérapeutiques de la paralysie générale. (*Lyon méd.*, 15 et 22 fév.)

Féré (Ch.). Note sur des rêves précurseurs de la migraine ophtalmique. (*Rev. de méd.*, fév.)

Giannelli (A.) et **Toscani** (G.). Contributo allo studio della perdita della visione mentale. (*Policlinico*, partie méd., X, 2.)

Höflmayr (L.). Eine merkwürdige Complication eines Migräneanfalles. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.) — Une complication singulière d'un accès de migraine.

Kronthal (P.). Biologie und Leistung der centralen Nervenzelle. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.) — Biologie et fonctionnement des cellules nerveuses centrales.

Schott (A.). Beitrag zur Lehre von der Melancholie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 3.)

Schultze (E.). Stirner'sche Ideen in einem paranoischen Wahnsystem. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 3.) — Idées de Stirner dans un cas de délire paranoïque.

Siefert (E.). Ueber die multiple Carcinomatose des Centralnervensystems. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 3.)

Sticker (G.). Tabes und Unfall. (*Deutsche Praxis*, 25 janv.) — Tabes et traumatismes.

Taubert. Ueber Erythromelalgie bei Syringomyelie des Cervikalmarks. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 janv.)

Vedrani (A.) et **Muggia** (G.). Psicosi alcoolica cronica paranoide. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXX, 4.)

Verger (H.). Un cas d'hémiplégie cérébrale organique consécutive à un coup de revolver dans la région précordiale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 25 janv.)

Viedenz. Ueber psychische Störungen nach Schädelverletzungen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 3.) — Troubles psychiques consécutifs aux traumatismes du crâne.

Wagner (J. von). Ueber Myxödem und sporadischen Kretinismus. (*Wien. med. Wochensch.*, 10, 17 et 24 janv.)

Westphal (A.). Ueber die Bedeutung von Traumen und Blutungen in der Pathogenese der Syringomyelie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVI, 3.) — Sur la signification des traumatismes et des hémorrhagies dans la pathogénie de la syringomyélie.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Baroch (E.). Ueber eine bei Syphilitischen vorkommende Reaction der Zungenschleimhaut auf Quecksilber und ihren diagnostischen Wert bei latenter Lues. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 14 fév.) — Sur une réaction de la muqueuse linguale à l'égard du mercure chez les syphilitiques et sur sa valeur diagnostique en cas de syphilis latente.

Cohn (M.). Einige Bemerkungen zur Behandlung der Furunculosis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 fév.) — Quelques remarques sur le traitement de la furonculose.

Du Castel. Gomme et épithéliome térébrant de la langue. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Krzysztalowicz (F.). Ueber chronische streptogene Hautaffektion sub forma einer bullösen Dermatitis (eines Pemphigus). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 fév.)

Lang (E.) et **Deutsch** (E.). Therapeutik für Venerische und Hautkranke. 4e éd. In-12, 234 p. avec fig. Vienne. — Thérapeutique des maladies vénériennes et cutanées.

Löwenbach (G.) et **Brandweiner** (A.). Die Vaccineerkrankung des weiblichen Genitales. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.) — Vaccination accidentelle des organes génitaux de la mère [par le contact du produit des pustules vaccinales de l'enfant].

Méneau (J.). De l'ichtyose fœtale dans ses rapports avec l'ichtyose vulgaire. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, fév.)

Pringle (J.). A rare seborrhoïde of the face. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév.)

Richter. Ueber generalisierte Xanthome, besonders das Xanthom « en tumeurs ». (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 janv. et 1er fév.)

Shoemaker (J. V.). A case of tubercular leprosy with lepra bacilli in the circulating blood. (*Med. Bull.*, fév.) — Un cas de lèpre tuberculeuse avec présence de bacilles dans le sang.

Stowers (J. H.). Mycosis fungoides. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév.)

Werther. Ueber eine Epidemie von Trichophytie des Kopfes bei Schulkindern. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er fév.) — Une épidémie de trichophytie du cuir chevelu chez des écoliers.

CHIRURGIE

Bärlocher (H.). Zur Behandlung des Kniescheibenbruches. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Traitement des fractures de la rotule.

Bernard (J.). Practische Hebelmethoden zur Reposition der Schultergelenksluxationen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 11 janv.) — Applications pratiques du levier à la réduction des luxations de l'épaule.

Blencke (A.). Ueber Lähmungen des Nervus radialis nach Oberarmfractur und über die Behandlung derselben durch Operation. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, janv.) — Paralysies radiales consécutives aux fractures du bras et leur traitement opératoire.

Borchard. Ueber traumatisches Oedem des Handrückens. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.) — Œdème traumatique du dos de la main.

Braun. Considérations sur le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.)

Brewer (G. E.). Cases illustrating some important points in the diagnosis and treatment of abdominal contusions associated with visceral injuries. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Buccheri (R.) et **Messina** (G.). Ospedale dei bambini di Palermo (sezione chirurgica); rendiconto clinico degli anni 1901-1902. In-8°, 118 p. avec fig. Palerme.

Campbell (W. F.). A contribution to the surgery of the internal saphenous vein. (*Med. News*, 21 fév.)

Croisier. Chirurgie de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 fév.)

Cumston (Ch. G.). A case of pancreatic cyst, with remarks on the pathology and surgical treatment. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Czerny (V.). Zur Behandlung der Fissur und des Vorfalls des Mastdarms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.) — Traitement de la fissure à l'anus et du prolapsus du rectum.

Deaver (J. B.). Diseases of the pancreas. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Feilchenfeld (L.). Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 14 fév.)

Fredet (P.) et **Chevassu** (M.). Note sur deux cas de kystes mucoïdes du cou à épithélium cilié, dérivés des restes du tractus thyréoglosse. (*Rev. de chir.*, fév.)

Gallois et **Pinatelle**. Un cas d'anastomose artério-veineuse longitudinale pour artérite oblitérante. (*Rev. de chir.*, fév.)

Hildebrand (O.). Zur Resektion des III. Astes des Trigeminus am Foramen ovale. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.)

Horsley (J. S.). Post-typhoidal infection of ribs. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Ostéite costale post-typhoïdique.

Krause (F.). Zur Freilegung der hinteren Felsenbeinfläche und des Kleinhirns. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.) — Mise à nu de la face postérieure du rocher et du cervelet.

Krönlein. Die aseptischen Operationsräume der Züricher chirurgischen Klinik und ihre Bedeutung für den chirurgisch-klinischen Unterricht. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.) — Les salles d'opérations aseptiques de la clinique chirurgicale de Zurich et leur importance pour l'enseignement.

Kümmell (H.) et **Rumpel** (V.). Chirurgische Erfahrungen über Nierenkrankheiten unter Anwendung der neueren Untersuchungsmethoden. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.) — Considérations chirurgicales sur les affections rénales au point de vue de l'emploi des nouvelles méthodes d'exploration.

Longard (C.). Zur Operation der Retentio testis inguinalis. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 21 fév.)

Matas (R.). An operation for the radical cure of aneurism based upon arteriorrhaphy. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Melnikov (A.). Contribution à l'étude des abcès du foie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Mollica (G.). Contributo clinico alle tracheotomie di urgenza per mignatta. (*Gazz. degli Osped.*, 22 fév.) — Trachéotomie d'urgence pour extraction d'une sangsue.

Niedzielski (C.). O miesakach sutki. (*Kronika lekarska*, 15 janv. et 1er fév.) — Les sarcomes du sein.

O'Conor (J.). The surgical treatment of rheumatic fever. (*Lancet*, 24 janv.)

Oliver (J. Ch.). The question of surgical intervention in cases of injuries to the spine. (*Ann. of Surgery*, fév.) — De l'intervention chirurgicale en cas de traumatisme du rachis.

Ricard (A.) et **Launay** (P.). Traité de thérapeutique chirurgicale. In-8°, 907 p. avec fig.

Riethus (O.). Exostosis bursata mit freien Knorpelkörpern. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.) — Exostose à bourse séreuse avec corpuscules cartilagineux libres.

Schloffer (H.). Ueber embolische Verschleppung von Projektilen, nebst Bemerkungen über die Schussverletzungen des Herzens und der grossen Gefässe. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.) — Projectiles entraînés à la façon d'embolies; remarques sur les blessures par armes à feu du cœur et des gros vaisseaux.

Szleifstein (J.). Parafina jako srodek leczniczo-kosmetyczny. (*Gaz. lekarska*, 17 et 24 janv.) — La paraffine comme moyen de prothèse.

Thomson (H.). Bemerkungen zur Anlegung der künstlichen Gallenblasen-Darmfistel. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 17 janv.) — Remarques sur la cholécystentérostomie.

Westerman (C. J.). Over de behandeling van de geschoten wond. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 mars.) — Traitement des blessures par armes à feu.

UROLOGIE

Albarran (J.) et **Imbert** (L.). Les tumeurs du rein. In-8°, 771 p. avec fig.

Garceau (E.). Ureteritis in the female. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Hildebrand (O.). Ueber die extraabdominale Versorgung intraabdominaler Blasenrisse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.) — Traitement extra-abdominal des ruptures intra-abdominales de la vessie.

Jones (D. F.). Intraperitoneal rupture of the bladder. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Rupture intrapéritonéale de la vessie.

Kapsammer (G.). Ein Beitrag zur Klinik der Prostatatumoren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 janv.)

Lohnstein (H.). Bemerkungen zur Technik der Bottini'schen Operation. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 1.)

Rumpel (O.). Ein Fall von doppelseitiger Steinniere, zugleich ein Beitrag zur Lehre der functionellen Nierendiagnostik. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 1.) — Rein « calculeux » bilatéral; contribution au diagnostic fonctionnel des affections rénales.

OPHTALMOLOGIE

Ahlstrom (G.). Kystes transparents des paupières. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Chavasse (P.) et **Toubert** (J.). Diagnostic des maladies des yeux, des oreilles et des voies aériennes supérieures, considérées surtout dans leurs rapports avec le service militaire. In-8°, 721 p. avec fig.

Clarke (E.). The errors of accommodation and refraction of the eye and their treatment. In-8°, 236 p. Londres.

Gonin (J.). Le diagnostic ophtalmoscopique des hémorrhagies intravaginales du nerf optique. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Haden (H. C.). Retinal hemorrhages: an aid to the early recognition of general arterial degeneration. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 fév.)

Herbert (H.). The practical details of cataract extraction. In-8°, 118 p. Londres.

Jacovidès (G.-S.). Trachome et ophtalmie purulente en Egypte. (*Arch. d'ophtalmol.*, déc. 1902; janv. et fév.)

Kalistratov (P.). Quelques mots sur le traitement chirurgical du trachome (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Leprince (A.). Les traumatismes oculaires et leur traitement. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er fév.)

Lotine (A.). Contribution à l'étude des affections de l'œil provoquées par le séjour de larves de Wohlfahrtia (en russe). (*Roussk. Vratch*, 1er fév.)

Ramoni (A.). Epitelioma primitivo del *limbus* sclero-corneale. (*Boll. dell'Osped. oftalm. della provincia di Roma*, janv.-fév.)

Reik (H. O.). Complete aniridia with posterior polar cataracts, complicated by high myopia and buphthalmos. (*Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases*, janv.-fév.)

Roselli (R.). Il daltonismo infantile. (*Boll. dell'Osped. oftalm. della provincia di Roma*, janv.-fév.)

Sourdille. Sur un procédé opératoire du ptosis. (*Gaz. méd. de Nantes*, 7 fév.)

Sulzer. Etude expérimentale de la vision des astigmiques. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bluhm (Agnes). Ueber einen durch ungewöhnlichen Sitz ausgezeichneten Ovarialtumor. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 2.) — Tumeur de l'ovaire à localisation insolite.

Bossi. Ueber die Widerstandskraft von Tieren während der Schwangerschaft und im Puerperium gegen Infection und Intoxication; vorläufige Mitteilung zur Indication der Unterbrechung der Schwangerschaft wegen innerer Krankheiten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 2.) — Sur la résistance des animaux à l'infection et à l'intoxication pendant la gravidité et la période puerpérale.

Boursier (A.). Précis de gynécologie. In-18, 1062 p. avec fig.

Ferroni (E.). Beitrag zum Studium der tubaren Zwillingsschwangerschaften in derselben Tube. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 fév.) — Contribution à l'étude des grossesses tubaires gémellaires dans la même trompe.

Freund (H. W.). Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 fév.) — La rupture de l'utérus constitue-t-elle une indication pour l'opération césarienne en cas d'une nouvelle grossesse?

Füth (H.). Beitrag zur Kasuistik und Aetiologie der Uterusruptur. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 fév.)

Goffe (J. R.). What advice should be given to a woman suffering from fibroid tumor of the uterus? (*Med. News*, 7 fév.) — Traitement des fibromes de l'utérus.

Herman (G. E.). Diseases of women, a clinical guide to their diagnosis and treatment. In-8°, 900 p. avec fig. Londres. — Maladies des femmes.

Hitschmann (F.) et **Lindenthal** (O.). Ueber die Haftung des Eies an atypischem Orte. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 fév.) — Sur la fixation de l'œuf en un point anormal.

Hofbauer (J.). Die Nucleïn-Kochsalz-Behandlung der puerperalen Sepsis im Lichte moderner Forschung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 2.) — Le traitement de la septicémie puerpérale par l'emploi des nucléines associé aux injections d'eau salée.

Oui (M.). Hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta; traitement par la méthode de Braxton-Hicks. (*Echo méd. du Nord*, 15 fév.)

Robb (H.). The mortality following operations for pus in the pelvis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 janv.)

Schäffer (O.). Atlas-manuel de gynécologie. (Ed. française par J. Bouglé.) In-16, 333 p. avec fig. et planches.

Sereni (S.). Sulla trasmissibilità dei parassiti della malaria dalla madre al feto. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXIX, 1.)

Sintenis. Zur Eklampsiebehandlung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 janv.) — Traitement de l'éclampsie.

Stewart (D. H.). The surgical treatment of puerperal eclampsia and the prevention of convulsions. (*Med. Record*, 17 janv.)

Van Praag (F.). Een geval van genezen ruptura uteri. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 fév.) — Guérison d'un cas de rupture de l'utérus.

Weiss (A.). Zur Frage der Verwertbarkeit der Leukozytenbestimmung bei Erkrankungen des weiblichen Genitaltraktes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 janv.) — Valeur de la numération des leucocytes dans les affections gynécologiques.

Wennerström (G.). Kolpohysterostomi vid inkarcererad gravid uterus. (*Hygiea*, mars.)

Wertheim (E.). Zur Kenntnis der regionären Lymphdrüsen beim Uteruskarzinom. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 janv.) — Des ganglions lymphatiques dans le cancer utérin.

Witthauer (K.). Primäre Bauchhöhlengravidität auf einem Netzzipfel. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 janv.) — Grossesse abdominale primitive greffée sur l'épiploon.

Zangemeister (W.). Ueber instrumentelle Dilatation der Cervix respective des Muttermundes an der hochschwangeren oder kreissenden Gebärmutter. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 janv.) — Dilatation instrumentale du col utérin dans les cas de grossesse avancée ou pendant le travail.

PÉDIATRIE

Bluhm (Agnes). Ein Beitrag zur Kenntnis des Sarcoma botryoides mucosae cervicis infantum. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 2.)

Budin. Rapport sur la mortalité infantile de zéro à un an, présenté à la commission de la dépopulation. In-4°, 47 p. avec graphiques.

Caccia (G.). Un caso di meningite cerebro-spinale da batterio emofilo di Pfeiffer. (*Riv. di clin. pediatrica*, fév.)

Cruchet (R.). Du babeurre ou lait de beurre (Buttermilch). (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 22 fév.)

Gevaert. Zona ophtalmique chez l'enfant. (*Arch. de méd. des enfants*, mars.)

Hollopeter (W. C.). Some unappreciated causes of anemia in childhood. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 janv.) — Quelques causes méconnues de l'anémie chez les enfants.

Jacobi (A.). Peribronchitis and interstitial pneumonia. (*Arch. of Pediatrics*, janv.)

Lepeut. Traitement de la bronchopneumonie chez les enfants. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Lomax (H. E.). Infantile diabetes mellitus. (*Albany Med. Ann.*, fév.)

Monti. Zur Frage der Serumexantheme. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 5-6.)

Morquio (L.). Los trastornos gastro-intestinales de la primera infancia y en particular de los niños alimentados exclusivamente á pecho. (*Rev. méd. del Uruguay*, janv.)

Morse (J. L.). Retropharyngeal abscess in infancy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 janv.)

Orta (F.). Intorno al morbo di Riga; ricerche cliniche e sperimentali. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, janv.)

Rabot (F.) et **Revol** (L.). Méningite tuberculeuse chez un enfant de trois mois. (*Lyon méd.*, 11 janv.)

Rotch (Th. M.). Tubercular peritonitis in early life, with especial reference to its treatment by laparotomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 janv.)

Schrötter (E. von). Zur Kenntnis der Tuberculose der Nabelgegend. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 5-6.) — Contribution à l'étude de la tuberculose de la région ombilicale.

Smith (E.). On reflex convulsions in growing boys and girls. (*Lancet*, 24 janv.) — Convulsions réflexes pendant la croissance.

Zuppinger. Zur Kenntnis der diffusen chronischen Myocarditis bei Kindern. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 5-6.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Chavasse. Polypes du nasopharynx extraits par la voie bucco-pharyngée. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Courtade (A.). Anatomie topographique des cryptes des amygdales hypertrophiées. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Deguy. Quelques faits d'abcès juxta-laryngés. (*Rev. de méd.*, fév.)

Jankelevitch. Des troubles nerveux déterminés par l'hypertrophie de l'amygdale linguale. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er fév.)

Mader (L.). Ueber Nasen- und Mundatmung, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Infection. In-8°, 26 p. Halle. — Respiration nasale et buccale, surtout au point de vue de ses rapports avec l'infection.

Orlow (L.). Pharyngotomie pour l'ablation des tumeurs de la portion buccale du pharynx. (*Rev. de chir.*, fév.)

Quintela (M.). Un caso de mastoiditis de Bezold curado sin trepanación. (*Rev. méd. del Uruguay*, fév.)

Strubell (A.). Ménière'scher Symptomenkomplex mit Anosmie und Ageusie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 janv.)

Tellier (J. et C.). Contribution clinique à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaire. (*Lyon méd.*, 8 et 15 fév.)

Woodward (J. H.). Empyema of the accessory sinuses of the nose. (*Med. News*, 21 fév.) — Empyèmes des cavités accessoires du nez.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Duchauffour (A.). De la « consolidation » des lésions résultant d'accidents du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.)

Morache (G.). Grossesse et accouchement (étude de socio-biologie et de médecine légale). In-16, 281 p.

Pailhas (B.). Dégénérescence hybride de criminalité et de folie non délirante. (*Arch. d'anthropol. crim.*, fév.)

Timoféiev (P.). Production artificielle d'une hydrocèle en vue de l'exemption du service militaire (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, fév.)

Treitel. Ueber Ertaubung im Beruf und deren Abschätzung für die Invalidität. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 26 fév.) — La surdité en tant que maladie professionnelle et son évaluation au point de vue de l'invalidité.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Del Monaco (C.). Iniezione di siero antidifterico in un caso di afta cachettica seguita da guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 1er fév.)

Fedele (N.). Novello contributo alla cura delle anemie colle iniezioni ipodermiche di soluzioni di arseniato di ferro. (*Gazz. degli Osped.*, 1er fév.)

Frey (H.). Zur Therapie der Tuberkulose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er fév.)

Good (C. A.). An experimental study of lithium. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Heitzman (Ch. W.). The treatment of tuberculosis. (*Med. News*, 21 fév.)

Pawinski (J.). Apocynum cannabinum — jako srodek nasercowy i moczopedny. (*Gaz. lekarska*, 3, 10 et 17 janv.) — Le chanvre du Canada comme médicament cardiaque et diurétique.

Triol. De l'intoxication par l'hydrastis canadensis. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Comptes rendus des séances du deuxième Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales (Berne, septembre 1902). In-8°, 791 p. avec fig. Berne. Office polytechnique d'édition.

Delherm (L.). Traitement de l'arthrite blennorrhagique à la période aiguë inflammatoire et fébrile par le courant continu à dose élevée. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Guilloz (Th.). Sur le traitement électrique de la maladie de Basedow. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Hopkins (G.). Uterine carcinoma; its treatment by the combined use of the Finsen light and the Röntgen ray. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 fév.)

Jamieson (W. A.). Mycosis fungoides and its treatment by the X-rays. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, janv.)

Laquerrière. Comment il faut entendre les contre-indications au traitement électrique du fibromyome utérin. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Mikulicz (J. von) et **Fittig** (O.). Ueber einen mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelten Fall von Brustdrüsenkrebs. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 3.) — Un cas de cancer du sein, traité avec succès par les rayons de Röntgen.

Pressey (A. J.). Static electricity in treatment of morphinism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 janv.)

Rodari (P.). Die physikalischen und physiologisch-therapeutischen Einflüsse des magnetischen Feldes auf den menschlichen Organismus. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Les influences physiques et thérapeutiques du champ magnétique sur l'organisme humain.

Zeldovitch. Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par l'électrolyse (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Arloing (F.) et **Troude** (M.). Action de l'ozone sur le bacille de la diphtérie et sur sa toxine. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Brongersma (S.) et **Van de Velde** (Th.). Die Züchtung von Gonokokken auf « Thalmann-Agar ». (*Centr.-Bl. f. Bacteriol.*, XXXIII, 4.)

Courmont (J.). Précis de bactériologie pratique. 2e éd. In-16, 892 p. avec fig.

Funck (M.). Manuel de bactériologie clinique. 2e éd. In-8°, 239 p. avec fig. Bruxelles. H. Lamertin.

Kerschensteiner (H.). Studien zur Bakteriologie der Lungen- und Bronchialeiterungen; ein Beitrag zur Lehre von der Mischinfektion bei Lungentuberkulose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 1-2 et 3-5.) — Recherches sur la bactériologie des suppurations pulmonaires et bronchiques; les infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire.

23e ANNÉE. — N° 16. Vingt centimes le numéro. 22 AVRIL 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — La projection de la rétine sur la corticalité calcarine, par M. le professeur S. E. Henschen 125
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine*. — Des récidives du zona 127
Académie des sciences. — Contribution expérimentale à la physiologie de la mort...... 127
Société médicale des hôpitaux. — Injections d'air stérilisé dans les cas d'épanchements pleuraux........ 127
Le pseudo-rhumatisme dysentérique et ses déterminations articulaires et abarticulaires........ 128
Phlébite infectieuse au cours d'une chlorose, avec autopsie........ 128
Société de dermatologie et syphiligraphie. — A propos de la nature syphilitique du tabes........ 128
Un cas de carate........ 128
Accidents secondaires attribuables à l'hérédo-syphilis chez une enfant de douze ans 129
Contracture unilatérale du biceps au cours de la syphilis secondaire........ 129
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises*. — Etude clinique et anatomo-pathologique sur la maladie de Parkinson........ 129
Paralysie de l'accommodation et du voile du palais, consécutive aux oreillons........ 129
Un cas de sécrétion lactée remplaçant les règles chez une jeune fille vierge........ 129
Publications allemandes. — Sur les troubles psychiques accompagnant les tumeurs et les lésions de la région frontale........ 129
Les suppurations de l'oreille moyenne d'après la statistique de Bezold (1869-1896) poursuivie jusqu'en 1901........ 130
La scarlatine chirurgicale consécutive à des brûlures........ 130
Contracture du col utérin comme cause de dystocie........ 130
Publications polonaises. — Grossesse menée à terme, malgré la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine........ 130
Paralysie périphérique du nerf hypoglosse droit........ 131
De la résistance des hématies chez les phtisiques........ 131
Publications russes. — Deux cas d'entérorrhagie compliquant une angine diphtérique........ 131
Des récidives tardives du cancer........ 131
De l'anesthésie locale en vue de la paracentèse de la membrane du tympan........ 131
Publications tchèques. — Traitement de l'empoisonnement par le phosphore........ 132
Sur le réflexe pilomoteur........ 132
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Le traitement de la fissure anale par l'excision large suivie d'abaissement de la muqueuse........ 132
Les applications d'huile d'aniline iodoformée contre l'otite moyenne purulente........ 132
Traitement de la variole par l'usage interne de l'acide phénique associé à la quinine.. 132
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide phénique à l'intérieur et quinine contre la variole........ 132[3]
Anesthésie locale en vue de la paracentèse de la membrane du tympan........ 131[3]
Angine diphtérique compliquée d'entérorrhagie........ 131[2]
Cancer et ses récidives tardives........ 131[3]
Carate........ 128[3]
Centre visuel au niveau de la corticalité calcarine........ 125[1]
Chlorose et phlébite infectieuse........ 128[2]
Contracture du col utérin comme cause de dystocie........ 130[3]
— unilatérale du biceps au cours de la syphilis secondaire........ 129[1]
Dilatations variqueuses bulbo-protubérantielles dans la maladie de Parkinson........ 129[1]
Diphtérie à Marseille........ 127[3]
Dysenterie et pseudo-rhumatisme........ 128[1]
Dystocie par contracture du col utérin........ 130[3]
Empoisonnement par le phosphore........ 132[1]
Entérorrhagie compliquant une angine diphtérique........ 131[2]
Epanchements pleuraux et injections d'air stérilisé........ 127[3]
Excision large suivie d'abaissement de la muqueuse contre la fissure à l'anus........ 132[2]
Grossesse menée à terme malgré la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine. 130[3]
Hématies et leur résistance chez les phtisiques........ 131[1]
Huile d'aniline iodoformée contre l'otite moyenne purulente........ 132[3]
Injections d'air stérilisé dans les cas d'épanchements pleuraux........ 127[3]
Maladie de Parkinson et ses lésions........ 129[1]
Mort et sa physiologie........ 127[3]
Oreillons et paralysie de l'accommodation et du voile du palais........ 129[2]
Otite moyenne purulente........ 132[3]
Paracentèse de la membrane du tympan........ 131[3]
Paralysie de l'accommodation et du voile du palais, consécutive aux oreillons 129[2]
— périphérique de l'hypoglosse........ 131[1]
Phlébite infectieuse au cours d'une chlorose 128[2]
Pseudo-rhumatisme dysentérique........ 128[1]
Réflexe pilomoteur........ 132[1]
Rétine et sa projection sur la corticalité calcarine........ 125[1]
Scarlatine chirurgicale........ 130[2]
Sécrétion lactée remplaçant les règles chez une vierge........ 129[3]
Suppurations de l'oreille moyenne d'après la statistique de Bezold........ 130[1]
Syphilis secondaire attribuable à l'hérédo-syphilis........ 129[1]
Tabes et sa nature syphilitique........ 128[2]
Traitement de la variole........ 132[3]
— de l'empoisonnement par le phosphore........ 132[1]
— de l'otite moyenne purulente.... 132[3]
— des épanchements pleuraux..... 127[3]
— des fissures à l'anus........ 132[2]
Tumeurs et lésions de la région frontale et troubles psychiques........ 129[3]
Variole........ 132[3]
Zona récidivant........ 127[2]

VARIA

Abrogation des nouvelles mesures prises en Espagne à l'égard des médecins étrangers exerçant ou désirant exercer sur le territoire espagnol.

Au commencement du mois de novembre dernier, le gouvernement espagnol, qui était représenté à cette époque par un ministère libéral, fit rendre un décret par lequel il suspendait l'application du décret-loi du 6 février 1869 visant, en premier lieu, l'équivalence des études universitaires pour les étrangers qui désirent obtenir le titre de médecin espagnol, et, en second lieu, l'autorisation de pratiquer sur la présentation d'un diplôme de médecin — reconnu régulier — obtenu dans un établissement public étranger et contre le paiement d'une somme de 500 pesetas.

Peu après la publication du décret royal dans la *Gaceta de Madrid*, tout en ne pas désapprouvant au fond la mesure prise par le gouvernement espagnol, nous avons montré que la décision ne tenait pas un compte suffisant des situations acquises et des devoirs que tout pays doit avoir à cœur de remplir à l'égard des étrangers (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 417). Aujourd'hui, nous avons la satisfaction d'apprendre à nos lecteurs que les considérations que nous avons fait valoir à cet égard ont trouvé un accueil favorable auprès du ministère actuel qui, pour être conservateur, n'en est pas moins soucieux de voir l'Espagne garder le renom de libéralisme scientifique dont elle jouit depuis la dernière révolution. Dans ce but, le ministre de l'instruction publique vient de faire signer un décret — lequel est publié dans la *Gaceta de Madrid* du 18 avril 1903 — abrogeant le décret royal du 7 novembre dernier.

Ainsi donc, l'équivalence des études universitaires faites à l'étranger et l'autorisation pour les médecins étrangers de pratiquer sur le territoire espagnol continueront à être régies — jusqu'à la promulgation d'une nouvelle loi — par les articles 94, 95 et 96 de la loi du 9 septembre 1857 et les deux décrets-lois du 6 février 1869.

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Bumm, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur G. von Veit, ancien professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur D. Gilbert Gordon, professeur d'hygiène au Trinity Medical College de Toronto. — M. le docteur Edward W. Jenks, ancien professeur de gynécologie au Chicago Medical College. — M. le docteur John W. Collins, ancien professeur de gynécologie au Denver Medical College.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Flechsig (P.). Weitere Mitteilungen über die entwickelungsgeschichtlichen (myelogenetischen) Felder in der menschlichen Grosshirnrinde. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — Nouvelles recherches sur les zones myélogènes de l'écorce cérébrale.

Lenhossék (M. von). Die Entwicklung des Glaskörpers. In-4°, 107 p. avec fig. Leipzig. — Le développement du corps vitré.

Mensi (E.). Sull'origine e funzione dei corpuscoli di Hassal. (*Pediatria*, fév.)

Metzlar (C.). Aangeboren afwezigheid van de groote en kleine borstspier. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 fév.) — Absence congénitale du grand et du petit pectoral.

Sobotta (J.). Atlas-manuel d'histologie et d'anatomie microscopique. (Ed. française par P. Mulon.) In-16, 160 p. avec fig. et planches.

PHYSIOLOGIE

Bickel (A.). Untersuchungen über den Mechanismus der nervösen Bewegungsregulatoren. In-8°, 188 p. avec fig. Stuttgart. — Recherches sur le mécanisme des régulateurs nerveux de la motricité.

Donzé (G.) et **Lambling** (E.). Sur la grandeur du « non dosé » organique de l'urine normale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Jellinek (S.). Electric shocks. (*Lancet*, 7 fév.)

Pascucci (O.). Influenza del sistema nervoso sulla rigidità cadaverica. (*Policlinico*, partie méd., X, 2.)

Santesson (C. G.). Naagra ord om alkoholens fysiologiska verkningar. (*Hygiea*, avril.)

Viault (F.) et **Jolyet** (F.). Traité élémentaire de physiologie humaine. 4e éd. In-8°, 1102 p. avec fig.

Weiss (G.). Sur l'excitation électrique des nerfs. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Winkler (F.). Studien über die Beeinflussung der Hautgefässe durch thermische Reize. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, fév.) — Recherches relatives à l'influence des irritations thermiques sur les vaisseaux cutanés.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Caminiti (R.). Ueber das solitäre Adenom der Leber mit Cirrhose; Beitrag zur Kenntnis der sogenannten functionirenden Geschwülste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3.) — Adénome solitaire du foie avec cirrhose; contribution à l'étude des tumeurs dites « fonctionnantes ».

Flatau (E.), **Jacobsohn** (L.) et **Minor** (L.). Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems. 1re partie. In-8°, 320 p. avec fig. Berlin. — Manuel d'anatomie pathologique du système nerveux.

Fütterer (G.). Ein Fall von Aktinomykose der Lunge, der Leber und des Herzens beim Menschen. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 2.) — Un cas d'actinomycose du poumon, du foie et du cœur.

Geipel (P.). Missbildungen der Tricuspidalis. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 2.) — Malformations de la valvule tricuspide.

Ginsberg (S.). Grundriss der pathologischen Histologie des Auges. In-8°, 487 p. avec fig. Berlin. — Précis d'histologie pathologique de l'œil.

Harbitz (F.). Multiple primære svulster i bensystemet (myelosarkomer). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv. et fév.) — Tumeurs primitives multiples du système osseux (myélosarcomes).

Kashiwamura (S.). Vier Fälle von primärer Lungenaktinomykose. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 2.) — Quatre cas d'actinomycose primitive du poumon.

Pirone (R.). Nouvelle contribution à l'étude des tumeurs des reins d'origine surrénale (hypernéphromes). (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Stravoskiadis (Ch.). Ueber die Veränderungen des Uterus bei akuten Infektionskrankheiten. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv. et fév.) — Les altérations de l'utérus dans les maladies infectieuses aiguës.

Taddei (P.). Le fibre elastiche nei tessuti di cicatrice; contributo allo studio della genesi e dello sviluppo delle fibre elastiche. In-8°, 74 p. avec fig. Ferrare.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Fiorentini (P.). Sulle artriti da stafilococco piogene aureo consecutive ad iniezioni endovenose ed ottenute senza traumatismo articolare. (*Gazz. degli Osped.*, 22 fév.)

Fiori (P.). L'azione dell'estratto renale e del siero di sangue della vena emulgente negli animali sottoposti alla nefrectomia bilaterale. (*Gazz. degli Osped.*, 8 fév.)

Fortescue-Brickdale (J. M.). Intravascular antisepsis. (*Lancet*, 10 janv.)

Kraft (L.). Transfusion ved betændelser i peritonæum. (*Hospitalstidende*, 14 et 21 janv.)

Lingelsheim (von). Ausfällung bactericider und globulicider Blutfermente durch Pflanzenschleim. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 2.) — Précipitation des ferments sanguins bactéricides et globulicides par les mucilages.

Löwy (A.). Ueber die Wirkung des Sauerstoffs auf die osmotische Spannung des Blutes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 janv.) — Action de l'oxygène sur la tension osmotique du sang.

Meltzer (S. J.) et **Langmann** (G.). Zur Frage der Entgiftung von Strychnin. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 17 janv.) — Sur la désintoxication de la strychnine.

Pirone (R.). Sulle neurotossine e sulle alterazioni da esse prodotte sul sistema nervoso centrale. (*Sperimentale*, LVII, 2.)

Ronsse (I.). Etude expérimentale sur l'oblitération des trompes. (*Thèse de Gand.*)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Anzilotti (G.). Ricerche sulle modificazioni indotte nel rene opposto dalla legatura unilaterale dell'uretere o dell'arteria renale e dalla nefrectomia. (*Clinica moderna*, 11 fév.)

Ascoli (M.). Neue Thatsachen und neue Ausblicke in der Lehre der Ernährung. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 fév.) — Découvertes récentes et conceptions nouvelles dans le domaine de la nutrition.

Behla (R.). Die pflanzenparasitäre Ursache des Krebses und die Krebsprophylaxe. In-8°, 48 p. avec fig. Berlin. R. Schötz. — Les parasites de nature végétale comme cause du cancer et la prophylaxie de celui-ci.

Besredka. De la fixation de la toxine tétanique par le cerveau. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Böhtlingk (R. de). Contribution à l'étude des variations du poids de certains organes au cours de l'inanition complète. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 4.)

Dmitrievsky (M.). Recherches sur les « propriétés antitétaniques » des centres nerveux de l'animal immunisé. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Erben (F.). Ueber die Ursache der Peptonbildung im leukämischen Blute. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 2.) — Les causes de la formation de peptones dans le sang leucémique.

Kayser (H.). Ueber Bakterienhämolysine, im Besonderen das Colilysin. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 1.)

Markl (G.). Zur Kenntnis des Mechanismus der künstlichen Immunität gegen Pest. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 2.) — Contribution à l'étude du mécanisme de l'immunité artificielle à l'égard de la peste.

Orschansky (J.). Die Vererbung im gesunden und krankhaften Zustande und die Entstehung des Geschlechts beim Menschen. In-8°, 347 p. avec fig. Stuttgart. — L'hérédité à l'état normal et pathologique et l'origine des sexes.

Pick (F.). Ueber den Einfluss mechanischer und thermischer Einwirkungen auf den Blutstrom und Gefässtonus. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 2.) — Influence des agents mécaniques et thermiques sur le courant sanguin et sur le tonus vasculaire.

Templeman (Ch.). A contribution to the study of cancer mortality. (*Brit. Med. Journ.*, 14 fév.)

Wassermann (A.). Ueber Agglutinine und Präcipitine. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 2.)

MÉDECINE

Audibert (V.). Le processus leucémique. (*Marseille méd.*, 15 janv. et 1er fév.)

Auld (A. G.). A method of examining the pulmonary apex. (*Lancet*, 14 fév.)

Baccarani (U.). Ueber die Auskultation der Mundhöhle. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 fév.) — Auscultation de la cavité buccale.

Bryant (J. H.). The value of blood examinations as an aid to diagnosis and prognosis. (*Lancet*, 7 fév.) — La valeur diagnostique et pronostique de l'examen du sang.

Chanoz (M.) et **Lesieur** (Ch.). Remarques sur la cryoscopie des urines. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Crisafi (D.). Due casi di morbo di Raynaud di cui uno abortivo. (*Morgagni*, mars.)

Curschmann (H.). Hysterische Tachypnoe bei organischen Herzerkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 fév.) — Tachypnée hystérique dans les cardiopathies organiques.

De Giovanni (A.). Lavori dell'istituto di clinica medica generale di Padova. T. I : studi fisicochimici sul sangue. In-8°, 244 p. Padoue.

Ehret (H.). Zur Kenntnis der Prognose der atrophischen Lebercirrhose. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 fév.) — Contribution à l'étude du pronostic de la cirrhose atrophique du foie.

Huchard (H.). Consultations médicales (clinique et thérapeutique). 3e éd. In-8°, 620 p.

Monsé (A.). Deux cas d'entérorrhagie compliquant une angine diphtérique (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Montagard (V.). Sur l'origine de certains éléments mononucléés contenus dans les épanchements pleuraux. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Péhu. Note sur l'élimination urinaire à prédominance nocturne dans les affections cardiovasculaires. (*Lyon méd.*, 1er fév.)

Richardson (H.). Functional disorders of the biliary secretion and their treatment. (*Med. News*, 21 fév.)

Riedel (B.). Die Pathogenese, Diagnose und Behandlung des Gallensteinleidens. In-8°, 145 p. avec fig. Iéna. — Pathogénie, diagnostic et traitement de la lithiase biliaire.

Robinson (B.). A study of some cirrhoses of the liver. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Quelques formes de cirrhose du foie.

Rosenfeld (G.). Zur Diagnostik des Sanduhrmagens. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 14 fév.) — Le diagnostic de l'estomac en sablier.

Schur (H.). Zur Symptomatologie der « unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufenden Lymphdrüsentuberkulose ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 janv.) — Symptomatologie des adénopathies tuberculeuses évoluant sous forme de pseudo-leucémie.

Sellier (J.). Discordance des syndromes subjectifs et sécrétoires chez les hyperchlorhydriques. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er fév.)

Supino (R.). Su la ricerca di alcuni pigmenti biliari nelle feci, e del loro significato clinico. (*Gazz. degli Osped.*, 15 fév.)

Tétau. Considérations sur les variations de l'intensité des combustions organiques dans la pleurésie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 7 fév.)

MALADIES INFECTIEUSES

Amantini (A.). Per la patogenesi del delirio nel corso delle malattie infettive. (*Gazz. degli Osped.*, 8 fév.)

Cao (G.). La difterite in Cagliari nel decennio 1892-1901. (*Giorn. della reale Soc. ital. d'igiene*, fév.)

Choulgine (K.). Malaria et épilepsie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Courmont (J.) et **Lesieur** (Ch.). Le bacille d'Eberth dans le sang des typhiques; applications au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde [2e mémoire]. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Döbert (A.). Eine Scharlach-Endemie auf der Masernstation. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 2.) — Une endémie de scarlatine dans un pavillon de rougeole.

Glogner (M.). Ueber Darmerkrankungen bei Malaria. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 2.) — Affections intestinales au cours de la malaria.

Gordon (H. L.). A rare form of purpura. (*Lancet*, 14 fév.)

Grober (J. A.). Zwei seltenere Masernfälle. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 fév.) — Deux cas rares de rougeole.

Hayashikawa (Ch.). Ueber die bacteriologische Diagnose des Typhus abdominalis, nebst Bemerkungen über Anreicherungsversuche mittelst der activen Beweglichkeit der Typhusbacillen. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 2.)

Hilsum (M.) et **De Monchy** (L. B.). Eenige gevallen van epidemische cerebro-spinaal meningitis te Rotterdam. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 mars.)

Hunter (W.). Further investigations regarding the infective nature and etiology of pernicious anæmia (25 cases). (*Lancet*, 31 janv. et 7 fév.)

Instructions concernant les mesures à prendre contre les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses. In-8°, 94 p. Impr. nationale.

Lemoine (G.). Tuberculoses pulmonaires fermées. (*Nord méd.*, 15 fév.)

Liebscher (C.). Ueber Influenzabacillen-Befunde bei Masern- und Scharlacherkrankungen. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 et 26 fév.) — Présence de bacilles de la grippe chez des malades atteints de rougeole ou de scarlatine.

Mays (Th. J.). A note on malarial vertigo. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 fév.)

Peserico (L.). La sintomatologia della malaria nel Veneto in raffronto con la diagnosi microscopica. (*Gazz. degli Osped.*, 8 fév.)

Pinto (J.). Propagação da febre amarella pelos mosquitos. (*Brazil-medico*, 15 et 22 fév. et 1er mars.)

Rocaz (Ch.). De l'adénoïdite diphtérique primitive. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 22 fév.)

Salanoue-Ipin. La vaccine au Soudan. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Sörensen. Om feberen ved den epidemiske cerebrospinal-meningitis og denne sygdoms kliniske billede. (*Hospitalstidende*, 11, 18 et 25 mars et 1er avril.)

Thomson (H.). The early diagnosis of pulmonary tuberculosis. (*Lancet*, 24 janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Armand-Delille et **Camus** (J.). Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans le tabes. (*Rev. neurol.*, 28 fév.)

Bechterev (V. von). Ueber den Acromialreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.)

Bickel (A.). Ueber akute zerebrale Ataxie. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 fév.)

Bouchaud. Sclérose en plaques; mouvements au repos. (*Journ. de neurol.*, 5 fév.)

Gabbi (U.) et **Caracciolo** (R.). Tumore del lobo cerebellare destro con compressione e spostamento del bulbo. (*Policlinico*, partie méd., X, 1 et 2.)

Glorieux. A propos des myoclonies. (*Policlinique*, 1er fév.)

Grasset (J.). Les nerfs articulomoteurs des membres. (*Rev. de méd.*, fév.)

Homburger (A.). Ueber Incontinentia vesicae und Lähmungserscheinungen an den Extremitäten bei Erweichungsherden in den subcorticalen Ganglien. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — Incontinence d'urine et phénomènes paralytiques aux extrémités en cas de foyers de ramollissement dans les ganglions sous-corticaux.

Lefèvre (L.). Les phénomènes de suggestion et d'auto-suggestion, précédés d'un essai sur la psychologie physiologique. In-8°, 294 p. Bruxelles. H. Lamertin.

Pick (A.). Ueber eine eigentümliche Schreibstörung, Mikrographie, in Folge cerebraler Erkrankung. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er janv.) — Sur un trouble singulier de l'écriture, la micrographie, consécutif à une affection cérébrale.

Rad (von). Klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemianästhesia alternans. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 fév.)

Rivalta (F.). Prontuario diagnostico delle varie paralisi. Tavole sinottiche dei sintomi statici e dinamici delle lesioni di moto per la pronta diagnosi anatomica dei singoli muscoli e relativi nervi presi nelle varie paralisi. 70 p. Rome.

Salgó (J.). Die sexuellen Perversitäten vom psychiatrischen und forensischen Gesichtspunkte. (*Pest. med.-chir. Presse*, 4 janv.) — Les perversions sexuelles au point de vue psychiatrique et médico légal.

Schüller (A.). Ueber die Störung des Flankenganges bei Hemiplegikern. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.) — Les troubles de la « marche latérale » chez les hémiplégiques.

Schwerin (H.). Intoxikationspsychose nach Injektion von Jodoform in die Blase. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 2 et 5 fév.) — Psychose par intoxication à la suite d'injections intravésicales de glycérine iodoformée.

Süsswein (J.). Ein Fall subacuter, spinocerebellarer Ataxie mit anatomischem Befund. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 2.)

Taubert. Ueber Erythromelalgie bei Syringomyelie des Cervikalmarks. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 janv.)

Thomas (A.). Atrophie du cervelet et sclérose en plaques. (*Rev. neurol.*, 15 fév.)

Toutychkine (P.). Symptomatologie de la sclérose en plaques (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 3.)

Van Deventer (A. M.). Osteo-arthropathia hypertrophicans. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 mars.)

Westphal (A.). Ueber hysterische Dämmerzustände und das Symptom des « Vorbeiredens ». (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 15 janv.) — Les états crépusculaires hystériques et le symptôme de « réponses à côté ».

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Douty (E. H.). The open-air treatment of syphilis. (*Brit. Med. Journ.*, 28 fév.)

Dübendorfer (Emma). Ueber « Pseudoxanthoma elasticum » und « colloide Degeneration in Narben ». (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 2.)

Herz (R.). Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen bei Hauttuberkulose. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 2.) — Sur l'agglutination des bacilles de Koch dans la tuberculose cutanée.

Hoffmann (E.). Ueber Retention von Talgdrüsensekret mit Erhaltung des zelligen Charakters innerhalb der Hornschicht. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 2.) — Rétention des produits de la sécrétion sébacée avec conservation du caractère cellulaire à l'intérieur de la couche cornée.

Jellachich (S.). Ueber die der Verbrühung ähnlichen Hautkrankheiten, mit besonderer Rücksicht auf die Dermatitis exfoliativa. (*Pest. med.-chir. Presse*, 1er fév.) — Des affections cutanées rappelant les brûlures par liquides chauds, et, en particulier de la dermatite exfoliatrice.

Juliusberg (M.). Zur Theorie der Pathogenese des spitzen Kondyloms. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 2.) — Théorie pathogénique du condylome acuminé.

Möller (M.). Naevus giganteus capillitii im Vergleich mit einigen andern Geschwulstbildungen der behaarten Kopfhaut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 2.) — Le nævus géant du cuir chevelu, étudié comparativement avec d'autres tumeurs de la même région.

CHIRURGIE

Barette. Note sur le traitement du tétanos. (*Année méd. de Caen*, janv. et fév.)

Bell (W. B.). Scirrhous carcinoma of the male breast. (*Brit. Med. Journ.*, 14 fév.) — Squirrhe du sein chez un homme.

Bender (O.). Zur Aetiologie des Schulterblatthochstandes. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 fév.) — Etiologie de la position élevée de l'omoplate.

Bier (A.). Hyperämie als Heilmittel. In-8°, 220 p. avec fig. Leipzig. — L'hyperémie comme moyen curatif.

Brenner (A.). Ueber die chirurgische Behandlung des callösen Magengeschwüres. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3.) — Traitement chirurgical de l'ulcère calleux de l'estomac.

Brunn (von). Die Lymphknoten der Unterkieferspeicheldrüse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3.) — Les ganglions lymphatiques de la glande sous-maxillaire.

Bruns (von). Zentrale Aktinomykose des Unterkiefers. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 fév.) — Actinomycose centrale du maxillaire inférieur.

Bussière (J.-A.). Amputations ostéoplastiques fémoro rotuliennes. (*Rev. de chir.*, mars.)

Cackovic (M. von). Ueber Fisteln des Duodenum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3.)

Funaro. Sur une nouvelle méthode exploratrice chirurgicale du foie visant spécialement les abcès des pays chauds de cet organe. (*Egypte méd.*, janv.-fév.)

Hofmann (M.). Die Gefässverhältnisse des Nervus ischiadicus und ihre Beziehung zur Dehnungslähmung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3.) — Les rapports du nerf sciatique avec les vaisseaux envisagés au point de vue de la paralysie de ce nerf par extension.

Imrédy (B. von). Ueber die Dauererfolge der chirurgischen Behandlung des peptischen Magengeschwürs und der Folgezustände desselben. (*Pest. med.-chir. Presse*, 15 et 22 fév., 1er et 8 mars.) — Résultats définitifs du traitement chirurgical de l'ulcère rond de l'estomac et des états morbides consécutifs.

Lindner (H.). Ueber chirurgische Intervention bei Speiseröhrenverengerung. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 fév.) — Intervention chirurgicale pour rétrécissement de l'œsophage.

Magnanini (N.). Déformations congénitales des quatre membres; lésions symétriques des mains et des pieds. (*Rev. de chir.*, mars.)

Mitchell (A. B.). A simple method of operating on piles. (*Brit. Med. Journ.*, 28 fév.) — Un procédé simple d'opération des hémorrhoïdes.

Nicoladoni (C.). Weitere Erfahrungen über Daumenplastik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3.) — Nouvelles recherches sur l'autoplastie du pouce.

Nilson (G.). Kasuistiskt bidrag till fraagan om leukocytosens betydelse vid appendicit. (*Hygiea*, avril.)

Pétroff (A. M.). Le traitement chirurgical de la syndactylie par un procédé nouveau. In-8°, 8 p. avec fig. Sophia.

Reitzenstein (A.). Ileus infolge von Thrombose der Vena mesenterica. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 fév.)

Russo-Travali (G.). Le indicazioni degli interventi chirurgici nelle malattie degli intestini. (*Riforma med.*, 4 fév.)

Schweizer (K.). Zur Prognose und Therapie des Tetanus traumaticus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 19 et 23 fév.)

Treupel (G.). Ueber die operative Behandlung gewisser Lungenkrankheiten und ihre Indikationen. (*Berlin. Klinik*, fév.) — Le traitement chirurgical de quelques affections pulmonaires et ses indications.

Tuffier (T.) et **Desfosses** (P.). Petite chirurgie pratique. In-8°, 533 p. avec fig.

Vallas et **Martin** (C.). De l'action combinée des opérations autoplastiques et des appareils prothétiques pour les restaurations de la face. (*Rev. de chir.*, mars.)

Viana (O.). Contributo allo studio delle affezioni articolari emofiliache. (*Clinica moderna*, 18 et 25 fév.)

Wilms. Mechanismus der Knotenbildung des menschlichen Darmes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3.) — Mécanisme du volvulus de l'intestin.

Wölfler (A.). Die Behandlung des Kropfes. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 janv. et 5 fév.) — Traitement du goitre.

Zatti (C.). Un nuovo processo operatorio dell'ernia inguinale senza fili perduti, con rinforzamento degli strati della parete. (*Gazz. degli Osped.*, 15 fév.)

OPHTALMOLOGIE

Campbell (E. K.). The theory of retinoscopy. (*Lancet*, 28 fév.)

Dalén (A.). Om transfixion af iris. (*Hygiea*, avril.)

Grósz (E. von). Die Tuberculose der Iris. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 fév.)

Jacovidès (G.-S.). Complications cornéennes du trachome et de l'ophtalmie purulente en Egypte. In-8°, 16 p. Alexandrie.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Adler (O.). Ueber gynäkologische Operationen in der Armenpraxis. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 fév.) — Des opérations gynécologiques dans la clientèle indigente.

Arcangeli (U.) et **Fiocca** (R.). Etiologia e cura dell'osteomalacia. In-8°, 15 p. Rome.

Burger. Tritt Placenta praevia auch ohne Blutung auf? (*Münch. med. Wochensch.*, 17 fév.) — Le placenta prævia peut-il exister sans donner lieu à une hémorrhagie?

Fränkel (L.). Die Function des Corpus luteum. (*Arch. f. Gynakol.*, LXVIII, 2.)

Hahn (W.). Zur Frage der Häufigkeit und Aetiologie der Tubargravidität. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 fév.) — Fréquence et étiologie de la grossesse tubaire.

Hofmeier (M.). Für die Drainage. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 fév.) — En faveur du drainage [à la suite de laparotomies].

Kurrer (A.). Zur Technik der Füllung des Kolpeurynter. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 fév.) — Technique du remplissage du colpoynter.

Lackie (J. L.). A series of cases of « non-septic » puerperal pyrexia. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Lönnberg (I.). Eine Serie Gefrierdurchschnitte durch eine Kopfgeschwulst. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Une série de coupes congelées à travers une bosse séro-sanguine.

Müller (A.). Die Behandlung der Geburt bei engem Becken in der Privatpraxis. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 fév.) — Conduite à tenir pendant le travail dans les cas de bassin rétréci, en clientèle de ville.

Nava (C.). Infezione puerperale. (*Gazz. degli Osped.*, 15 fév.)

Queirel. Version par manœuvre externe. (*Marseille méd.*, 1er fév.)

Schröder (H.). Zur Eklampsiestatistik. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Schumacher (H.). Bacteriologisch-klinische Studien zur Frage der Händedesinfection und der Bedeutung der Gummihandschuhe für den geburtshülflichen Unterricht. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 2.) — Recherches bactériologiques et cliniques sur la désinfection des mains et sur l'emploi des gants en caoutchouc dans les cliniques obstétricales.

Sippel (A.). Die Drainage nach Laparotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 fév.)

Steffeck. Ein neuer Vorschlag zur Behandlung des nachfolgenden Kopfes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 janv.) — Un nouveau procédé de traitement de la tête dernière.

Stein (A.). Beiträge zur Kenntnis der Entstehung des Gebärmutterkrebses. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Contribution à l'étude de l'origine du cancer de l'utérus.

Taussig (F.). Ueber die Breus'sche Hämatommole. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 2.)

PÉDIATRIE

Bókay (J. von). Ueber den Wert der systematischen Lumbalpunction bei der Behandlung des Hydrocephalus chronicus internus bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 2.) — Valeur de l'emploi systématique de la ponction lombaire dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique interne des enfants.

Crisafi (D.). La funzionalità del fegato nei bambini provata sol levulosio. (*Clinica medica italiana*, janv.)

Danilov (N.). Les côtés négatifs de la stérilisation du lait employé pour l'allaitement artificiel des enfants (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 fév.)

Fedele (N.). Intorno alla laringite stridula o falso crup nella infanzia. (*Policlinico*, 7 fév.)

Filia (A.). Contributo allo studio delle nefriti post-impetiginose dell'infanzia. (*Policlinico*, 14 fév.)

Friedjung (J. K.). Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Stenosen der oberen Luftwege. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXV, 5-6.) — Contribution au diagnostic et au traitement des sténoses des voies respiratoires.

Hecht (A.). Ueber Sauerstoffinhalationen bei Kinderkrankheiten. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 2.) — Les inhalations d'oxygène dans la pratique infantile.

Mazzeo (P.). Del contagio e della eredità nella tubercolosi pulmonale con speciali considerazioni in quella dei bambini. (*Incurabili*, 1er-15 janv. et 1er-15 fév.)

Morquio (L.). Doble quiste hidático del hígado en un niño, uno interno que oblitera las vias biliares, y otro externo que simula un tumor renal. (*Rev. méd. del Uruguay*, fév.)

Olinto de Oliveira. Tuberculose généralisée apyrétique chez une enfant âgée de 4 mois. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janv.)

Racchi (G.). Contributo alla cura dell'anemia splenica infantile. (*Pediatria*, fév.)

Sufrin (S.). Doue casuri rare de hemiplegie infectioasa la copii (unul complicand scarlatina si altul in urma difteriei). (*Spitalul*, 15 fév.) — Deux cas rares d'hémiplégie infectieuse chez des enfants (l'un compliquant la scarlatine et l'autre consécutif à la diphtérie).

Taillens. Atrésie congénitale du duodénum. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Trischitta (V.). Il morbo di Flajani-Basedow nell'infanzia. (*Pediatria*, fév.)

Woods (R. F.). Gonorrhœal vulvovaginitis in children. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

TÉRATOLOGIE

Abramow (S.) et **Rjesanow** (M.). Ein Fall von Sirenenbildung (Sympus apus). (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 2.)

Bockenheimer (P.). Zur Aetiologie der Bauchblasengenitalspalte. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3.) — Etiologie de la fente abdomino-vésico-génitale.

Buday (K.). Ueber einige seltenere Entwicklungs-Anomalien. (*Pest. med.-chir. Presse*, 1er fév.) — Sur quelques anomalies rares de développement.

Bürger (O.). Ueber einen Fall seltener Missbildung (Hemignathie). (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 2.) — Un cas de malformation rare (hémignathie).

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bukofzer (M.). Die Krankheiten des Kehlkopfs. In-8°, 209 p. Berlin. — Les maladies du larynx.

Freer (O. T.). The diagnosis of carcinoma of the larynx. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 et 14 fév.)

Freudenthal (W.). Adenoids. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 fév.)

Hamm. Ein seltener Tumor der Nasenschleimhaut. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 fév.) — Une tumeur rare de la muqueuse nasale.

Lissauer (M.). Ueber das Rhinosklerom in Deutschland. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 7 fév.) — Le rhinosclérome en Allemagne.

Löhnberg. Die Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 fév.) — La tuberculose laryngée des femmes enceintes.

Pugnat (A.). Hygiène de l'oreille. In-18, 51 p. A. Michalon.

Richards (G. L.). Is the adenoid operation a justifiable surgical procedure; and, if so, shall it be done in accordance with the rules of general surgery? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 fév.) — L'intervention chirurgicale pour végétations adénoïdes est elle justifiée et doit-elle être pratiquée conformément aux règles de la chirurgie générale?

Sabrazès (J.). Mydriase unilatérale et corps étranger (épillets d'*Hordeum murinum*) du conduit auditif externe. (*Rev. neurol.*, 28 fév.)

HYGIÈNE

Hesse (W.) et **Niedner**. Zur Methodik der bakteriologischen Wasseruntersuchung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 1.) — Technique de l'examen bactériologique des eaux.

Kelsch (A.). La tuberculose dans l'armée. In-8°, 111 p. avec tracés et cartes.

Oliver (Th.). Fatalities to workmen caused by breathing sulphuretted hydrogen. (*Lancet*, 24 janv.) — Accidents causés chez les ouvriers par l'inhalation d'hydrogène sulfuré.

Petit (G.). Les dangers du tabac; contribution à l'étude clinique, anatomo-pathologique et expérimentale des accidents causés par l'abus du tabac. In-8°, 35 p.

Vecki (V. G.). The ideals of preventive medicine. (*Pacific Med. Journ.*, janv.-mars.)

Vidal (E.). Le rôle de la femme dans la lutte contre la tuberculose. In-8°, 19 p. A. Maloine.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Hendrix (L.). A propos de la loi [belge] sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail. (*Policlinique*, 15 fév.)

Littlejohn (H.). A contribution to the study of the post-mortem appearances in the drowned. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.) — Des lésions anatomo-pathologiques chez les noyés.

Sarda (G.). Recherches expérimentales sur l'état du contenu cardiaque dans la mort par submersion. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.)

Sultan (G.). Ueber die Begutachtung der Unterleibsbrüche. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 fév.) — Sur les expertises en cas de hernies abdominales.

Wolf (K.). Ein besonders bemerkenswerter Fall von Kohlenoxydgasvergiftung. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 fév.) — Un cas remarquable d'intoxication par l'oxyde de carbone.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Beach (F.). The treatment of epileptics. (*Lancet*, 28 fév.)

Carrière (G.). Traitement de la rougeole. (*Nord méd.*, 1er fév.)

Duncanson (J. G.). A note on the therapeutic value of adrenalin. (*Brit. Med. Journ.*, 21 fév.)

Milward (F. V.). A note on some further uses for picric acid. (*Brit. Med. Journ.*, 21 fév.)

Neech (J. T.). A note on the use of carbolic acid in the treatment of small-pox. (*Lancet*, 21 fév.)

Nourney. Eine ungefährliche Methode der Tuberkulinanwendung und Versuch ihrer Begründung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 16 fév.) — Une méthode inoffensive d'emploi de la tuberculine.

Parry (T. W.). A case of hæmophilia illustrating the value of calcium chloride as a local styptic. (*Lancet*, 21 fév.)

Patton (J. M.). Cardiac stimulants. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 fév.)

Petitti (V.). Il valore nutritivo della dieta lattea a seconda del modo di amministrarla. (*Policlinico*, partie méd., X, 2.)

Schoull (E.). Traitement de la variole par les injections de sérum antistreptococcique. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, janv.-fév.)

Tickell (H. M.). The gelatin treatment of hæmoptysis. (*Lancet*, 28 fév.)

BACTÉRIOLOGIE

Gram (H.). Untersuchungen über das Verhalten von Milzbrand- und Geflügelcholerabacillen im Körper von Mäusen bei Mischinfection. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 2.) — Sur l'état des bacilles du charbon et du choléra des poules dans l'organisme des souris ayant subi une infection mixte.

Kresling (K.). De la substance grasse des bacilles de la tuberculose. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 4.)

Lepierre (Ch.). Les glucoprotéines comme nouveaux milieux de culture chimiquement définis pour l'étude des microbes. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Oettinger (M.). Ueber die Wiener'sche Methode zur Virulenzsteigerung der Danysz-Bazillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 fév.) — La méthode de Wiener pour l'exaltation de la virulence du bacille de Danysz.

Schüder. Zum Nachweis der Typhusbacterien im Wasser. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 2.) — Recherche du bacille d'Eberth dans l'eau.

Tomasczewski (E.). Bacteriologische Untersuchungen über den Erreger des Ulcus molle. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 2.) — Sur l'agent pathogène du chancre mou.

Wildbolz (H.). Bakteriologische Studien über Gonococcus Neisser. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 2.)

23e ANNEE. — N° 17. Vingt centimes le numéro. 29 AVRIL 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — La mortalité comparée des armées française et allemande de 1888 à 1900, par M. le docteur Villaret 133
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Réaction iodophile des leucocytes dans les suppurations aseptiques par injection sous-cutanée d'essence de térébenthine .. 137
Existence d'un filament axile dans la fibrille conjonctive adulte 137
Société de chirurgie. — Inconvénients des injections prothétiques de paraffine 138
De la gastrostomie préalable dans le traitement des ulcérations pharyngées........ 138
Cystorrhaphie pour cystocèle vaginale..... 138
Suture circulaire des artères radiale et cubitale........ 138
Amputation interscapulo-thoracique pour sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus 138
Société médicale des hôpitaux. — Cirrhose, alcoolisme et tuberculose........ 138
La ponction lombaire contre les affections auriculaires........ 138
Hydarthrose chronique des petites jointures 139
Société de biologie. — Sur les mouvements d'inclination et de rotation de la tête dans le vertige voltaïque........ 139
Action néphrotoxique des injections de sérum normal........ 139
Action de l'iodure de potassium et de l'iode sur le poumon 139
Modifications sanguines dans la diphtérie... 139
ETRANGER : *Lettres d'Autriche.* — Traitement chirurgical du décollement de la rétine.. 139
Le sang dans l'hémoglobinurie paroxystique 139
Lettres d'Amérique. — L'anesthésie chirurgicale par l'injection intra-tronculaire de cocaïne........ 139
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement de la syndactylie par la section progressive de la membrane unissante 140
Le bleu de méthylène contre la cholécystite et l'angiocholite infectieuses........ 140
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Affections auriculaires........ 138³
Amputation interscapulo-thoracique pour sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus........ 138²
Anesthésie chirurgicale par cocaïnisation des troncs nerveux........ 139³
Angiocholite infectieuse........ 140³
Armées française et allemande et leur mortalité........ 133¹
Bleu de méthylène contre la cholécystite et l'angiocholite infectieuses........ 140³
Cirrhose alcoolique et tuberculose........ 138³
Cystocèle vaginale........ 138¹
Décollement de la rétine........ 139²
Fibrille conjonctive et sa structure........ 137²
Gastrostomie préalable contre les ulcérations pharyngées........ 138¹
Hémoglobinurie paroxystique........ 139³
Hydarthrose chronique des petites jointures. 139¹
Injection intra-tronculaire de cocaïne pour l'anesthésie chirurgicale........ 139³
Injections de sérum normal et leur action néphrotoxique........ 139¹
— prothétiques de paraffine et leurs inconvénients........ 138¹
Iode et son action sur le poumon........ 139²
Iodophilie dans les suppurations aseptiques dues à l'essence de térébenthine........ 137¹
Iodure de potassium et son action sur le poumon........ 139²
Mortalité comparée des armées française et allemande........ 133¹
Mouvements d'inclination et de rotation de la tête dans le vertige voltaïque........ 139¹
Ponction lombaire contre les affections auriculaires........ 138³
Sang dans la diphtérie........ 139²
— dans l'hémoglobinurie paroxystique... 139³
Sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus........ 138²
Spirille pathogène des bovidés........ 137³
Suppurations aseptiques dues à l'essence de térébenthine et iodophilie........ 137¹
Suture circulaire des artères radiale et cubitale........ 138³
Syndactylie........ 140³
Traitement chirurgical du décollement de la rétine........ 139³
— de la cholécystite infectieuse.... 140³
— de la cystocèle vaginale........ 138¹
— de la syndactylie........ 140³
— des affections auriculaires........ 138³
— des ulcérations pharyngées..... 138¹
Tuberculose et cirrhose alcoolique........ 138³
Ulcérations pharyngées........ 138¹
Vertige voltaïque et mouvements d'inclination et de rotation de la tête........ 139¹

VARIA

Les honoraires et la responsabilité du chirurgien au vingt-troisième siècle avant notre ère.

Depuis que l'on fait des fouilles en divers points, il n'a pas été mis au jour ni en Egypte, ni en Assyrie, ni en Babylonie, un document d'une portée morale aussi grande que le Code des lois d'Hammurabi, découvert à Suse en 1902 par M. de Morgan et dont la transcription et un essai de traduction ont été donnés par le R. P. Scheil dans le dernier volume des *Mémoires de la délégation en Perse.* Hammurabi, roi de Babylone, vivait au vingt-troisième siècle avant notre ère, et le Code qui porte son nom contient onze articles se rapportant à l'exercice de la médecine, qui, dans l'antiquité, a toujours été soumis à des règlements très sévères.

Une partie de ces articles concernent la question des honoraires du chirurgien qui a réussi l'opération et voici ce qu'ils contiennent :

« Si un médecin opère quelqu'un d'une plaie grave avec le poinçon de bronze, ou si, avec le poinçon de bronze, il ouvre la taie et sauve l'œil, il recevra dix sicles d'argent. S'il s'agit d'un noble, le médecin recevra cinq sicles d'argent. S'il s'agit d'un esclave, le maître de l'esclave donnera au médecin deux sicles d'argent. »

« Si un médecin a guéri un homme libre d'une fracture de membre ou a fait revivre un viscère malade, il recevra cinq sicles d'argent. S'il s'agit d'un fils de noble, celui-ci donnera trois sicles. S'il s'agit d'un esclave, le maître de l'esclave donnera deux sicles. »

Comme on le voit, les opérations étaient tarifées et jusque-là le chirurgien n'a qu'à se louer du législateur; mais dans la suite le Code d'Hammurabi vise la responsabilité professionnelle, et alors apparaissent les grands risques que courait l'opérateur :

« Si un médecin a traité, avec le poinçon de bronze, un homme libre d'une plaie grave et l'a fait mourir, ou si, avec le poinçon de bronze, il a ouvert la taie et crevé l'œil, on lui coupera les mains. »

« Si un médecin a opéré, avec le poinçon de bronze, l'esclave d'un noble d'une plaie grave et l'a tué, il rendra esclave pour esclave. Si le médecin a ouvert, avec le poinçon de bronze, la taie d'un esclave de noble et a fait perdre l'œil, il payera, en argent, la moitié du prix de l'esclave. »

Ce n'est pas tout : il reste encore deux articles dont la compréhension est quelque peu difficile, car ils laissent supposer qu'à cette époque les chirurgiens étaient chargés de marquer les esclaves inaliénables. Les voici :

« Si un chirurgien, à l'insu du maître de l'esclave, a imprimé à celui-ci une marque d'esclave inaliénable, on lui coupera les mains. »

« Si quelqu'un trompe un chirurgien et si celui-ci a imprimé une marque d'esclave inaliénable, on tuera l'autre (le trompeur) et on l'enterrera dans sa maison; le chirurgien sera relâché après avoir juré qu'il ne l'a pas marqué sciemment. »

Comme on le voit, la pénalité était toujours proportionnée à la qualité de l'opéré; mais il ne semble pas en être de même pour les honoraires. Quoi qu'il en soit, qui d'entre nous voudrait aujourd'hui exercer la médecine sous une pareille législation? Et pourtant le Code d'Hammurabi est l'expression d'une société policée de longue date et déjà fort éloignée de l'origine des civilisations humaines.

Réunion de l'Association médicale britannique en 1903.

La soixante et onzième session de l'Association médicale britannique aura lieu à Swansea du 28 au 31 juillet 1903.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Eusebio Oehl, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Gutschow, inspecteur général du service de santé de la marine allemande. — M. le docteur Selikh-Yanovitch-Tchaïnsky, ancien privatdocent de chirurgie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Goronwy Owen, professeur d'obstétrique et de gynécologie au Medical College of Alabama de Mobile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Aguinet (M.). De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques.

Barbarin (R.). La pigmentation des muqueuses; son importance au point de vue du diagnostic et du traitement de l'insuffisance capsulaire.

Cailleux (P.). Du procédé par doublement dans la cure radicale des hernies ombilicales (procédé de Savariaud).

Chapotin (C.). Les pseudarthroses du col du fémur.

Chavialle (E.). Du traitement spécifique dans les hydrocéphalies.

Chrétien (R.). De la perception stéréognostique.

Falconnet (A.). Des sections de l'urèthre par constriction circulaire de la verge.

Gaumé (M.). Contribution à l'étude des hémorrhagies viscérales secondaires aux hémorrhagies encéphaliques.

Gillot (A.). Contribution à l'histoire des composés organiques du phosphore.

Guibal (P.). Le traitement sanglant des fractures de jambe (fractures obliques) fermées et récentes.

Le Fort. Quelques considérations sur le rôle du cerveau droit dans les fonctions du langage.

Leichnam (Ch.). Urologie comparée du rachitisme et de la scoliose des adolescents; théorie rachitique de la scoliose; traitement général de la scoliose.

Mabin (E.). La stase intestinale hystérique.

Margouliès (Mme M.). L'œuvre de la Goutte de Lait; contribution à l'étude de la protection de la première enfance.

Markel (A.). Contribution à l'étude de l'entérocolite muco-membraneuse et de son traitement.

Martin (L.). Etude sur les pleurésies dans la première enfance.

Mauté (A.). Pronostic et régime diététique des néphrites chroniques; la chlorurie alimentaire expérimentale.

Moschos (Ch.). La langue grecque en médecine.

Muret (E.). Traitement des fistules dentaires et des fistules mentonnières en particulier.

Pétriat (J.). De l'extirpation du cancer du rectum par la voie sacro-périnéale (procédé de J.-L. Faure).

Preciado y Nadal (A.). La séparation intra-vésicale des urines dans les lésions rénales dites médicales.

Renault (E.). Etude du réflexe du fascia lata.

Sandberg (Mlle). La descendance des tabétiques.

Uteau. De l'anurie au cours des néoplasmes pelviens.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bordet (J.). Sur le mode d'action des antitoxines sur les toxines. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Cipollina (A.). Beitrag zu dem Studium der Rinder- und menschlichen Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 fév.) — Contribution à l'étude de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine.

Hirsch (C.), **Müller** (O.) et **Rolly** (F.). Experimentelle Untersuchungen zur Lehre vom Fieber. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — Recherches expérimentales sur la fièvre.

Klein (A.). Zur Kenntnis der Agglutinine und gewisser Präcipitine des Blutes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 janv. et 5 fév.) — Contribution à l'étude des agglutinines et de certaines précipitines du sang.

Levaditi (C.). Sur les hémolysines cellulaires. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Molon. Resistenza delle emazie, pressione osmotica e conducibilità elettrica del siero nei pneumonitici. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mars.)

Pröscher. Ueber Antistaphylococcenserum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 mars.)

Troje. Beitrag zur Frage der Identität der Rinder- und Menschentuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 mars.) — Contribution à l'étude de l'identité de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine.

Wassermann (A.) et **Schütze** (A.). Ueber die Spezifizität der Eiweiss präzipitirenden Sera und deren Wertbemessung für die Praxis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 mars.) — La spécificité des sérums précipitant l'albumine et la détermination de leur valeur pratique.

MÉDECINE

Bierens de Haan (J. C.). Ueber eine Stomacaceepidemie während des südafrikanischen Krieges. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 fév.) — Sur une épidémie de stomatite ulcéreuse pendant la guerre du Transvaal.

Bittorf (A.). Die acute Entzündung der Flexura sigmoidea durch Kothstauung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 fév.) — La sigmoïdite aiguë par stase fécale.

Breisacher (L.). The clinical application of some thyroid gland experiments. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 fév.)

Campanella (G.). L'etiologia e la patogenesi delle dispepsie. (*Gazz. degli Osped.*, 1er mars.)

Chmelar (B.). Beitrag zur Aetiologie der leukämischen Krankheit. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 mars.)

Cuffer (P.) et **Bonneau** (R.). Du dédoublement du second bruit du cœur à précession aortique. (*Rev. de méd.*, mars.)

Fazio (G.). Contributo alla casuistica della forma apiretica dell'endocardite maligna. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mars.)

Galdi (F.). Ueber einige von den gewöhnlichen abweichende Pneumonieformen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — Sur quelques formes particulières de la pneumonie.

Graul (G.). Einführung in das Wesen der Magen-, Darm- und Konstitutionskrankheiten und in die Grundsätze ihrer Behandlung. In-8°, 75 p. Wurtzbourg. — Nature et traitement des affections de l'estomac et de l'intestin et des maladies constitutionnelles.

Gutmann (C.). Beitrag zur Kenntnis der primären, malignen Tumoren der Pleura. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.)

Herzog (B.). Die pulsatorische Erschütterung des Kopfes (das sogenannte Musset'sche Symptom). (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 mars.) — Les secousses rythmiques de la tête (le signe dit de Musset).

Inouye. Ueber alimentäre Albuminurie. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.)

Jellinek (S.). Die Blitzverletzungen in klinischer und sozialrechtlicher Beziehung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 et 12 fév.) — De la fulguration au point de vue clinique et juridique.

Jolles (A.). Ueber die volumetrische Methode zur quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Harne. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 mars.) — Le dosage de l'acide urique dans l'urine par la méthode volumétrique.

Kast (J.). Ein Fall von Banti'scher Krankheit. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 mars.)

Kaufmann (M.) et **Mohr** (L.). Ueber Eiweissmast. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 fév.) — De la suralimentation en albuminoïdes.

Kuhn (F.). Prophylaxe und operationslose Behandlung des Gallensteinleidens; 1. Mitteilung. (*Berlin. Klinik*, mars.) — Prophylaxie et traitement de la lithiase biliaire.

Leclerc. Quelques réflexions sur le diagnostic précoce de la néphrite interstitielle. (*Lyon méd.*, 8 mars.)

Matsumoto. Ueber die durch Essigsäure ausfällbare Eiweisssubstanz in pathologischen Harnen (ein Beitrag zur Lehre der sogenannten Nucleoalbuminurie und Globulinurie). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — L'albumine précipitable par l'acide acétique dans les urines pathologiques (contribution à l'étude de la nucléo-albuminurie et de la globulinurie).

Mayet et **Nicolas**. Procédé d'appréciation du poids du plasma et des éléments figurés à leur état d'humidité naturelle dans une quantité déterminée de sang. (*Lyon méd.*, 1er mars.)

Mintz (S.). Ueber tiefsitzende Divertikel der Speiseröhre. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 et 14 fév.) — Les diverticules profondément situés de l'œsophage.

Mirallié (Ch.). La constipation. (*Gaz. méd. de Nantes*, 14 et 21 mars.)

Moncorgé. Pression artérielle et réflexes rotuliens chez les asthmatiques (loi d'opposition). (*Lyon méd.*, 15 mars.)

Rueff (L.). Epilepsie cardiaque et phénomènes de rappel. (*Rev. de méd.*, fév. et mars.)

Rybes. Le cytodiagnostic. (*Poitou méd.*, mars.)

Sabrazès (J.). Sur la curabilité des méningites aiguës. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er mars.)

Sheldon (J. G.). Is nephroptosis hereditary? (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 fév.)

Sihle (M.). Zur Pathologie und Therapie des Asthma. (*Wien. klin. Wochensch*, 22 janv.)

Singer (H.). Ueber den Einfluss des « Trainings » auf die Erholungsfähigkeit des normalen Herzens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 3-4.) — Influence de l'entraînement sur l'aptitude du cœur à retrouver l'équilibre rompu par un effort musculaire.

MALADIES INFECTIEUSES

Ascoli (G.). Zur Frage des Paratyphus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 5-6.)

Aufrecht (E.). Die Genese der Lungenphthise und die Verschiedenheit der mit dem Namen « Tuberkel » bezeichneten Gebilde. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — La pathogénie de la tuberculose pulmonaire et la variabilité des formations qu'on désigne sous le nom de « tubercule ».

Brown (L.). The prognostic value of tubercle bacilli in sputum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 fév.)

Hamilton (Alice). The fly as a carrier of typhoid. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 fév.) — La mouche comme agent de propagation de la fièvre typhoïde.

Hecht (A.). Grippe und eitrige Meningitis mit dem Befund der Influenzabacillen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 3.) — Grippe et méningite purulente avec présence de bacilles de la grippe.

Kruse. Zur Geschichte der Ruhrforschung und über Variabilität der Bakterien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mars.) — Etude historique de la dysenterie; variabilité des bactéries.

Margulies (E.). Die Miliartuberculose der Chorioidea als Symptom der acuten allgemeinen Miliartuberculose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 3-4.) — La tuberculose miliaire de la choroïde en tant que symptôme de granulie aiguë.

Nizzoli (A.). La trasmissione della tubercolosi bovina all'uomo in seguito ad inoculazione accidentale. (*Nuovo raccoglitore med.*, janv.-fév.)

Ponticaccia (M.) et **Pasinetti** (C.). Un documento per la storia della setticoemia difterica. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, fév.)

Rabot (F.) et **Revol** (L.). Méningite à bacilles d'Eberth. (*Lyon méd.*, 29 mars.)

Ruge (R.). Zur Erleichterung der mikroskopischen Malariadiagnose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mars.) — Un procédé facilitant le diagnostic microscopique de la malaria.

Sabourin (Ch.). Les exutoires tuberculeux du poumon. (*Rev. de méd.*, mars.)

Stadler (E.). Der Einfluss der Lungentuberkulose auf Lebensdauer und Erwerbsfähigkeit und der Wert der Volksheilstättenbehandlung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — L'influence de la tuberculose pulmonaire sur la durée de la vie et sur la capacité de travail, et la valeur du traitement dans les sanatoria populaires.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bechterev (V. von). Ueber den Carpometacarpalreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.)

Farkas (M.). Ueber Neuralgien. (*Pest. med.-chir. Presse*, 22 fév., 1er et 8 mars.)

Flatau (G.). Casuistische Beiträge zur Kenntnis der « Tabes incipiens ». (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 fév.)

Fuchs (A.). Zur Frühdiagnose der Hypophysistumoren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 fév.) — Diagnostic précoce des tumeurs de l'hypophyse.

Huismans (L.). Trauma, Myelitis, Syringomyelie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 3-4.)

Idelsohn (H.). Ueber intermittirendes Hinken. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 14 fév.) — La claudication intermittente.

Köster (R.). Die Schrift bei Geisteskrankheiten. Ein Atlas mit 81 Handschriftproben. In-8°, 169 p. Leipzig. — L'écriture dans les psychoses.

Pick (A.). Zur Pathologie des Bekanntheitsgefühls (Bekanntheitsqualität). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.) — Contribution à la pathologie du souvenir (illusions et amnésies).

Raffray (A.). Les déséquilibrés du système nerveux; étude clinique et thérapeutique. In-8°, 556 p. Asselin et Houzeau.

Senator (H.). Ueber muskuläre Rückenversteifung (Rigiditas dorsalis myopathica). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Cénas. Acné chéloïdienne de la nuque (périfolliculites sclérosantes et suppuratives). (*Loire méd.*, mars.)

Domenici (E.). Prurito gonococcico. (*Gazz. degli Osped.*, 1er mars.)

Hartmann (K.). Ueber eine urticariaartige Hauterkrankung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 3.) — Sur une dermatose analogue à l'urticaire.

Iwanow (W.). Ueber weisse atrophische und narbenähnliche perifollikuläre Flecke der Rumpfhaut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 3.) — Les taches périfolliculaires blanches atrophiques du tronc, rappelant des cicatrices.

Löwenbach (G.). Ueber Behandlung schwerer Syphilisformen mit Jodquecksilberkakodylat. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 fév.)

Merk (L.). Ueber den Herpes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 fév.)

Most (A.). Ueber Schmierseifenverätzung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 fév.) — Effets caustiques du savon mou.

Panichi (R.). Sulla etiologia della tricorressi nodosa. (*Clinica moderna*, 11 mars.)

Rasch (C.) et **Gregersen** (F.). Ueber einen neuen Typus von sarkoiden Geschwülsten der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 3.) — Sur un nouveau type de tumeurs sarcomateuses de la peau.

Rille. Ueber eine bei Syphilitischen vorkommende Quecksilberreaktion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 fév.) — Sur une réaction à l'égard du mercure chez les syphilitiques.

Schmidt (H. E.) et **Marcuse** (B.). Ueber die histologischen Veränderungen lupöser Haut nach Finsen-Bestrahlung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 3.) — Les modifications histologiques de la peau dans le lupus, consécutives à la photothérapie d'après le procédé de Finsen.

Theisen (C. F.). An unusual case of nasal syphilis in a child and a consideration of syphilitic nasal tumors (syphilomata). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 fév.)

Weidenfeld. Zur Pathogenese der Psoriasis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 3.)

CHIRURGIE

Amberg (H.). Experimenteller Beitrag zur Frage der circulären Arteriennaht. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 1-2.) — Contribution expérimentale à l'étude de la suture circulaire des artères.

Baldassari (L.). Contributo allo studio del cancro della mammella. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mars.)

Beyea (H. D.). The elevation of the stomach in gastroptosis by surgical plication of the gastrohepatic and gastrophrenic ligaments; an original operation. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, fév.)

Blum (V.). Die Coxa vara als Belastungsdeformität. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 4.) — La coxa vara en tant que déformation par pesanteur.

Damianos (N.). Beiträge zur operativen Radicalbehandlung der Kniegelenkstuberculose, mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung der Jodoformplombe nach von Mosetig. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 1-2.) — Cure radicale de la tuberculose du genou et plombage à l'iodoforme d'après le procédé de von Mosetig.

Dertinger (K.). Ueber tiefsitzende Lipome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 1.) — Des lipomes profondément situés.

Grandi (U.). Contributo clinico alla chirurgia conservativa della milza. (*Nuovo raccoglitore med.*, janv.-fév.) — Contribution à la chirurgie conservatrice de la rate.

Gross (H.). Die Localisation der Osteomyelitis in den Seitenteilen des Os sacrum und ihre Beziehung zu den Wachstumsvorgängen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 1-2.) — La localisation de l'ostéomyélite dans les parties latérales du sacrum et ses rapports avec les accidents de croissance.

Heddaeus (J.). Darminvaginationen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 2 et 5 mars.) — Invaginations intestinales.

Jacobsthal (H.). Ueber Geschwülste des Musculus psoas und Musculus iliacus internus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 1-2.) — Tumeurs des muscles psoas et iliaque interne.

Jensen (G.). Ueber circuläre Gefässsutur. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 4.) — Sur la suture circulaire des vaisseaux.

Kander. Resektion und Naht der Trachea bei Tracheal- und diaphragmatischer Larynxstenose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 1.) — Résection et suture de la trachée dans les sténoses de cet organe et les sténoses diaphragmatiques.

Katzenstein (M.). Ueber eine, durch ein chronisch wirkendes Trauma allmälig entstehende Luxatio sternoclavicularis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 4.) — Sur une luxation sterno-claviculaire se produisant graduellement sous l'influence d'un traumatisme agissant d'une manière chronique.

Köppen (A.). Studien und Untersuchungen über Pathologie und Therapie der tuberculösen Peritonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 4.)

Krähenmann (J.). Ueber traumatische Accessoriusparalyse nach Schädelbasisfracturen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 1-2.)

Lambret (O.). L'origine des tuberculoses chirurgicales fermées. (*Echo méd. du Nord*, 1er mars.)

Lilienfeld. Der isolirte, subcutane Bruch des Os scaphoideum der Handwurzel, ein typischer Bruch. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 4.) — La fracture sous-cutanée isolée de l'os scaphoïde du poignet.

Liniger. Ueber Bauchbrüche und Unfall. (*Wien. med. Wochensch.*, 7, 14, 21 et 28 fév.) — Hernies abdominales et accidents.

Mac Dougall (J. A.). Some thoughts and observations regarding appendicitis, especially when appearing in its acutest forms. (*Lancet*, 21 fév.)

Maly (G. W.). Ueber eine seltene Lokalisation und Form von Tuberkulose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 1.) — Localisation et forme rares de la tuberculose.

Martinelli (A.). Contributo alla cura degli aneurismi. (*Nuovo raccoglitore med.*, janv.-fév.)

Moser. Ueber Myosarcom des Magens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 et 26 fév.) — Myosarcome de l'estomac.

Mummery (J. L.). A new method of treating fractures of the shaft of the femur. (*Lancet*, 28 fév.) — Un nouveau procédé de traitement des fractures du fémur.

Neugebauer (F.). Erfahrungen über Medullarnarkose. (*Wien. med. Wochensch.*, 14, 21 et 28 fév. et 7 mars.)

Neuweiler (O.). Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes bei Magen- und Darmoperationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3 et 4.) — Sur l'emploi du bouton de Murphy en chirurgie gastrique et intestinale.

Penzo (R.). Contributo allo studio dell'influenza dell'innervazione sulla guarigione delle fratture. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mars.)

Remedi (V.). Sulla frequente coincidenza dell'ernia coll'idrocele. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mars.)

Robson (A. M.). Gastro-enterostomy and its uses, with a description of the operation as performed by the author. (*Lancet*, 28 fév.)

Rodman (W. L.). Gunshot wounds of the thorax and abdomen. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 fév.) — Blessures par armes à feu du thorax et de l'abdomen.

UROLOGIE

Fiori (P.). Sopra due casi di calcoli uretrali. (*Clinica moderna*, 4 et 11 fév.)

Guyon (F.). Die Technik der Lithotripsie. (Trad. du français par G. Berg.) In-8°, 86 p. avec fig. Wiesbaden.

Magé. Sur la pathogénie de l'anurie calculeuse. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er mars.)

Porosz (M.). Die Prostatitis und ihre Behandlung. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 2.) — La prostatite et son traitement.

Pousson (A.). De la tuberculose rénale primitive ou circulatoire. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 22 mars.)

Rafin. La séparation de l'urine des deux reins. (*Lyon méd.*, 8 mars.)

Vogel (K.). Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mars.)

Wenzel (F.). Die suprapubische Cystostomose nach Witzel und ihre jetzige vereinfachte Technik. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 mars.) — La cystostomie sus-pubienne d'après le procédé de Witzel et sa technique simplifiée.

Winter (G. J.). Ueber einseitige angeborene Nierendefecte, nebst einem Fall von Nierencyste in der Solitärniere. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 3.) — Absence congénitale d'un rein; kyste d'un rein unique.

OPHTALMOLOGIE

Cosse (F.). Les troubles oculaires de la paralysie générale. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er mars.)

Dianoux. Papillite et tumeurs cérébrales. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Enslin. Ueber die diagnostische Verwertung des Alt-Tuberkulins bei der Keratitis parenchymatosa. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 et 26 fév.) — L'emploi diagnostique de l'ancienne tuberculine dans la kératite parenchymateuse.

Etiévant. Dacryoadénite blennorrhagique. (*Lyon méd.*, 29 mars.)

Helbron (J.). Ueber Akkommodationslähmungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 fév.) — Les paralysies de l'accommodation.

Holth (S.). Quelques considérations sur l'historique de la kinescopie. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Lapersonne (de). De la prothèse oculaire. (*Echo méd. du Nord*, 8 mars.)

Leitner (W.). Ueber angeborene Krankheiten des Auges. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 3.) — Les affections congénitales de l'œil.

Lohnstein (R.). Ueber kinesiskopische Refractionsbestimmung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 14 mars.)

Meige (H.). Les tics des yeux. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Rollet (E.). La cure radicale des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal; résultats éloignés. (*Lyon méd.*, 22 mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Acquaviva et **Roux de Brignoles.** Traitement chirurgical des salpingites (étude historique et clinique). (*Rev. de chir.*, janv., fév. et mars.)

Bissell (D.). Transabdominal, intra- and extraperitoneal uretero-vesical grafting. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Dützmann (M.). Geburtskomplikationen bei ausgedehnter Varicenbildung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Complications obstétricales dans les cas de varices étendues.

Emanuel (R.). Ueber Tumoren des Ligamentum rotundum uteri. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 3.)

Fellner (O.). Ein klinischer Beitrag zur Lehre vom Hydramnios. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Ferroni (E.). Ueber Mola haematomatosa tubarica (Beitrag zum Studium der Haematommolen). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Füth (H.). Diabetes mellitus und gynäkologische Operationen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 janv. et 5 fév.)

Kraus (E.). Die Bedeutung der Blasenscheidenfisteln in der geburtshilflichen Indikationsstellung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 fév.) — La signification des fistules vésico-vaginales au point de vue des indications obstétricales.

Küstner (O.). Die plastische Verwendung der Portio supravaginalis zum Verschluss von Blasenscheidenfisteln. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 3.) — L'utilisation de la portion sus-vaginale du col utérin pour l'occlusion des fistules vésico-vaginales.

Lichtenauer. Ueber die chirurgische Behandlung der Pyosalpinx. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Magnus (A. von). Zur Therapie des engen Beckens. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév. et mars.) — Conduite à tenir en cas de rétrécissement du bassin.

Nebesky (O.). Beitrag zur klinischen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 3.) — Contribution au traitement des affections inflammatoires des annexes.

Noble (G. H.). Intramural extraperitoneal anchorage of the round ligament for posterior displacement of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Schambacher (C.). Ueber wahre und vorgetäuschte Tubarschwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLVIII, 3.) — De la grossesse tubaire vraie ou fausse.

Schopf (F.). Hernia obturatoria tubae et ovarii sinistra. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 fév.)

Schulze-Vellinghausen (A.). Beitrag zur conservativ-operativen Behandlung der veralteten Inversio uteri puerperalis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 fév.)

Simpson (F.). Intra-abdominal but retroperitoneal shortening and anterior fixation of the round ligaments for posterior uterine displacements. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Sippel (A.). Die Hysterektomie in der Behandlung der puerperalen Infektion und die Peritonitis im Puerperium. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Stacey (H. J.). Management of difficult breech presentations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.) — Conduite à tenir en cas d'accouchement pénible avec présentation du siège.

Stewart (D. H.). Thoughts on the prophylaxis of puerperal eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Wells (W. H.). The toxemia of pregnancy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 et 28 fév.) — La toxémie gravidique.

PÉDIATRIE

Cassel (J.). Statistische und ätiologische Beiträge zur Kenntnis der Herzfehler bei Kindern. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 5-6.) — Etude statistique et étiologique des vices du cœur chez les enfants.

Hoppe-Seyler (G.). Ueber Entwicklungshemmungen der Extremitäten nach Gelenkrheumatismus im Kindesalter. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — Les arrêts de développement des extrémités consécutifs au rhumatisme articulaire chez les enfants.

Karnizki (A. O.). Ueber das Blut gesunder Kinder. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 1-2.) — Le sang des enfants bien portants.

Kobrak (E.). Ueber rheumatische Chorea und ihre antirheumatische Therapie. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 1-2.)

Lamacq-Dormoy. Vomissements acétonémiques des enfants. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er mars.)

Olinto de Oliveira. Dous casos de septicemia cryptogenetica. (*Brazil-medico*, 8 mars.)

Reid (W. B.). Strangulated hernia in children under one year; report of a case twenty-seven days of age, herniotomy, recovery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.) — Hernies étranglées chez des enfants au-dessous d'un an; un cas opéré avec succès chez un nourrisson de vingt-sept jours.

Schramm (H.). Ueber den Wert der Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis der Kinder. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 et 28 fév.) — Valeur de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse des enfants.

Székely (S.). Herstellung von Säuglingsmilch, als Ersatz von Muttermilch, durch Ausscheidung von Caseïn aus Milch mittels Kohlensäure. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 1-2.) — La substitution au lait maternel du lait de vache traité par l'acide carbonique en vue de l'élimination de la caséine.

Turnowsky (M.). Paralyse, Aphasie und Erblindung im Verlaufe des Keuchhustens. (*Wien. med. Wochensch.*, 14 fév.) — Paralysie, aphasie et cécité au cours de la coqueluche.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Chappell (W. F.). The early appearances, diagnosis and treatment of tuberculosis of the upper air tract. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 fév.) — Les manifestations précoces, le diagnostic et le traitement de la tuberculose des voies aériennes supérieures.

Cobb (C. M.). Transillumination of the nasal accessory sinuses during acute coryza. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 fév.)

Cordes (H.). Das Adenocarcinom der Nase. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 fév.) — L'adénocarcinome du nez.

Delavan (D. B.). The prophylaxis of sinus diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 fév.)

Michel (L.). Fractures du larynx. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv., 1er fév. et 1er mars.)

Pasmanik (D.). Contribution à l'étude de la symptomatologie et du traitement de la rhinite hypertrophique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév. et mars.)

Randall (B. A.). Some notes on aural vertigo. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 fév.)

Stucky (J. A.). Acute sinusitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 fév.)

Tyrman (J.). Die traumatischen Verletzungen und Selbstbeschädigungen des äusseren Gehörganges. (*Wien. med. Wochensch.*, 14, 21 et 28 fév.) — Les lésions traumatiques et les altérations provoquées artificiellement de l'oreille externe.

Wilbert. Ueber den Einfluss der Rachenmandelhyperplasie auf die körperliche und geistige Entwickelung der Kinder. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 fév.) — Influence de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée sur le développement physique et intellectuel de l'enfant.

Zarniko (C.). Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens, mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik. 2e éd. 1re partie. In-8°, 259 p. avec fig. Berlin. — Les maladies du nez et du naso-pharynx.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Adler (R.). Therapeutische und diagnostische Verwendung des Tuberculins. (*Prag. med. Wochensch.*, 15, 22 et 29 janv., 5, 12, 19 et 26 fév., 5 et 12 mars.) — Emploi thérapeutique et diagnostique de la tuberculine.

Aluserindo (G.). Contributo clinico alla sieroterapia specifica anticarbonchiosa. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mars.)

Barbary (F.). La ration alimentaire utile du tuberculeux; les dangers de la suralimentation. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 avril.)

Borde. Moyen commode d'administrer aux enfants le sulfate de quinine. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er mars.)

Bottignani (S.). La pustola maligna curata con le iniezioni sottocutanee ed endovenose di siero anticarbonchioso. (*Gazz. degli Osped.*, 1er mars.)

Brieger (L.) et **Laqueur** (A.). Ueber die Behandlung von chronischen Gelenkaffectionen mittelst physikalischer Heilmethoden. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 5-6.) — Traitement des affections articulaires chroniques par des procédés de thérapeutique physique.

Cassaët. De l'action du suc hépatique dans la lithiase biliaire et l'angiocholite. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 mars.)

Davidsohn (H.). Theoretisches und Praktisches über lokale Wärmeapplication. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 fév.) — Considérations théoriques et pratiques sur les applications locales de la chaleur.

De Luca. Nuovi tentativi di cura della lebbra col mercurio; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mars.)

Ercklentz (W.). Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Leistungen der Kochsalzinfusion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 3-4.) — Recherches expérimentales et cliniques sur l'action des injections d'eau salée.

Goldman (H.). Ueber die Behandlung der Brandwunden mit Ichthyol. (*Wien. med. Presse*, 1er mars.) — Traitement des brûlures par l'ichtyol.

Guerder. Etude clinique sur une antitoxine tuberculeuse; résultats thérapeutiques dans les tuberculoses externes. (*Rev. de méd.*, mars.)

Heller (R.). Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit. (*Wien. med. Presse*, 8 et 15 mars.)

Kaufmann (M.). Ueber die Einwirkung von Medicamenten auf die Glykosurie der Diabetiker. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 3-4 et 5-6.)

Martzinovsky (E.). Traitement de l'érysipèle par le permanganate de potasse (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 5.)

Strasburger (J.). Ueber Bakterienmenge im Darm bei Anwendung antiseptischer Mittel. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 5-6.) — Le nombre de bactéries dans l'intestin chez les sujets traités par des antiseptiques.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Abadie et **Gagnière**. Artères visibles en radiographie. (*Arch. d'électricité méd.*, mars.)

Darcourt. Traitement électrique de la névralgie sciatique par les courants continus. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Degouy. Quelques points de technique radiologique. (*Gaz. méd. de Picardie*, mars.)

London (E.). La radiologie médicale. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 4.)

Ludloff (K.). Ueber Wachstum und Architektur der untern Femurepiphyse und oberen Tibiaepiphyse; ein Beitrag zur Röntgendiagnostik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 1.) — Développement et structure de l'épiphyse inférieure du fémur et de l'épiphyse supérieure du tibia.

Mayou (M. S.). The uses of X rays in ophthalmic surgery. (*Lancet*, 28 fév.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Baruch (S.). Die Beförderung der Reaction nach kalten Wasserproceduren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 fév.) — Les moyens de favoriser la réaction après l'emploi de l'hydrothérapie froide.

Bonjean (E.). Etude sur les eaux minérales. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.)

Buxbaum (B.). Lehrbuch der Hydrotherapie. 2e éd. In-8°, 405 p. avec fig. Leipzig.

Engelmann (E. R.). See- und Höhenklima. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 et 12 mars.) — Climats marins et climats d'altitude.

Nespor (G.). Zur Behandlung der Pneumonie. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Chantemesse (A.) et **Widal** (F.). Ueber die Priorität der Entdeckung des Ruhrbacillus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mars.) — La priorité de la découverte du bacille de la dysenterie.

Klemperer (F.). Ueber die Beziehungen der säurefesten Saprophyten (Pseudotuberkelbacillen) zu den Tuberkelbacillen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 3-4.) — Des rapports entre les saprophytes résistant à l'action décolorante des acides (bacilles pseudo-tuberculeux) et les bacilles de la tuberculose.

Klimmer (M.). Besitzt die unerhitzte Milch bactericide Eigenschaft? (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 1-2.) — Le lait non chauffé possède-t-il des propriétés bactéricides?

Shiga (K.). Ueber die Priorität der Entdeckung des Ruhrbacillus und der Serumtherapie bei der Dysenterie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 fév.) — La priorité de la découverte du bacille de la dysenterie et de la sérothérapie de cette affection.

Tsiklinsky (Mlle). Sur la flore microbienne thermophile du canal intestinal de l'homme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Wynekoop (F. E.). A further study of the influenza bacillus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 fév.)

23e ANNÉE. — N° 18. Vingt centimes le numéro. 6 MAI 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE. — De la leucocytose dans l'appendicite, par MM. les docteurs Maurice Cazin et Edmond Gros 141
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de chirurgie.* — Réparation d'une déformation de la région frontale au moyen de la prothèse métallique 145
De la pluralité des néoplasmes 145
Hystérectomie abdominale pour fibromes utérins 145
Extirpation d'un cancer de l'œsophage 145
Société médicale des hôpitaux. — Les indications du traitement chirurgical dans les néphrites aiguës 145
Cirrhoses alcooliques et crypto-tuberculoses 146
Cirrhose hypertrophique alcoolique avec régression atrophique secondaire 146
Société de biologie. — De l'action physiologique et thérapeutique du cécropia 146
Production expérimentale d'une hypersécrétion muco-membraneuse 146
ETRANGER : *Lettres d'Amérique.* — Procédé autoplastique pour l'ablation des cancroïdes des lèvres 146
Appareil de suspension pour la rhinoplastie 147
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Du diagnostic de la tuberculose de l'iris par la ponction de la chambre antérieure et de son traitement 147
Notes sur des rêves précurseurs de la migraine ophtalmique 147
L'ozène chez le nourrisson 147
Publications italiennes. — Un cas de chiralgie paresthésique 147
Nouveau procédé de néphropexie 148
Prurit localisé essentiel d'origine arsenicale 148
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Le salicylate de soude comme moyen de traitement du goitre exophtalmique 148
L'emploi de l'adrénaline sous forme de pommade en rhinologie 148
La valeur des applications de gaïacol dans le traitement des oreillons 148
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Adrénaline sous forme de pommade en rhinologie ..... 148[3]
Appendicite et leucocytose ..... 141[1]
Arsenic et prurit essentiel localisé ..... 148[1]
Associations néoplasiques ..... 145[2]
Autoplastie pour cancroïdes des lèvres ..... 146[3]
Cancer de l'œsophage ..... 145[3]
Cancroïdes des lèvres ..... 146[3]
Cécropia et son action thérapeutique ..... 146[2]
Chiralgie paresthésique ..... 147[3]
Cirrhose hypertrophique alcoolique avec régression atrophique secondaire ..... 146[1]
Cirrhoses alcooliques ..... 146[1]
Crypto-tuberculoses ..... 146[1]
Déformation de la région frontale ..... 145[2]
Fibromes utérins ..... 145[3]
Gaïacol en applications contre les oreillons. 148[3]
Goitre exophtalmique ..... 148[2]
Hypersécrétion muco-membraneuse expérimentale ..... 146[2]
Hystérectomie abdominale pour fibromes utérins ..... 145[3]
Leucocytose dans l'appendicite ..... 141[1]
Migraine ophtalmique et rêves précurseurs. 147[2]
Néoplasmes et leur pluralité ..... 145[2]
Néphrites aiguës ..... 145[3]
Néphropexie ..... 148[1]
Oreillons ..... 148[3]
Ozène chez le nourrisson ..... 147[3]
Prothèse métallique pour déformation de la région frontale ..... 145[2]
Prurit essentiel localisé d'origine arsenicale. 148[1]
Rhinoplastie ..... 147[1]
Réaction de Gmelin dans les liquides albumineux ..... 146[2]
Rêves précurseurs de la migraine ophtalmique ..... 147[2]
Salicylate de soude contre le goitre exophtalmique ..... 148[2]
Traitement chirurgical des néphrites aiguës. 145[3]
— des cancroïdes des lèvres ..... 146[3]
— des déformations de la région frontale ..... 145[2]
— des fibromes utérins. ..... 145[3]
— des oreillons ..... 148[3]
— du cancer de l'œsophage ..... 145[3]
— du goitre exophtalmique ..... 148[2]
Tuberculose de l'iris ..... 147[1]

VARIA

Modifications à la loi allemande sur l'assurance obligatoire contre la maladie.

Le Parlement allemand vient de voter, après une discussion qui n'a pas duré moins de deux mois, un projet de loi complétant la loi sur l'assurance obligatoire contre la maladie. De l'examen de l'ensemble des articles, il ressort que les Etats confédérés tendent à souder peu à peu cette loi à celle de l'invalidité, mais cette sorte de soudure demandera quelque temps, et, comme les Allemands sont des gens pratiques, ils se contentent de la faire par parties, sûrs d'arriver ainsi un jour au but poursuivi.

Les modifications principales qu'apporte cette loi à la législation existante visent les trois points suivants :

1° La prolongation de l'assistance en cas de maladie, qui, au lieu d'être de treize semaines, sera désormais de vingt-six semaines;

2° L'extension de l'assistance aux accouchées pendant six semaines, au lieu de quatre. En outre, les femmes enceintes, inscrites à la Caisse des malades depuis au moins six mois, auront droit à l'assistance pendant une durée de six semaines, lorsqu'il aura été reconnu qu'elles sont incapables de travailler;

3° Le droit à l'assistance pour maladies vénériennes.

Tout cela est excellent au point de vue social. Malheureusement rien n'a été décidé pour l'amélioration des conditions dans lesquelles se trouvent les médecins allemands vis-à-vis des Caisses des malades; toutefois il en a été question, et le Parlement, sur la proposition de la commission, a invité le gouvernement impérial à présenter, dans la prochaine session ou aussitôt que possible, un projet de loi sur la matière.

Distribution des prix de la ville de Moscou et du Congrès international de médecine de Paris.

Le Congrès international de médecine qui vient de se tenir à Madrid a décerné à M. Elie Metchnikoff, professeur à l'Institut Pasteur, à Paris, le prix de 5,000 francs fondé en 1897 par la ville de Moscou pour récompenser, tous les trois ans, l'auteur qui, par ses travaux, a le plus contribué aux progrès de la science médicale.

Le prix du treizième Congrès international de médecine (Paris, 1900) a été accordé à M. B. Grassi, professeur d'anatomie comparée à la Faculté des sciences de Rome.

Avant de se séparer, le Congrès a décidé que la prochaine session aura lieu à Lisbonne, en 1906.

Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances en 1903.

Le troisième Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances s'ouvrira à Paris le 25 mai 1903.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Paul Lazarus (*médecine interne*); Kurt Strauch (*médecine légale*).

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Michael Mohr est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Cadix. — M. le docteur Leonardo Rodrigo Lavin est nommé professeur de physiologie.

Faculté de médecine de Malte. — M. le docteur Carmelo Mifsud est nommé professeur ordinaire de médecine, en remplacement de M. G. O. Galea, démissionnaire.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Edouard Babák est nommé privatdocent de physiologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur G. Nepveu, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur J. La Bonnardière, professeur de thérapeutique et d'hygiène à la Faculté française de médecine de Beyrouth. — M. le docteur Gustave Gevaert, agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Andrew (Ch. T.). The height of the diaphragm in relation to the position of certain abdominal viscera. (*Lancet*, 21 mars.) — La hauteur du diaphragme dans ses rapports avec la position de quelques viscères abdominaux.

Bikeles (G.) et **Franke** (M.). Die sensible und motorische Segmentlocalisation für die wichtigsten Nerven des Plexus brachialis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 3-4.) — Localisation segmentaire sensitive et motrice des principaux nerfs du plexus brachial.

Büdinger (K.). Der Spongiosabau der oberen Extremität. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIII, 12 et XXIV, 3.) — La structure du tissu spongieux de l'extrémité supérieure.

Ehrlich (P.) et **Weigert** (C.). Encyklopädie der mikroskopischen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbelehre. 3e partie. In 8°, p. 801 à 1400, avec fig. Vienne.

Gentes (L.). Les artères de l'hypophyse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 mars.)

Nissl (F.). Die Neuronenlehre und ihre Anhänger. In-8°, 478 p. avec planches. Iéna. — La théorie des neurones et ses partisans.

Schultze (O.). Atlas und Grundriss der topographischen und angewandten Anatomie. In-4°, 156 p. avec fig. et planches. Munich. — Atlas et précis d'anatomie topographique et appliquée.

Wolff (A.). Ueber eine Methode zur Untersuchung des lebenden Knochenmarks von Tieren und über das Bewegungsvermögen der Myelocyten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mars.) — Sur une méthode d'étude de la moelle osseuse vivante chez les animaux et sur le pouvoir de mobilité des myélocytes.

PHYSIOLOGIE

Bolk (L.). Over den natuurlijken dood. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 avril.) — Sur la mort naturelle.

Du Bois-Reymond (R.). Specielle Muskelphysiologie oder Bewegungslehre. In-8°, 323 p. avec fig. Berlin.

Lange (E. von). Die Gesetzmässigkeit im Längenwachstum des Menschen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 3.) — Les lois de la croissance de la taille.

Strauss (H.). Ueber den osmotischen Druck der menschlichen Galle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mars.) — Tension osmotique de la bile humaine.

Veit (J.). Zur Physiologie der Ernährung des Foetus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 fév.) — Physiologie de la nutrition du fœtus.

Zuntz (N.). Ueber die Wärmeregulation bei Muskelarbeit. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 26 mars.) — La régulation de la chaleur pendant le travail musculaire.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Apolant (H.) et **Embden** (G.). Ueber die Natur einiger Zelleinschlüsse in Carcinomen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 3.) — La nature de quelques inclusions cellulaires dans le cancer.

Glogner (M.). Ueber Fragmentation der Herz- und Skelettmuskulatur und Kontinuitätstrennungen des elastischen Gewebes bei Beri Beri, sowie über das Wesen dieser Krankheit. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 3.) — Fragmentation de la musculature du cœur et du squelette et solutions de continuité du tissu élastique dans le béri-béri; nature de cette maladie.

Himmel (I.). Contribution à l'étude des altérations des vaisseaux dans les chancres mou et induré (en russe). (*Roussk. journ. kojn. i vénér. boliézn.*, janv.)

Lanz (O.). Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Appendicitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 1.)

Léger (P.). Sclérodermie et dégénérescence fibro-calcaire du corps thyroïde. (*Année méd. de Caen*, mars.)

Müller (E.). Ueber die Beteiligung der Neuroglia an der Narbenbildung im Gehirn. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 3-4.) — Participation de la névroglie au processus de cicatrisation dans le cerveau.

Pirone (R.). Sulle fibre elastiche nelle cicatrici cutanee. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Anzilotti (G.). Sulle proprietà tossiche dei nucleo-proteidi renali; contributo al meccanismo d'azione delle auto- e eteronefrolisine. (*Clinica moderna*, 25 mars.)

Heinatz (V.). De l'hérédité du cancer (en russe). (*Roussk. Vratch*, 1er et 8 mars.)

Prinzing (F.). Die Erkrankungshäufigkeit nach Geschlecht und Alter. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 3.) — La fréquence des maladies suivant l'âge et le sexe.

Raw (N.). Human and bovine tuberculosis: the possibility of human infection from cattle. (*Brit. Med. Journ.*, 14 mars.)

Rosenfeld (G.). Ueber einige Ursachen von Husten und Schnupfen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 mars.) — Sur quelques causes de la toux et du coryza.

Sajous (Ch. de M.). The ductless glands as organs of the first importance in vital functions, and their relationship as such to disease and therapeutics. (*Monthly Cyclopædia of Pract. Med.*, mars.) — Les glandes à sécrétion interne comme organes essentiels dans les fonctions vitales, et leurs rapports avec la pathologie et la thérapeutique.

Schmidt (P.). Ein Beitrag zur Frage der Blutregeneration. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mars.) — Contribution à l'étude de la régénération du sang.

Snel (J.). Immunität und Narkose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 mars.)

Umber (F.). Die klinisch-pathologische Bedeutung der Autolyse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 mars.) — La signification clinique et pathologique de l'autolyse.

MÉDECINE

Aldor (L.). Ueber periodisches Erbrechen (Leyden's). (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 21 mars.) — Les vomissements périodiques.

Allbutt (T. C.). The rise of blood pressure in later life. (*Lancet*, 7 mars.) — L'élévation de la tension sanguine chez les sujets âgés.

Arkhipov (A.). Cylindrurie sans albuminurie dans un cas de rhumatisme articulaire aigu (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Bainbridge (W. S.). Periduodenal abscess secondary to ulcer of the duodenum. (*Med. News*, 7 mars.)

Bajénov (V.). La digestion gastrique en cas d'entérite chronique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 6.)

Biélogolovy (A.). Des formes intermédiaires entre le rhumatisme et la pyohémie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 mars.)

Blum (R.). Zur Statistik der amyloiden Degeneration mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 mars.)

Boas (J.). Ueber Carcinom und Diabetes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 mars.)

Burton-Fanning (F. W.) et **Champion** (S. G.). The comparative value of the mouth, the rectum, the urine, the axilla and the groin for the observation of the temperature, especially in regard to tuberculosis and to the effects of exercise and other conditions. (*Lancet*, 28 mars.) — La valeur comparée de la température prise dans la bouche, dans le rectum, dans l'urine, dans le creux axillaire et dans le pli de l'aine, surtout au point de vue de la tuberculose, de l'exercice et des conditions analogues.

Chapman (P. M.). Further note on the pulse wave in aortic regurgitation. (*Lancet*, 28 mars.)

Dehio (K.). Ein Fall von Zwerchfellshernie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 28 mars.) — Un cas de hernie diaphragmatique.

Delany (T. H.). The diagnostic value of blood counts in malarial and other fevers. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mars.) — La valeur diagnostique de l'examen du sang dans les fièvres paludéennes et autres.

Duncan (A.). On heat stroke. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.) — Coup de chaleur.

Einhorn (M.). Diseases of the stomach. 3e éd. In-8°, 534 p. New-York.

Engel (F.). Zur Frage der traumatischen Albuminurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 mars.)

Favitzky (A.). Observations cliniques sur la dégénérescence amyloïde des reins (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8, 15 et 22 mars.)

Field (C. W.). A case of Banti's disease, with diffuse productive nephritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Fleiner (W.). Ueber Tetanie gastrischen und intestinalen Ursprungs. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 et 17 mars.)

Floderer (H.). Ueber Charcot-Leyden'sche Kristalle im Empyemeiter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 mars.)

Hall (W.). Zur klinischen Bestimmung des Gesamtgehaltes von Purin im Harn mittels Purinometer. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 avril.) — Dosage clinique des purines contenues dans les urines à l'aide du purinomètre.

Katzenstein (J.). Dilatation und Hypertrophie des Herzens; differentialdiagnostische Studie. In-8°, 106 p. Munich. — Dilatation et hypertrophie du cœur; diagnostic différentiel.

Roch (M.). De la recherche des pigments biliaires dans l'urine par des réactifs colorés: fuchsine, bleu de méthylène, violet de méthyle. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Stanton (W. B.). A practical clinical method for determining blood pressure in man, with a discussion of the methods hitherto employed. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, fév.) — Un procédé pratique de mensuration de la pression sanguine, avec considérations sur les méthodes employées dans ce but.

Umber (F.). Zum Studium der Eiweisskörper in Exsudaten. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 5-6.) — Contribution à l'étude des albuminoïdes dans les exsudats.

Walko (K.). Ueber autochthone Thrombose des Hirnsinus und der Vena magna Galeni. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 2.)

Wanner (F.). Beiträge zur Chemie des Sputums. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 3-5.) — Etude chimique des crachats.

Weil (H.). Uraemie bei Diabetes mellitus, durch Aderlass günstig beeinflusst. (*Prag. med. Wochensch.*, 15 janv.) — Action favorable de la saignée sur l'urémie dans un cas de diabète sucré.

Wolff (A.). Erfahrungen mit der Perkussion der Lungenspitzen nach Krönig. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 fév.) — Essais sur la percussion des sommets pulmonaires d'après le procédé de Krönig.

MALADIES INFECTIEUSES

Cantani (A.). Immunisirungsversuche gegen Influenza. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 3.) — Essais d'immunisation à l'égard de la grippe.

Cobb (J. O.). Pneumonia: an infectious disease. (*Med. News*, 21 mars.)

Ebstein (W.). Ueber die Influenza. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 et 24 mars.)

Hawkins (H. P.) et **Seligmann** (C. G.). A case of acute splenic anæmia terminating fatally with general bacterial infection. (*Lancet*, 21 mars.)

Hillier (A.). The nature of the infectivity of phthisis: a study of the views of Koch, Flügge, and others. (*Brit. Med. Journ.*, 14 mars.)

Howe (J. D.). Prevaccinated small-pox. (*Brit. Med. Journ.*, 21 mars.)

Monnier (A.). Relation d'une petite épidémie familiale de diphtérie; érythème rubéoliforme ayant précédé la fausse membrane; complications post-sérothérapiques (trismus; opisthotonos). (*Gaz. méd. de Nantes*, 7 mars.)

Petruschky (J.). Spinalgie als Frühsymptom tuberkulöser Infektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mars.) — La spinalgie en tant que symptôme précoce de l'infection tuberculeuse.

Pöch (R.). Ueber das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei Malaria. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 3.) — Etat des globules blancs dans la malaria.

Risel (W.). Ein Beitrag zur Pathologie des Milzbrandes beim Menschen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 3.) — Contribution à la pathologie du charbon.

Schüder. Strassenvirus und Virus fixe. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 3.) — Virus des rues et virus fixe.

Turner (A. L.). General septic infection of nasal origin. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aldrich (Ch. J.). Aphasia in acute disease, with report of a case complicating smallpox. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Bauer (A.). Catalepsie symptomatique et rythme de Cheyne-Stokes. (*Rev. neurol.*, 15 mars.)

Biro (M.). Ueber wirkliche und scheinbare Serratus-Lähmungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 3-4.) — Les paralysies vraies ou apparentes du grand dentelé.

Chadbourne (T. L.). Upon the association of epilepsy and heart disease. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Association de l'épilepsie avec des cardiopathies.

Cohn (P.). Zur Behauptung von der Quecksilberätiologie der Tabes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 mars.) — Sur l'étiologie hydrargyrique du tabes.

Collins (J.). The symptomatology of tabes: an analysis of 140 cases of locomotor ataxia. (*Med. News*, 3 janv., 7 et 14 mars.)

Kornilow (A. von). Ueber cerebrale und spinale Reflexe. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 3-4.)

Langelaan (J. W.). Over de beteekenis van den peesreflex. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 avril.) — Sur la signification des réflexes tendineux.

Mailhouse (M.). Some remarks on the cause of epilepsy. (*Yale Med. Journ.*, mars.)

Marie (P.) et **Guillain** (G.). Le faisceau pyramidal dans l'hémiplégie infantile; hypertrophie compensatrice du faisceau pyramidal. (*Rev. neurol.*, 31 mars.)

Müller (L.). Ueber drei Fälle von Chorea chronica progressiva (Chorea hereditaria, Chorea Huntington). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 3-4.)

Norström (G.). Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung mit Massage. (Trad. de l'anglais par H. Fischer.) In-8°, 71 p. Leipzig. — La céphalalgie chronique et son traitement par le massage.

Perrin. Prophylaxie et traitement des polynévrites. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bressel. Ein Fall von Gonokokkenpneumonie. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mars.)

Galloway (J.) et **Macleod** (J. H.). Erythema multiforme and lupus erythematosus: their relationship to general toxæmia. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mars.)

Gunsett (A.). Ist der Lupus erythematodes ein Tuberkulid? (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mars.)

Jordan (A.). Zur Casuistik der acuten, parenchymatösen, gonorrhoischen Prostatitis. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 3.)

Margouliès (M.). Syphilis et chirurgie rénale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 5.)

Sélénev (I.). Blennorrhagie indolore « torpide » (en russe). (*Roussk. journ. kojn. i vénér. boliézn.*, janv.)

Sellei (J.). Ueber die gonorrhoische Erkrankung der Paraurethralgänge. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mars.) — Blennorrhagie des conduits para-uréthraux.

Watson (Ch.). Psoriasis, a clinical record. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.)

PARASITOLOGIE

Low (G. C.). Filaria perstans. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mars.)

Martini (E.). Ueber die Entwickelung der Tsetseparasiten in Säugetieren. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 2.) — Développement des parasites de la mouche tsétsé dans l'organisme des mammifères.

Maxwell-Adams (A.). Trypanosomiasis and its cause. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mars.)

Milton (F.). Bilharziosis surgically considered. (*Lancet*, 28 mars.)

Robin (W.). Dwa przypadki zapalenia okreznicy, wywolanego obecnoscia woruszków (balantidium-colitis). (*Gaz. lekarska*, 3 et 10 janv.) — Deux cas de colite due au Balantidium coli.

Solowjew (N. S.). Ueber einen Fall von Balantidien-Infection des Dickdarms und des Magens. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 28 fév.) — Un cas d'infection du gros intestin et de l'estomac par des balantidies.

CHIRURGIE

Abbott (F. Ch.) et **Shattock** (S. G.). Neurofibromatosis of the nerves of the tongue (macroglossia neurofibromatosa) and of certain other nerves of the head and neck. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Neurofibromatose des nerfs de la langue et de quelques autres nerfs de la tête et du cou.

Ballin (M.). Acute yellow atrophy of the liver as a sequela to appendectomy. (*Ann. of Surgery*, mars.) — L'atrophie jaune aiguë du foie comme conséquence de l'appendicectomie.

Baracz (R. von). Report of 60 cases of actinomycosis. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Becker (A.). Beitrag zur traumatischen, nicht komplizierten Luxation der Extensorensehnen der Finger. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mars.) — Contribution à l'étude de la luxation traumatique, non compliquée, des tendons extenseurs des doigts.

Black (C. E.). Spinal concussion, so called. (*Med. News*, 28 mars.)

Borchard. Beitrag zur Myositis ossificans. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 1-2.)

Brown (F. T.). Closure by suture of intestinal perforations complicating typhoid fever. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Büdinger (K.). Ueber Stieldrehung der Milz und die Aetiologie der Wandermilz. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 mars.) — Torsion du pédicule de la rate et étiologie de la rate flottante.

Chavannaz (G.). Contribution à l'étude du pronostic opératoire chez les glycosuriques. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 mars.)

Damianos (N.). Eitrige Thrombophlebitis der Sinus cavernosi infolge von Zahnkaries. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 mars.) — Thrombophlébite suppurée du sinus caverneux, consécutive à la carie dentaire.

De Graag (K. S.). Iets over metastaseerende strumae. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 avril.)

Dennis (F. S.). The indications for operative interference in intracranial tension. (*Med. News*, 21 mars.)

Douglas (R.). Primary retroperitoneal solid tumors. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Ehrlich (C.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Pankreasgeschwülste. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mars.) — Contribution à l'étude des tumeurs du pancréas.

Enderlen. Zur Behandlung der Perforationen und Zerreissungen der Gallenblase. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mars.) — Traitement des perforations et des ruptures de la vésicule biliaire.

Fleming (R. A.). Retinal hæmorrhages as a diagnostic feature in fracture of the base of the skull and in subarachnoid hæmorrhage. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Les hémorrhagies rétiniennes comme signe de fracture de la base du crâne et d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne.

Fowler (R. S.). The operative treatment of fracture of the patella. (*Med. News*, 28 mars.)

Friend (E.). Hygroma and fibroma of the tuber ischii bursæ. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Haberer (H.). Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der eitrigen Meningitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 mars.) — Traitement opératoire de la méningite purulente.

Hessert (W.). Dislocation of individual carpal bones, with report of a case of luxation of the scaphoid and semilunar. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Hewetson (J. T.). Congenital goitre. (*Brit. Med. Journ.*, 21 mars.)

Jacomet (A.). La cholécystotomie idéale. (*Nord méd.*, 15 mars.)

Knoop (C.). Beitrag zur Therapie der Nabelschnurbrüche. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 348.) — Contribution au traitement des hernies ombilicales.

König. Kniegelenkstuberculose; abwartende Behandlung oder Operation? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 mars.) — Tuberculose du genou; expectation ou opération?

Kuhn (F.). Durchspülung der Gallengänge zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Lavage des voies biliaires dans un but diagnostique ou thérapeutique.

Lotheissen (G.). Pankreastumor mit Duodenalstenose und schwerem Ikterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 avril.)

Lowson (D.). Excision of the cæcum. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.)

Madden (F. C.). Some points in the etiology and treatment of hydrocele of the tunica vaginalis. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.)

Mouchet (A.). Chirurgie intestinale d'urgence In-16, 96 p. avec fig.

Nasi (C.). Metodo razionale per fissare il rene migrante in posizione relativamente normale. (*Nuovo raccoglitore med.*, mars.)

Neck. Beitrag zur Kenntnis der isolirten Fracturen des Trochanter major. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mars.)

Perassi (A.). Dita a martello; patogenesi, cura operativa. (*Ann. di med. navale*, janv.-fév.)

Purves (R.). On hand disinfection. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Sur la désinfection des mains.

Riedel. Schwierige Kropfoperationen unter localer Anaesthesie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 mars.) — Opérations difficiles de goitre pratiquées sous l'anesthésie locale.

Schulze-Vellinghausen (A.). Zur Behandlung des Ileus. (*Therap. Monatsh.*, fév.)

Silbermark (M.) et **Hirsch** (M.). Laparotomie und Ventralhernien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 1-2.)

Stenger. Ueber den Wert der otitischen Symptome zur Diagnose von Kopfverletzungen beziehungsweise Basisfractur; ein Beitrag zur Lehre über die traumatische Neurose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 fév.) — Sur la valeur des symptômes otitiques pour le diagnostic des traumatismes de la tête et, en particulier, des fractures de la base du crâne; contribution à l'étude des névroses traumatiques.

Talke (L.). Ueber Hydradenitis axillaris. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 1.)

Treupel (G.). Operative Behandlung gewisser Lungenerkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 oct. 1902 et 3 fév.) — Traitement chirurgical de quelques affections pulmonaires.

Voorthuis (J. A.). Twee gevallen van knieschijfbreuk in korten tijd genezen door omsnoering met zilverdraad. (*Medisch Weekblad*, 18 avril.) — Deux cas de fracture de la rotule; guérison rapide après cerclage.

Wilms. Wie entstehen Axendrehungen (Volvulus) des Dünndarmes? (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 4.) — Comment se produit le volvulus de l'intestin grêle?

UROLOGIE

Asakura (B.). Ueber das « Regurgitiren » aus der Urethra posterior. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 3.)

Dörfler (H.). Beitrag zur Symptomatologie des Prostatakarzinoms. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mars.)

Kapsammer (G.). Lymphosarkoma bulbi urethrae von einer gonorrhoischen Striktur ausgehend. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 mars.)

Marcuse (B.). Ueber Pyelitis und Pyelonephritis auf Grund von Gonorrhoe. (*Therap. Monatsh.*, fév.)

Nicolich. Meine Erfahrungen über Lithiasis der Harnwege. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXIX, 4.) — La lithiase des voies urinaires.

Pardoe (J. G.). On the necessity for a more frequent use of the cystoscope in the diagnosis of diseases of the urinary system. (*Lancet*, 28 mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Albert (W.). Die Kolpeuryse bei Incarceratio uteri gravidi retroflexi. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mars.)

Alexandrov (S.). Une opération pour rétroflexion de l'utérus (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 mars.)

Bandler (S. W.). The etiology of ectopic gestation. (*Med. News*, 14 mars.)

Bishop (E. S.). On prolapsus uteri, with special reference to an operation for reproduction of the sacro-uterine ligaments. (*Lancet*, 14 mars.)

Boldt (H. J.). Scope of the vaginal section. (*Med. News*, 28 mars.) — Les indications de la cœliotomie vaginale.

Dirmoser (E.). Ein weiterer Beitrag zur Autointoxicationstheorie bei Hyperemesis gravidarum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 avril.)

Findley (P.). Hydatiform mole, with a report of two cases and clinical deductions from 210 reported cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Môle hydatiforme; étude clinique basée sur 210 cas.

Gerzabek (B.). O vyznamu Walcherovy posice v porodnictví. (*Sbornik klinicky*, IV, 3.) — Sur la position de Walcher.

Haultain (F. N.). On the treatment of uterine fibromyomata, with a record of 28 consecutive successful abdominal hysterectomies by the supravaginal method. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.) — 28 cas de fibromes de l'utérus traités avec succès par l'hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Hengge (A.). Eklampsie; die derzeitigen Forschungen über die Pathogenese dieser Erkrankung und ihre Therapie. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 346.)

Klein (G.). Die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 et 24 mars.) - Traitement opératoire du cancer de l'utérus.

Lindenthal (O. Th.). Menstruation und Corpus luteum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 mars.)

PÉDIATRIE

Cook (H. W.). The clinical value of blood pressure determinations as a guide to stimulation in sick children. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — La valeur clinique des mensurations de la pression sanguine chez les enfants malades.

Jemma (R.). Sui fermenti solubili del latte e sulla loro importanza nell'allattamento artificiale. (*Pediatria*, mars.)

Jones (R.). The treatment of infantile spastic paralysis. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Levy. Zur Kasuistik der Prostatageschwülste im Kindesalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mars.) — Les tumeurs de la prostate chez les enfants.

Marina (A.). Le forme iniziali e rudimentali della distrofia muscolare nella pratica pediatrica. (*Pediatria*, mars.)

Raczynski (J.). Dyspepsia intestinalis acida lactatorum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 mars.)

Stravinsky (A.). Pneumatocèle thoracique chez un petit garçon (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Variot (G.). Rapport sur la mortalité des enfants d'un à quatorze ans en France. In-4°, 71 p. Melun. Impr. administrative.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Dench (E. B.). The etiology, pathology and symptomatology of acute suppuration of the middle ear. (*Med. News*, 17 janv.) — Etiologie, anatomie pathologique et symptomatologie de l'otite moyenne aiguë purulente.

Dunbar. Zur Ursache und specifischen Heilung des Heufiebers. In-8°, 60 p. avec planches. Munich. — Causes et traitement spécifique de la fièvre de foin.

Fuchsig (E.). Zur Aetiologie und Pathologie der Abszesse der Nasenscheidewand. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 mars.) — Etiologie et pathologie des abcès de la cloison du nez.

Killian (G.). Ein Hemdknopf aus dem Unterlappen der linken Lunge auf natürlichem Weg entfernt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 mars.) — Un bouton de chemise retiré du lobe inférieur du poumon gauche par la voie naturelle.

Lederman (M. D.). The etiology, pathology and symptomatology of chronic purulent otitis media. (*Med. News*, 17 janv.)

McKernon (J. F.). The treatment of chronic suppuration of the middle ear. (*Med. News*, 17 janv.) — Le traitement de l'otite moyenne purulente chronique.

Phillips (W. C.). The treatment of acute suppuration of the middle ear. (*Med. News*, 17 janv.) — Le traitement de l'otite moyenne purulente aiguë.

Semon (Sir Felix). A demonstration of some experiments on the nature and specific treatment of hay fever. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mars.) — Quelques recherches sur la nature et sur le traitement spécifique de la fièvre de foin.

Trautmann (G.). Bedeutung der nasalen Athmung in ihrer Schutz- und Heilwirkung auf Krankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mars.) — La signification de la respiration nasale au point de vue de la prophylaxie et de la cure des maladies.

Trumpp. Zur operativen Behandlung akuter Larynxstenosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mars.)

Tyrman (J.). Die Verletzungen des Ohres, deren Folgezustände und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. In-8°, 120 p. Vienne. — Les traumatismes de l'oreille; leurs conséquences et leur expertise médico-légale.

HYGIÈNE

Barnsby (D.). Compte rendu des travaux du conseil central d'hygiène publique et de salubrité et des conseils d'hygiène d'arrondissement du département d'Indre-et-Loire du 1er janvier 1902 au 28 février 1903. In-8°, 462 p. Tours.

Brunon (R.). La fièvre typhoïde dans les casernes. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)

Fränkel (C.). Randbemerkungen zu dem Entwurf eines preussischen Seuchengesetzes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 mars.) — Notes sur le projet d'une loi prussienne visant les maladies contagieuses.

Klein (E.). The bacterioscopic diagnosis of sewage pollution of shellfish. (*Brit. Med. Journ.*, 21 fév.) — Le diagnostic bactérioscopique de l'infection des coquillages par les eaux d'égout.

Liebreich (O.). Ueber die Wirkung der Borsäure und des Borax. In-8°, 80 p. avec planches. Berlin. — L'action de l'acide borique et du borax.

Macalister (C. J.) et **Bradshaw** (T. R.). The use of salicylic acid as a preservative in food. (*Lancet*, 14 mars.) — L'emploi de l'acide salicylique pour la conservation des aliments.

Raybaud (A.) et **Bruneau** (A.). La tuberculose dans la marine marchande. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Rosenthal. A propos de la nécrose phosphorée. (*Policlinique*, 1er mars.)

Rost (E.). Sind Borsäure und Borax wirkungs- und gefahrlos für den Organismus? (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 et 19 fév.) — L'acide borique et le borax sont-ils inoffensifs et sans effets sur l'organisme?

Salvatore (M.). La fatica, il calore atmosferico e il sole nel soldato in marcia. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mars.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Aufrecht. Eine bequemere subkutane Anwendungsweise des Chinins. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — Un procédé commode pour injections sous-cutanées de quinine.

Chtangué (V.). Massage de l'abdomen (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 mars.)

Erlenmeyer (A.). Die Wirkung des Kampfers in der Abstinenzperiode der Morphium-Entziehung. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — L'action du camphre pendant la période d'abstinence de la cure du morphinisme.

Fischl (L.). Zur Therapie der Hyperacidität des Magens. (*Prag. med. Wochensch.*, 5, 12 et 19 mars.)

Galbraith (J.). The dietetic treatment of pulmonary tuberculosis from the point of view of its hæmatology and histopathology. (*Brit. Med. Journ.*, 14 mars.)

Liebreich (O.). Ueber die diuretische Wirkung der Borsäure. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — L'action diurétique de l'acide borique.

Mankiewicz. Die Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds in der ärztlichen Praxis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 7 mars.) — L'emploi de l'eau oxygénée dans la pratique médicale.

Martell. Die Frühtuberkulose und ihre Therapie durch Calomel. (*Wien. med. Wochensch.*, 14, 21 et 28 fév. et 7 mars.) — La tuberculose au début et son traitement par le calomel.

Monetti (P.). La digitale ad alte dosi nella cura della polmonite lobare. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mars.)

Mongour (Ch.). Note sur les injections intraveineuses de sérum antidiphtérique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 mars.)

Münzer. Bemerkungen zur Tuberculinbehandlung. (*Prag. med. Wochensch.*, 26 mars.) — A propos du traitement par la tuberculine.

Ogle (C.). Concerning anti-streptococcic serum and its use in malignant endocarditis. (*Lancet*, 14 mars.)

Peaudeleu (L.) et **Barraja** (A.). Le chlorure de calcium dans les hémorrhagies de la variole. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Schuckmann (von). Zur Frage der Antitoxinbehandlung bei Tetanus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mars.)

Stepp. Zur Behandlung des Keuchhustens. (*Prag. med. Wochensch.*, 12, 19 et 26 mars et 2 avril.) — Traitement de la coqueluche.

Wood (H. C.). The physiologic action of the mydriatic alkaloids. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 fév.)

Young (E. H.). Treatment of a formidable case of sprue by diet; the value of strawberries. (*Lancet*, 28 mars.) — La valeur des fraises dans le traitement de la stomatite aphteuse.

Zabludowski (J.). Technik der Massage. 2e éd. In-8°, 123 p. avec fig. Leipzig.

DÉONTOLOGIE

Becker (C.). Handbuch der Medicinalgesetzgebung im Königreich Bayern. 5. Heft: Das ärztliche Gebührenwesen, die Besteuerung des ärztlichen Einkommens. In-8°, 228 p. Munich. — Manuel des lois sanitaires de la Bavière. T. V: les honoraires médicaux et l'imposition du revenu professionnel.

Fürst (M.) et **Windscheid** (F.). Handbuch der sozialen Medizin. 1. Band: Stellung und Aufgaben des Arztes in der öffentlichen Armenpflege. In-8°, 278 p. Iéna. — Le rôle et les devoirs du médecin dans l'assistance publique.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Adachi (B.). Syphilis in der Steinzeit in Japan. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 1.) — La syphilis dans le Japon à l'âge de pierre.

Brunner (C.). Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossenschaft; Geschichte des Heeressanitätswesens und der Kriegschirurgie in schweizerischen Landen vom Anfang der Eidgenossenschaft bis zum 17. Jahrhundert; 1. Teil. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVII, 1-2.) — Les blessés dans les guerres de l'ancienne Helvétie; histoire de l'état sanitaire de l'armée et de la chirurgie de guerre dans les pays suisses depuis la fondation de la Confédération jusqu'au dix-septième siècle.

Ribier (L. de). Notes bibliographiques sur quelques médecins et chirurgiens de la haute Auvergne sous l'ancien régime. In-8°, 24 p.

GÉNÉRALITÉS

Brault (J.). Les religions devant l'hygiène dans les pays coloniaux. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)

Fennebresque (J.). Une vie de médecin : docteur Abel Clermont. In-8°, 136 p. avec portrait.

Gould (G. M.). The American year-book of medicine and surgery for 1903. 2 vol. In-8°, 1370 p. avec fig. Philadelphie.

Metchnikoff (E.). Etudes sur la nature humaine; essai de philosophie optimiste. In-8°, 399 p. avec fig.

Pinard et **Richet** (C.). Rapport sur les causes physiologiques de la diminution de la natalité en France. In-4°, 10 p. Melun. Impr. administrative.

23e ANNÉE. — N° 19. Vingt centimes le numéro. 13 MAI 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Le syndrome asthmatique dans la grippe, par M. le professeur Olinto de Oliveira 149

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Sur les dangers des injections sous-cutanées de sérum gélatiné 152
Etiologie de la dysenterie épidémique 152
Traitement du glaucome par la résection du sympathique cervical 152
Académie des sciences. — Sur l'acide glycuronique dans le sang 152
Sur l'existence de l'arsenic dans l'œuf de poule 152
Influence des rayons du radium sur le développement 152
Sur la formation du pigment mélanique 152
Société de chirurgie. — Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage 152
Société médicale des hôpitaux. — Des septicémies tuberculeuses 153
Des cirrhoses atrophiques post-hypertrophiques 153
Tétanie du tronc consécutive à une sténose cancéreuse du pylore 153
Rapports de l'acromégalie et du gigantisme 153
Société de biologie. — Culture du bacille tuberculeux sur le jaune d'œuf gélosé 153
Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein 153
Des effets antitoxiques de l'urée et des sucres 153
Alcool et obésité 153
De l'état des testicules et des ovaires au cours de la paralysie générale 154
Société de dermatologie et syphiligraphie. — Chéloïdes d'emblée à la suite de syphilides papulo-squameuses péripilaires secondaires 154
Sur le mode d'administration de l'huile de chaulmoogra dans la lèpre 154
Psoriasis et arthropathies 154

ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Les érosions hémorrhagiques de l'estomac 154
La phosphaturie et l'ammoniurie chez les neurasthéniques 154
Extraction d'un corps étranger pulmonaire. 154

Lettres d'Autriche. — Du rôle de la pression sanguine dans les maladies 154
Extirpation d'un papillome de la vessie par voie périnéale 155
Fracture par arrachement du col chirurgical de l'humérus, avec résorption complète de la tête humérale 155
Tuberculose et anévrysme du tronc brachiocéphalique 155
Effets thérapeutiques des courants de haute fréquence 155

Lettres d'Amérique. — Traitement du cancer du sein aux Etats-Unis 155

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les préparations mercurielles dans le traitement de la tuberculose chez les syphilitiques 156
Traitement de l'enfoncement des os du crâne chez les nouveau-nés 156
Traitement des diarrhées infantiles par la teinture de myrtille 156
Les badigeonnages de teinture d'iode contre l'eczéma 156

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide glycuronique dans le sang .... 152^{2}
Acromégalie et gigantisme .... 153^{2}
Alcool et obésité .... 153^{3}
Anévrysme et tuberculose du tronc brachiocéphalique .... 155^{2}
Arsenic dans l'œuf de poule .... 152^{3}
Bacille tuberculeux et sa culture sur le jaune d'œuf gélosé .... 153^{3}
Bilirubine et sa recherche .... 154^{1}
Cancer de l'œsophage .... 152^{3}
— du sein .... 155^{2}
Chéloïdes d'emblée à la suite de syphilides papulo-squameuses péripilaires secondaires .... 154^{1}
Cirrhoses atrophiques post-hypertrophiques. 153^{2}
Corps étrangers du poumon .... 154^{3}
Courants de haute fréquence et leurs effets thérapeutiques .... 155^{2}
Diarrhées infantiles .... 156^{3}
Dysenterie épidémique et son étiologie ..... 152^{2}
Eczéma .... 156^{3}
Enfoncement des os du crâne chez le nouveau-né .... 156^{2}
Erosions hémorrhagiques de l'estomac ...... 154^{2}
Extraction d'un corps étranger pulmonaire.. 154^{3}
Fracture par arrachement du col chirurgical de l'humérus .... 155^{1}
Gigantisme et acromégalie .... 153^{2}
Glaucome .... 152^{2}
Grippe à forme asthmatique .... 149^{1}
Huile de chaulmoogra et son administration dans la lèpre .... 154^{1}
Injections de sérum gélatiné et tétanos ..... 152^{1}
Lèpre .... 154^{1}
Lichen corné avec ulcération épithéliomateuse .... 154^{2}
Nævus très étendue .... 155^{2}
Neurasthénie et syndrome urinaire .... 154^{3}
Obésité et alcool .... 153^{3}
Orthostatisme et fonctionnement du rein .... 153^{3}
Ostéo-arthrites tuberculeuses .... 152^{2}
Papillome de la vessie et son extirpation par voie périnéale .... 155^{1}
Paralysie générale et état des testicules et des ovaires .... 154^{1}
Phosphaturie et ammoniurie des neurasthéniques .... 154^{3}
Pigment mélanique et sa formation .... 152^{3}
Préparations mercurielles contre la tuberculose chez les syphilitiques .... 156^{2}
Pression sanguine et son rôle dans les maladies .... 154^{3}
Psoriasis et arthropathies .... 154^{2}
Radium et influence de ses rayons sur le développement .... 152^{3}
Résection du sympathique cervical contre le glaucome .... 152^{2}
Sang et acide glycuronique .... 152^{2}
Septicémies tuberculeuses .... 153^{1}
Sérum gélatiné et tétanos .... 152^{1}
Sténose cancéreuse du pylore et tétanie .... 153^{2}
Sucres et leurs effets antitoxiques .... 153^{3}
Syphilides secondaires et chéloïdes d'emblée 154^{1}
Teinture de myrtille contre les diarrhées infantiles .... 156^{3}
— d'iode contre l'eczéma .... 156^{3}
Tétanie du tronc consécutive à une sténose cancéreuse du pylore .... 153^{2}
Tétanos consécutif à des injections de sérum gélatiné .... 152^{1}
Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage .... 152^{3}
— de la lèpre .... 154^{1}
— de la tuberculose chez les syphilitiques .... 156^{2}
— de l'eczéma .... 156^{3}
— de l'enfoncement des os du crâne chez le nouveau-né .... 156^{2}
— des corps étrangers du poumon . 154^{3}
— des diarrhées infantiles .... 156^{3}
— des érosions hémorrhagiques de l'estomac .... 154^{2}
— des ostéo-arthrites tuberculeuses 152^{2}
— des papillomes de la vessie ...... 155^{1}
— du cancer du sein .... 155^{2}
— du glaucome .... 152^{2}
Tuberculose chez les syphilitiques .... 156^{2}
— et anévrysme du tronc brachiocéphalique .... 155^{2}
— locale consécutive à une injection de tuberculine .... 153^{1}
Urée et ses effets antitoxiques .... 153^{3}

VARIA

Congrès international d'otologie en 1904.

Le septième Congrès international d'otologie se tiendra à Bordeaux du 1er au 4 août 1904.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Choix d'une formule acoumétrique simple et pratique;*

2° *Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe;*

3° *Technique de l'ouverture des abcès encéphaliques otogènes et des soins consécutifs.*

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Georg Lotheissen, privatdocent à la Faculté de médecine d'Innsbruck, est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur N. Saveliév, professeur extraordinaire de médecine interne, est nommé professeur ordinaire.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs V. Orlovski (*médecine interne*); J. Hagen-Torn (*chirurgie*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

PHYSIOLOGIE

Boureau. De la valeur alimentaire de l'alcool. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er avril.)

Geelmuyden (H. Ch.). Nyere undersögelser over eggehvidefordöielsen. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Les recherches récentes sur la digestion de l'albumine.

Kelling (G.). Physikalische Untersuchungen über allgemeine Fragen der Muskelphysiologie. (*Wien. med. Wochensch.*, 14 et 21 mars.) — Recherches physiques sur les questions générales de physiologie musculaire.

Lowson (J. A.). Sensations in drowning. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.) — Sensations d'un noyé.

McClintock (Ch. T.). The absorption of albumins and globulins. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mars.)

O'Brien (J. E.). The identity of nerve force and electricity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mars.)

Schreiner (K. E.). Om cellens enkelte bestanddele og deres fysiologiske betydning. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Les différentes parties de la cellule et leur rôle physiologique.

Stieda (W.). Ueber die Function des Nucleus caudatus. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 avril.)

Stookey (L. B.). The influence of sodium chloride upon gastric secretion. (*Med. News*, 14 fév.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Oberndorfer (S.). Varietäten im Gebiete der unteren Hohlvene. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mars.) — Anomalies dans le domaine de la veine cave inférieure.

Rindfleisch (E.). Ueber Bildung und Rückbildung gichtischer Tophi. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 3.) — Formation et résorption des tophus dans la goutte.

Schweinitz (G. E. de) et **Shumway** (E. A.). A contribution to the pathologic histology of bullous keratitis as it occurs in glaucomatous eyes. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mars.)

Shaw (H. B.). The morbid anatomy of erythromelalgia based upon the examination of the amputated extremities of 3 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 21 mars.)

Steinhaus (J.). Ueber eine eigenartige Form von Tuberkulose des lymphatischen Apparates. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 mars.) — Sur une forme particulière de tuberculose de l'appareil lymphatique.

Tarchetti (C.). Untersuchungen über experimentelle amyloide Entartung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 6.) — Recherches sur la dégénérescence amyloïde expérimentale.

Tendeloo (N. Ph.). Iets over bouw, groei en ontstaan (histogenese) van den kanker. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 avril.) — Structure, développement et histogenèse du cancer.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bordier (H.) et **Lecomte.** Effets de l'application directe des courants de haute fréquence sur les animaux. (*Arch. d'électricité méd.*, mars.)

Dubois (Ch.). Influence sur la sécrétion biliaire des injections d'acide chlorhydrique dans l'intestin. (*Echo méd. du Nord*, 12 avril.)

Exner (A.). Einige Tierversuche über Vereinigung und Transplantation von Blutgefässen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 mars.) — Quelques recherches expérimentales sur la réunion et la transplantation des vaisseaux sanguins.

Iovane (A.). La quantità di glicogeno nei diversi lobi del fegato; ricercato in conigli molto giovani in confronto a conigli adulti. (*Pediatria*, mars.) — La quantité de glycogène dans les divers lobes du foie chez les lapins jeunes et chez les lapins adultes.

Misch (P.). Ueber Meningo-Encephalitis beim Kaninchen. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 1.) — Méningo-encéphalite chez le lapin.

Taddei (D.) et **Coletti** (A.). Ricerche sperimentali sulle conseguenze dell'affrontamento delle superfici mucose estroflesse nella sutura intestinale. In-8°, 32 p. avec fig. Ferrare.

Wessely (K.). Experimentelles über subconjunktivale Injektionen; ein Beitrag zur Kenntnis der Wirkung lokaler Reize. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 et 19 fév.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ceni (C.). Specifische Autocytotoxine und Antiautocytotoxine im Blute der Epileptiker; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 avril.) — Autocytotoxines et antiautocytotoxines spécifiques dans le sang des épileptiques.

Ferrannini (L.). Ueber ein für das Herz giftiges Serum; vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 11 avril.) — Sur un sérum toxique pour le cœur.

Gümbel (T.). Ueber das Chlorom und seine Beziehungen zur Leukämie. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 3.)

Hagemeister (F.). Beiträge zur Kenntnis des Fettschwundes und der Fettbildung in ihrer Abhängigkeit von Circulationsänderungen. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 1.) — Contribution à l'étude de la disparition et de la formation de la graisse dans leurs rapports avec les modifications de la circulation.

Hellesen (E.). Ueber den Stickstoff-Stoffwechsel bei einem an Adipositas nimia leidenden Kinde, mit besonderer Rücksicht auf die Abmägerungskuren. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 4.) — Les échanges azotés chez un enfant atteint d'obésité, étudiés surtout au point de vue du traitement.

Marrassini (A.). Ricerche sopra l'azione tossica dei nucleoproteidi del fegato; contributo allo studio del meccanismo d'azione delle cosidette citotossine specifiche; nota preliminare. (*Clinica moderna*, 1er avril.)

Prudden (T. M.). A résumé of some recent researches relating to cytolysis and immunity. (*Med. Record*, 14 fév.)

MÉDECINE

Colbeck (E. H.). Angina pectoris, a criticism and a hypothesis. (*Lancet*, 21 mars.)

Jopson (J. H.). Extradural hæmorrhage from rupture of the middle meningeal artery. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Knapp (M. I.). How easily we can be mistaken in the diagnosis of cancer of the stomach. (*Med. News*, 28 mars.) — Combien il est aisé de se tromper dans le diagnostic du cancer de l'estomac.

Lemoine (G.). Ponction de la plèvre. (*Nord méd.*, 15 mars.)

Marchand (F.). Zur Kenntnis der sogenannten Banti'schen Krankheit und der Anaemia splenica. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mars.)

Marrassini (A.). Ricerche sopra i metodi d'indagine dell'acetone nelle orine. (*Clinica moderna*, 18 mars.)

Mayer (P.). Zur Frage der Glucuronsäureausscheidung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 mars.) — Contribution à l'étude de l'élimination de l'acide glycuronique.

Mendel (F.). Die direkte Perkussion des Epigastrium, ein diagnostisches Hilfsmittel bei Ulcus ventriculi. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mars.)

Mori (A.). Aneurisma dell'aorta discendente apertosi nell'esofago. (*Policlinico*, 21 mars.)

Nirenstein (E.) et **Schiff** (A.). Ueber die Pepsinbestimmung nach Mette und die Notwendigkeit ihrer Modification für klinische Zwecke. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mars.) — Le dosage de la pepsine d'après le procédé de Mette et la nécessité de le modifier en vue de recherches cliniques.

Ortner (N.). Zur Klinik der Angiosklerose der Darmarterien (Dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis), nebst einem Beitrage zur Klinik des intermittirenden Hinkens und des Stokes-Adams'schen Symptomenkomplexes. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 347.) — Contribution à l'étude clinique de l'angiosclérose des artères intestinales, de la claudication intermittente et du syndrome de Stokes-Adams.

Penzoldt. Ueber die Beweglichkeit des abgeschnürten rechten Leberlappens. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mars.) — Mobilité du lobe hépatique comprimé par le corset.

Poliakov (V.). Contribution à la pathogénie des ascites pseudo-chyleuses (en russe). (*Med. Obozr.*, LIX, 6.)

Rochester (de Lancey). The early diagnosis and symptoms of arterio-sclerosis. (*Albany Med. Ann.*, mars.)

Sabrazès (J.). Blutuntersuchung bei Hydatidencysten; lokale und allgemeine Eosinophilie. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mars.) — Examen du sang en cas de kystes hydatiques; éosinophilie locale et générale.

Satterthwaite (Th. E.). Pulsus infrequens. (*Albany Med. Ann.*, mars.)

Schlossmann (A.). Ueber die Bedeutung calorimetrischer Untersuchungen für klinische Zwecke. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mars.) — La signification des recherches calorimétriques en clinique.

Scott (J. A.). A report of cases of anæmia, with observations upon their symptoms and morphology of the blood. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Sergent (E.) et **Bernard** (L.). L'insuffisance surrénale. In-16, 200 p.

Singer. Zur Kenntnis der Anfälle von paroxystischer Tachykardie (akutes Herzjagen). (*Wien. med. Wochensch.*, 7 fév.)

Stengel (A.). Articular rheumatism and some allied conditions. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Trevisanello (C.). Contributo alla terapia dell'iposistolia e dell'anasarca. (*Policlinico*, 21 mars.)

Tzypkine. Contribution à l'étude de l'anémie splénique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 5.)

Van der Weyde (A. J.) et **Van Ijzeren** (W.). Chronische tumor der milt als gevolg van thrombose der V. portae. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 avril.) — Splénomégalie chronique consécutive à une thrombose de la veine porte.

Walsh (J.). The etiology of colds. (*Med. News*, 14 mars.) — L'étiologie des rhumes.

White (W. H.). On the problem of glycosuria and diabetes. (*Lancet*, 14 mars.)

Zangger (Th.). Ueber die Gefahr der Bahnfahrten ins Hochgebirge, speziell für ältere Leute. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 mars.) — Le danger des voyages en chemin de fer dans la haute montagne, surtout pour les gens âgés.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Pick (A.). Zur topisch-diagnostischen Bedeutung des Kitzelreflexes bei cerebralen Affektionen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 mars.) — Le réflexe du chatouillement dans les affections cérébrales.

Pini (P.). Casuistische Beiträge zur Differentialdiagnose der Sclerosis multiplex, insbesondere gegenüber der Lues cerebri und cerebrospinalis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 3-4.)

Porosz (M.). Ueber das Wesen der sexuellen Neurasthenie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.) — La nature de la neurasthénie sexuelle.

Raimann (E.). Zur Aetiologie der progressiven Paralyse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 mars.)

Römheld (L.). Ueber isolierten klonischen Krampf des weichen Gaumens. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mars.) — Spasme clonique isolé du voile du palais.

Rossolimo (G.). Thermoanästhesie und Analgesie als Symptome von Herderkrankung des Hirnstammes. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 3-4.) — Thermoanesthésie et analgésie comme symptômes des lésions en foyer de la protubérance et du bulbe.

Steiner. Zur Aetiologie der professionellen Erkrankungen im Medianusgebiete. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mars.) — Contribution à l'étiologie des affections professionnelles dans le territoire du nerf médian.

Strohmayer (W.). Ueber die Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mars.) — Des rapports entre l'épilepsie et la migraine.

Thimm (P.). Adipositas dolorosa und schmerzende symmetrische Lipome. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mars.) — Adipose douloureuse et lipomes symétriques douloureux.

Widal, Sicard et **Ravaut.** A propos du cytodiagnostic du tabes. (*Rev. neurol.*, 31 mars.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Audry (Ch.) et **Dalous** (E.). Lésions histologiques de l'épididymite blennorrhagique. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mars.)

Beck (C.). Beiträge zur Behandlung der Hautkrebse nach der Methode von Cerny-Trunecek. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er avril.) — Contribution au traitement du cancer cutané d'après la méthode de Cerny-Trunecek.

Brocq (L.). L'eczéma considéré comme une réaction cutanée; l'eczéma suivant les âges. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mars.)

Fuller (E.). Mercury in syphilis; its administration hypodermically in contrast with other methods. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mars.)

Gassmann (A.). Ueber Ichthyosis vulgaris. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 fév.)

Gershel (M. A.). Subcutaneous abscesses due to the gonococcus, in a child two years of age. (*Med. Record*, 7 fév.) — Abcès sous-cutanés d'origine gonococcique chez un enfant de deux ans.

Himmel (J.). Ueber Dermatitis psoriasiformis nodularis (Pityriasis chronica lichenoides). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 1.)

Jadassohn. Ueber Neurodermitiden. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 fév. et 10 mars.)

Jesionek. Ueber Folliculitis gonorrhoica. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 1.)

Krzysztalowicz (F. von). Ein Fall von Neurofibroma cutis multiplex. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 avril.)

Macleod (J. H.). Practical handbook of pathology of the skin. In-8°, 432 p. avec fig. et planches. Londres. — Manuel pratique de dermatologie.

Riecke (E.). Zur Naevusfrage. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 1.)

Samberger (F.). Reinfectio syphilitica. (*Casopis lékaru ceskych*, 14 mars.)

Sequeira (J. H.). A case of blastomycosis. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, avril.)

Török (L.) et **Hári** (P.). Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Urticaria. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 1.)

CHIRURGIE

Arrizabalaga (G.). Cuerpo extraño articular de la rodilla; artrotomia. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.)

Bodine (J. A.). The radical cure of inguinal hernia with local anæsthesia. (*Med. Record*, 14 fév.)

Braun (H.). Zur Aether-Chloroform-Mischnarkose. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 4 avril.)

Dickinson (G. K.). Theory and practice of spinal cocainization. (*Med. Record*, 7 fév.)

Doutrebente et **Croisier**. Epilepsie traumatique; trépanation. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 avril.)

Edebohls (G. M.). Renal decapsulation for chronic Bright's disease. (*Med. Record*, 28 mars.)

Elbogen (K.). Plastischer Ersatz der ganzen Penishaut. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 mars.) — Autoplastie pour réparer la perte de la totalité des téguments péniens.

Elting (A. W.). The unusual symptoms of the weakened foot. (*Albany Med. Ann.*, avril.) — Les symptômes insolites du pied « à attitude constamment passive ».

Gibbon (J. H.). Gangrenous cholecystitis, with a report of a case in which a successful cholecystectomy was done. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Guilbaud. La chirurgie de l'estomac. (*Gaz. méd. de Nantes*, 18 avril.)

Hauffe. Ueber die Behandlung des Carbunkels mit Collodium-Umpinselung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 avril.) — Traitement des furoncles par les badigeonnages au collodion.

Hofmann (C.). Ueber die einzelnen Phasen der Betäubung zu Beginn der Narkose. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 14 mars.) — Sur les différentes phases de l'étourdissement au début de la narcose.

Horwitz (O.). The use of the electrothermic angiotribe in lieu of the employment of ligatures in the open operation for the relief of varicocele. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 mars.)

Houzel (G.). De la ligature des veines et, en particulier, de la veine cave inférieure. (*Rev. de chir.*, mars et avril.)

Kofmann (S.). Einiges über die subkutanen Prothesen nach Gersuny. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 7 mars.)

Krogius (A.). Ueber das sogenannte einfache Enterokystom und seine Bedeutung als Ursache von Darmverschluss. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — L'entérokystome simple et sa signification dans l'étiologie de l'occlusion intestinale.

Lamas (A.). Sobre un caso de ano contra natura. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.)

Mayo (W. J.). The present status of surgery of the gall-bladder and bile-ducts. (*Med. Record*, 21 fév.) — L'état actuel de la chirurgie de la vésicule et des conduits biliaires.

Patel (M.). Remarques sur certaines variétés de fractures isolées du rocher (étude expérimentale). (*Rev. de chir.*, avril.)

Sakharov (A.). Contribution à la chirurgie de la rate flottante (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 6.)

Schönwerth (A.). Ueber die Naht der Schenkelvene am Leistenbande und ihre Indicationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mars.) — La suture de la veine fémorale au niveau du ligament de Poupart et ses indications.

Schwarz (K.). V jakém vzájemném percentualnim pomeru naskytaji se rozlicné tvary bocitosti pátere? (*Casopis lékaru ceskych*, 21 mars.) — Sur la fréquence relative des diverses formes de scoliose.

Seitz (O.). Beitrag zur Cystennierenexstirpation. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mars.) — Extirpation des reins kystiques.

Ssaweljew (N.). Alkoholumschläge. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 21 et 28 mars.) — Pansements à l'alcool.

Thiem (C.). Ueber traumatische Läsion des Rückenmarks (Myelodelese Kienböck). (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mars.) — Lésion traumatique de la moelle épinière.

Tubby (A. H.). Advances in the treatment of paralytic deformities. (*Lancet*, 28 mars.)

Vanverts (J.). Etat actuel de la question du traitement de l'appendicite. (*Nord méd.*, 1er avril.)

Verdi (W. F.). Surgical interference in lesions involving the motor area of the brain. (*Yale Med. Journ.*, mars.) — Intervention chirurgicale pour lésions intéressant la zone motrice du cerveau.

Wandel (O.) et **Höhne** (O.). Ueber die mechanische Sterilisierung der Gummihandschuhe und ihre Verwertung in der Praxis. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mars.) — Sur la stérilisation mécanique des gants en caoutchouc.

Wenzel (F.). Wie lässt sich die Rektumexstirpation zu einer aseptischen und unblutigen Operation gestalten? (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mars.) — Comment peut-on pratiquer l'extirpation du rectum d'une manière aseptique et sans hémorrhagie?

Witzel (O.). Indikation der operativen Eingriffe beim Rektumkarzinom. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mars.)

OPHTALMOLOGIE

Badal. Kystes pileux du sourcil. (*Clinique ophtalmol. de Bordeaux*, mars.)

Duane (A.). Some types of retinitis and chorioretinitis. (*Med. News*, 21 mars.)

Gourfein (D.). Du diagnostic de la tuberculose de l'iris par la ponction de la chambre antérieure et de son traitement. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Jackson (E.). Cortical hemianopsia and sector defects of the visual field. (*Med. News*, 28 fév.) — Hémianopsie corticale et lacunes du champ visuel.

Jervey (J. W.). The etiology and prevention of senile cataract. (*Med. Record*, 28 fév.)

Matheny (R. C.). Imbalance and insufficiency of the eye muscles. (*Med. Record*, 7 fév.) — Manque d'équilibre et insuffisance des muscles de l'œil.

Michel (von). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (32. Jahrgang, 1901). 2e partie. In-8°, p. 401 à 849. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1901.

Neuburger (S.). Kurzsichtigkeit durch Diabetes mellitus. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mars.) — Myopie par diabète sucré.

Oatman (E. L.). Metastatic carcinoma of the choroid, with report of a case and review of the literature. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Aspell (J.). Constipation as an etiological factor in eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Bakes (V.). Prispevek ku radikálni operaci rakoviny delozni dle Wertheima. (*Casopis lékaru ceskych*, 7 mars.) — Cure radicale du cancer de l'utérus d'après le procédé de Wertheim.

Bandler (S. W.). What is eclampsia? (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — Qu'est-ce que l'éclampsie?

Berthaut (J.). Tarnier et le forceps. In-8°, 77 p. Saint-Pons.

Burckhard (G.). Zur Narkosenfrage. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 avril.)

Calmann (A.). Zur Frage der schnellen geburtshilflichen Erweiterung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 mars.) — Sur la dilatation obstétricale rapide du col utérin.

Carstens (J. H.). Celiotomy during pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Cœliotomie pendant la grossesse.

Cykowski (S.). Przyczynek do nauki o włókniakach i włókniako-miesniakach pochwy. (*Gaz. lekarska*, 21 et 28 mars.) — Contribution à l'étude des fibromes et des fibromyomes du vagin.

Delanglade. Prolapsus de l'utérus; son traitement par la réfection du diaphragme musculaire pelvien. (*Marseille méd.*, 15 avril.)

De Lee (J. B.). Report of 3 cases of rupture of the uterus during labor; and a consideration of the treatment based on 10 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Eisenberg (J.). Zur konservativen Behandlung der chronischen Entzündungen der weiblichen Beckenorgane. (*Wien. med. Wochensch.*, 14 mars.) — Traitement conservateur des phlegmasies chroniques des organes pelviens chez la femme.

Engström (O.). Ueber Dystopie der Niere in klinisch-gynäkologischer Beziehung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — La dystopie rénale au point de vue gynécologique.

Goth (L.). Fruchtretention nach Zerreissung der schwangeren Gebärmutter. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 avril.) — Rétention du fœtus après rupture de l'utérus gravide.

Hausman (J.). Operativni léceni rakoviny dělozni. (*Casopis lékaru ceskych*, 31 janv., 7 et 14 fév.) — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

Lindenthal (O. Th.). Die doppelseitige Unterbindung der Aa. hypogastrica und ovarica bei inoperablem Uteruskarzinom. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 mars.) — La ligature bilatérale des artères hypogastrique et utéro-ovarienne dans le traitement du cancer inopérable de l'utérus.

Lorand (A.). Contribution à la pathologie et à la thérapeutique du « pruritus vulvae » diabétique. (*Policlinique*, 15 mars.)

Noble (Ch. P.). The significance of the temperature in the diagnosis of extra-uterine pregnancy during the period of collapse from hemorrhage. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 fév.)

Oedön (T.). The relation between uterine and gastric diseases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Oliver (J. H.). Rotura traumática de un quiste del ovario. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.)

Penzo (R.). Sulla cura della fistola vescico-vaginale. In-8°, 17 p. avec fig. Padoue.

Rubeska (V.). O rupturách delozních za porodu. (*Sbornik klinicky*, IV, 3.) — Les ruptures de l'utérus pendant le travail.

Thomass (W.). Ein Beitrag zur Ovariotomie in der Schwangerschaft. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mars.) — L'ovariotomie au cours de la grossesse.

Vineberg (H. N.). The scope of vaginal section. (*Med. News*, 28 mars.) — Les indications de la cœliotomie vaginale.

Wennerström (G.). Kolpohysterostomie bei Retroversio uteri gravidi cum incarceratione. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 mars.)

Will (O. B.). A plea for « bloodless » surgery in gynecology. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — Sur le traitement « non sanglant » en gynécologie.

Wischmann (C.). Et tilfælde af menstruatio præcox. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.)

PÉDIATRIE

Ausset (E.) et **Brassart**. Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance. (*Echo méd. du Nord*, 29 mars et 5 avril.)

Bandler (S. W.). Some observations on vulvovaginitis in children (with special reference to the gonorrhœal form); its treatment and possible sequelæ. (*Med. Record*, 14 mars.)

Bischoff (C. W.). Zur Frage des Argentumkatarrhs der Neugeborenen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 mars.) — Les phénomènes inflammatoires consécutifs à l'instillation du nitrate d'argent chez les nouveau nés.

Bureau (G.). L'eczéma infantile et son traitement. (*Gaz. méd. de Nantes*, 11 avril.)

Dueñas (J. L.). Fevers of doubtful nature in infancy; preliminary note. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mars.) — Fièvres de nature douteuse chez les enfants.

Fischl (R.). Ueber das Elastingewebe des Säuglingsdarmes. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 4.)

Hull (M.). A study of 55 fatal cases of pertussis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 fév.) — 55 cas mortels de coqueluche.

Lloyd (J. H.). A case of diabetes mellitus in a young child. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 mars.) — Diabète sucré chez un petit enfant.

Lövegren (E.). Paralysie douloureuse (Chassaignac). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.)

Pipping (W.). « Spätstörungen » nach der Tracheotomie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — « Troubles tardifs » à la suite de la trachéotomie.

Schick (B.). Zur Kenntnis der « Hypertrophia cerebri » als Krankheitsbild im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 4.)

Winters (J. E.). Feeding in early infancy; home modification of milk. (*Med. Record*, 7 mars.) — Alimentation des enfants en bas âge; modifications du lait à domicile.

Zuppinger (C.). Zur Kenntnis der nicht traumatischen Oesophagusperforationen im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 4.) — Contribution à l'étude des perforations non traumatiques de l'œsophage chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Baker (Ch. H.). The diseased middle turbinate. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mars.) — Le cornet moyen malade.

Botey (R.). Un caso de trepanación del laberinto. (*Arch. latinos de rinol., laringol., otol.*, janv.-fév.)

Brose (L. D.). The indications for opening the pars mastoidea. (*Med. Record*, 14 mars.) — Indications de l'ouverture de la portion mastoïde de l'os temporal.

Dench (E. B.). Ossiculectomy. (*Med. News*, 28 fév.)

Dunbar. Weiterer Beitrag zur Ursache und spezifischen Heilung des Heufiebers. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 fév.) — Nouvelle contribution à l'étiologie et au traitement spécifique de la fièvre de foin.

Felt (C. L.). Post-diphtheritic paralysis affecting the ear and throat. (*Med. News*, 14 fév.) — Paralysie post-diphtéritique intéressant l'oreille et la gorge.

Frankenberger (O.). Atresie obou chripi. (*Casopis lékaru ceskych*, 28 mars et 4 avril.) — Atrésie bilatérale des narines.

Goldstein (M. A.). Primary tuberculosis of the ear followed by mastoiditis. (*Med. News*, 14 mars.) — 4 cas de tuberculose primitive de l'oreille, suivie de mastoïdite.

Ingals (E. F.). Laryngectomy for carcinoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mars.)

Mayer (E.). The Asch operation for deviations of the cartilaginous nasal septum, with some conditions complicating its performance. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mars.)

Monnier (E.). Larynx-Diphtherie oder Larynx-Fremdkörper? (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — Diphtérie laryngée ou corps étranger du larynx?

Neves da Rocha. O ozena na primeira infancia. (*Brazil-medico*, 1er avril.)

Réthi (L.). Zur Radikaloperation hartnäckiger Kieferhöhlenempyeme von der Nase her. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 mars.) — Opération radicale, par la voie nasale, des empyèmes rebelles du sinus maxillaire.

Scripture (E. W.). Recent researches on the voice. (*Med. Record*, 28 fév.) — Recherches récentes sur la voix.

Wroblewski (W.). Powiklania, zdarzajace sie przy usuwaniu migdalków podniebiennych. (*Gaz. lekarska*, 14 et 21 fév.) — Complications au cours de l'ablation des amygdales.

HYGIÈNE

Kraus (A.) et **Schmidt** (H.). Kann in dem Zusatz von schwefligsaurem Natrium zu gehacktem Rindfleisch eine Fälschung erblickt werden? (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mars.) — Peut-on considérer l'addition de sulfite de soude à la viande hachée de bœuf comme une falsification?

Lemarié (M.). L'architecture moderne et l'hygiène. In-12, 59 p. Bibliothèque internation. d'édition.

Leprince (A.). L'inspection oculaire des écoliers. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er avril.)

Pellier. L'hygiène dans les chemins de fer. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Rubner (M.). Lehrbuch der Hygiene. 7e éd. Fasc. 7 à 12. In-8o, p. 481 à 983, avec fig. Vienne. — Traité d'hygiène.

Shaw (H. K.). Examination of milk by the general practitioner. (*Med. Record*, 4 avril.) — L'examen du lait par le praticien.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Beretta (A.). Contributo allo studio degli avvelenamenti per petrolio. (*Nuovo raccoglitore med.*, janv.-fév.) — Contribution à l'étude des empoisonnements par le pétrole.

Brouardel (G.). Les accidents du travail; guide du médecin (l'accident; procédure suivie dans un cas d'accident; expertises médicales; état antérieur des victimes; évaluation des indemnités). In-16, 96 p.

Haines (W. D.). Post-mortem examinations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 fév.)

Lacassagne (A.), **Martin** (E.) et **Nicloux** (M.). Etude de l'intoxication oxycarbonée. (*Arch. d'anthropol. crim.*, avril.)

Littlejohn (H.). Medico-legal post-mortem examinations. (*Lancet*, 28 mars.)

Perrando (G.). Le reazioni biologiche nei rapporti colla medicina legale. In-8o, 30 p. Catane.

Reckzeh (P.). Ueber Salmiakgeistvergiftung. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mars.) — Empoisonnement par l'ammoniaque liquide.

Reille (P.). L'œil et les accidents du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Rössle (R.). Locale Wirkungen der Chromsäure; ein Fall von acuter Chromsäurevergiftung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 6.) — Effets locaux de l'acide chromique; un cas d'intoxication aiguë par l'acide chromique.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bálint (R.). Weitere Beiträge zur diätetischen Behandlung der Epilepsie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 avril.)

Bang (I.). Jernpræparater fra fysiologisk og farmaceutisk-kemisk synspunkt. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.) — Les préparations ferrugineuses au point de vue physiologique et pharmaco-chimique.

Berger (H.). Gelatine als Hämostaticum und bei Behandlung der Aneurysmen. (*Wien. med. Wochensch.*, 14, 21 et 28 mars.)

De Dominicis (N.). Cura del diabete. (*Benessere*, déc. 1902 et janv.)

Ehrström (R.). Ueber den Nährwert der Caseïnklystiere, nebst Bemerkungen über den Phosphor-Stoffwechsel. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — La valeur nutritive des lavements de caséine; remarques sur les échanges phosphorés.

Emmerich (O.). Ueber die Anwendung des Extractum Fabae Calabaricae bei schweren atonischen Zuständen im peritonealen Complexe, im Verlaufe des chronischen Morphinismus, und die Indicationen dazu. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 11 avril.) — L'emploi de l'extrait de fèves de Calabar contre l'atonie intestinale grave au cours du morphinisme chronique, et ses indications.

Fischer (L.). Clinical results with anti-streptococcus serum in scarlet fever. (*Med. Record*, 7 mars.)

Fuller (E.). A new use for thyroid extract; a cure, or at least a complete control of hemophilia through its administration; its effect also on another form of hemorrhage. (*Med. News*, 28 fév.) — Effets de l'extrait thyroïdien dans l'hémophilie et dans une autre forme d'hémorrhagie.

Gordon (A.). Trunecek's serum and its value in disturbed cerebral functions caused by circulatory changes. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 mars.)

Henry (F. P.). Remarks on the treatment of pneumonia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 fév.)

Holsti (H.). Zur Kenntnis der Wirkung des Morphiums auf die Absonderung des Magensaftes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — Contribution à l'étude de l'action de la morphine sur la sécrétion du suc gastrique.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Coley (W. B.). The present status of the X-ray treatment of malignant tumors. (*Med. Record*, 21 mars.)

Finsen (N. R.). Mitteilungen aus Finsen's medicinske Lysinstitut in Kopenhagen. (Trad. du danois par V. Bie.) T. III. In-8o, 153 p. avec fig. Leipzig.

Fränkel (F.). Ueber die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die praktische Chirurgie. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mars.)

Leonard (Ch. L.). The Röntgen treatment of malignant disease. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 fév.)

Leredde et **Pautrier**. Photothérapie et photobiologie; rôle thérapeutique et rôle biologique de la lumière. In-8o, 273 p. avec fig.

Piffard (H. G.). Radio-praxis. (*Med. Record*, 7 mars.)

Schüler (Th.). Der augenblickliche Stand der Phototherapie. (*Monatssch. f. orthop. Chir. u. physik. Heilmethoden*, mars.) — L'état actuel de la photothérapie.

BACTÉRIOLOGIE

Berka (F.). Pyocyaneusbefund bei Meningitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 mars.)

Davidsohn (C.). Bakterienbefunde bei Leberabscessen. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 3.) — Les bactéries qu'on trouve dans les abcès du foie.

Fischer (A.). Vorlesungen über Bakterien. 2e éd. In-8o, 374 p. avec fig. Iéna. — Leçons sur les bactéries.

Hiss (Ph. H.) et **Russel** (F.). A study of a bacillus resembling the bacillus of Shiga, from a case of fatal diarrhea in a child; with remarks on the recognition of dysentery, typhoid and allied bacilli. (*Med. News*, 14 fév.)

Pappenheim (A.). Ueber Gonokokkenfärbung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er avril.) — Coloration des gonocoques.

Rosenau (M. J.). The growth of the tubercle bacillus and organisms resembling it on fruits and vegetables. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mars.) — Le développement sur les fruits et les végétaux du bacille de la tuberculose et des microorganismes qui lui ressemblent.

Spirig. Studien über den Diphtheriebacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLII, 3.)

Surmont (H.) et **Dehon** (M.). Durée de la vie du bacille d'Eberth dans la bière de Lille et action bactéricide de cette boisson sur ce microbe. (*Echo méd. du Nord*, 12 avril.)

23e ANNÉE. — N° 20. Vingt centimes le numéro. 20 MAI 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE. — La rétraction de l'anneau de Bandl comme cause de dystocie dans les présentations du siège, par M. le professeur R. de Bovis 157

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Du suicide dans la syphilis............. 160

Académie des sciences. — Action immunisante du sérum antitétanique sec, employé au pansement des plaies tétanigènes......... 161

Société de chirurgie. — Périthéliome carotidien 161
Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire 161
Luxation congénitale de la hanche traitée par l'ostéotomie sous-trochantérienne.... 161

Société médicale des hôpitaux. — Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans l'hémiplégie syphilitique................ 161
Traitement de la colique de plomb par les lavements électriques.................. 161
Cyphose hérédo-traumatique................ 161
Accidents syphilitiques en activité chez un tabétique et un paralytique général...... 161
Tatouage de la muqueuse buccale dans le saturnisme.............................. 161

Société de biologie. — Emploi du sérum antidiphtérique dans le traitement local de la diphtérie................................ 161
De l'élimination de l'albumine dans un cas d'albuminurie orthostatique.............. 162

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Le traitement chirurgical des tumeurs médullaires.............................. 162
Symbiose des aérobies et des anaérobies .. 162
Le microbe spécifique de la coqueluche.... 162
Tumeurs malignes chez des animaux à sang froid 162

Lettres d'Autriche. — Les piqûres d'abeilles comme moyen de diagnostic et de traitement du rhumatisme articulaire aigu..... 162
Puberté précoce et gigantisme............ 162
Hyperplasie aiguë de l'appareil lymphatique 162

Lettres d'Amérique. — La cure radicale de la hernie inguinale aux Etats-Unis......... 163

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Recherches cliniques et expérimentales sur la valeur des inhalations d'oxygène.................................. 164
De la combinaison de l'appendicite et de la cholélithiase 164
L'ictus laryngé comme manifestation de la coqueluche chez l'adulte................ 164
Curabilité de la méningite tuberculeuse.... 164

Publications anglaises. — Malaria in India.... 165
Syphilis pulmonaire simulant la tuberculose 165
Angiomes cutanés et leur signification pour le diagnostic des tumeurs malignes....... 165
Traitement chirurgical de la fièvre rhumatismale 165

Publications espagnoles. — La crèche de l'Asile des Enfants abandonnés et des Orphelins. 166
Kyste hydatique de la colonne vertébrale, comprimant la moelle.................... 166
Dystocie par kystes hydatiques pelviens... 166

Publications italiennes. — Paralysie pseudobulbaire par lésion cérébrale unilatérale chez un enfant de cinq ans.............. 166
Les échanges matériels dans la chlorose... 167
Un cas de tuberculose ulcéreuse du conduit auditif externe........................ 167

Publications scandinaves. — Pseudo-anémie angiospastique............................ 167
Gangrène et perforation du cæcum dans le cas de cancer de l'S iliaque............ 168
Opération césarienne avec compression de l'aorte................................ 168

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Le citrate de cuivre et son emploi en oculistique...... 168
Traitement de la dysenterie par le permanganate de potasse administré par la bouche et en lavements................ 168
Traitement de la variole par des applications d'un mélange d'acide phénique et d'alcool................................ 168

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide phénique en applications contre la variole .... 168^3
Albuminurie orthostatique et élimination de l'albumine .... 162^1
Anaérobies et leur symbiose avec les aérobies .... 162^2
Angiomes cutanés et leur signification pour le diagnostic des tumeurs malignes....... 165^3
Appendicite et cholélithiase.............. 164^2
Cancer de l'S iliaque et gangrène ou perforation du cæcum........................ 168^1
Chlorose et échanges matériels............ 167^2
Cholélithiase et appendicite.............. 164^2
Citrate de cuivre en oculistique.......... 168^2
Colique de plomb........................ 161^3
Coqueluche de l'adulte et ictus laryngé...... 164^2
— et son microbe spécifique...... 162^2
Crèche de l'Asile des Enfants abandonnés et des Orphelins de Montévidéo............ 166^1
Cyphose hérédo-traumatique............... 161^3
Diphtérie................................ 161^3
Dysenterie............................... 168^3
Fièvre rhumatismale....................... 165^3
Gangrène et perforation du cæcum par cancer de l'S iliaque...................... 168^1
— pulmonaire...................... 161^2
Gigantisme et puberté précoce............. 162^3
Hémiplégie syphilitique et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.............. 161^2
Hernie inguinale aux Etats-Unis........... 163^1
Hyperplasie aiguë de l'appareil lymphatique. 162^3
Ictus laryngé dans la coqueluche de l'adulte. 164^2
Inhalations d'oxygène et leur valeur thérapeutique.............................. 164^1
Kyste hydatique de la colonne vertébrale, comprimant la moelle.................... 166^2
Kystes hydatiques pelviens comme cause de dystocie............................. 166^3
Lavements électriques contre la colique de plomb................................ 161^3
Liquide céphalo-rachidien dans l'hémiplégie syphilitique.......................... 161^2
Luxation congénitale de la hanche.......... 161^2
Malaria dans les Indes.................... 165^1
Méningite tuberculeuse et sa curabilité...... 164^3
Muqueuse buccale et sa coloration dans le saturnisme............................ 161^3
Opération césarienne avec compression de l'aorte............................... 168^1
Ostéotomie sous-trochantérienne contre les luxations congénitales de la hanche...... 161^2
Paralysie pseudo-bulbaire par lésion cérébrale unilatérale chez un enfant.......... 166^3
Périthéliome carotidien................... 161^1
Permanganate de potasse contre la dysenterie................................ 168^3
Piqûres d'abeilles et rhumatisme articulaire aigu.................................. 162^3
Présentations du siège et rétraction de l'anneau de Bandl......................... 157^1
Pseudo-anémie angiospastique.............. 167^3
Puberté précoce et gigantisme.............. 162^3
Rétraction de l'anneau de Bandl dans les présentations du siège................... 157^1
Saturnisme et coloration de la muqueuse buccale................................ 161^3
Sérum antidiphtérique dans le traitement local de la diphtérie...................... 161^3
— antitétanique sec pour le pansement des plaies tétanigènes............... 161^1
Syphilis en activité chez un tabétique et un paralytique général.................. 161^3
— et suicide........................... 160^3
— pulmonaire simulant la tuberculose. 165^2
Traitement chirurgical de la fièvre rhumatismale .... 165^3
— — de la gangrène pulmonaire .... 161^2
— — des tumeurs médullaires........... 162^1
— de la colique de plomb......... 161^3
— de la dysenterie............... 168^3
— de la hernie inguinale aux Etats-Unis..................... 163^1
— de la luxation congénitale de la hanche.................... 161^2
— de la variole.................. 168^3
— du rhumatisme articulaire aigu.. 162^3
— local de la diphtérie........... 161^3
— prophylactique du tétanos........ 161^1
Tuberculose ulcéreuse du conduit auditif externe................................ 167^2
Tumeurs malignes chez des animaux à sang froid.......... 162^2
— — et angiomes cutanés... 165^3
— médullaires.................. 162^1
Variole.................................. 168^3

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Ugolino Mosso, professeur extraordinaire de matière médicale et de pharmacologie expérimentale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Paul Müller est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Bernhard Krönig, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. B. Schultze, démissionnaire.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Lothar von Criegern est nommé privatdocent de médecine.

TOLU LE BEUF
ÉMULSION CONCENTRÉE

Ce produit a sur les autres préparations de **Baume de Tolu** *l'avantage de contenir, sous une forme aisément absorbable,* **l'ensemble des principes actifs** *de ce médicament.* (Com. Thér. du Codex, du Professeur **GUBLER**, 2e édit., p. 314.)

Doses : Une ou deux cuillerées à café, deux ou trois fois par jour, dans de l'eau ou du lait chaud sucrés, un lait de poule ou une tisane appropriée. — Le flacon : **2** fr. **50.**

SE MÉFIER DES IMITATIONS

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau

SIROP CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'**Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).**

PARIS, 6, Rue Chanoinesse, *et toutes Pharmacies.*

Capsules Dartois

Contenant chacune 0gr.05 véritable créosote de hêtre redistillée et titrée, dissoute dans 0gr.20 d'huile de foie de morue. Préparation ordonnée par les meilleurs médecins comme la mieux tolérée et la plus active. — 2 ou 3 à chaque repas contre :

Bronchites et Catarrhes chroniques, Phtisie, Tuberculose.

Le flacon, **3** *fr.*, **rue de Rennes, 105, Paris,** et les Pharmacies

LYCETOL VICARIO

Le Lycétol effervescent Vicario, *vingt fois plus actif que les sels de Lithine,* possède une action spécifique certaine contre les diverses manifestations de la diathèse urique : **GRAVELLE, GOUTTE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES,** etc. Dose : de 4 à 8 mesures pr jour dans un verre d'eau. — **Pharmacie VICARIO, 17, Boulᵈ Haussmann, PARIS.**

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Preparé avec **macérés de viande crue**

Goût agréable dû aux éc. d'oranges amères

Grande ressource pour malades affaiblis et sans appétit

PHTISIE ANÉMIE.

4 à 8 cuillerees par jour selon les cas.

Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

EAU PURGATIVE NATURELLE DE VILLACABRAS

La plus active de toutes les eaux purgatives connues.

123 gr. Sulf. Soude p. litre. Purge à la dose d'un verre à bordeaux; n'est pas amère.

TAMAR INDIEN GRILLON
Contre
CONSTIPATION

Hémorroïdes, Bile, Manque d'Appétit, Embarras Gastrique et Intestinal.

PARIS. 33. Rue des Archives.

TRAITEMENT DU CANCER par LA DIACHUSINE

S'emploie : 1° VERNIS A LA DIACHUSINE ARSENICALE : *Cancroïdes cutanés.*

2° SOLUTION DE DIACHUSINE : En *injections intra-tumorales*, ou encore en *injections sous cutanées* dans les cas de *tumeurs inaccessibles.*

3° POUDRE DE DIACHUSINE : *Néoplasmes ulcérés.*

OVULES ET SUPPOSITOIRES A LA DIACHUSINE

Envoi franco d'échantillons au choix de l'une des préparations sur demande adressée à M. Ch. LENOIR, pharmacien, à NOMÉNY (Meurthe-et-Moselle).

DÉPOT : Pharmacie centrale de France, 7, rue de Jouy, Paris.

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF ANDOUARD

Exquise au goût

VIANDE DE BŒUF CHOISIE

Suralimentation des : Tuberculeux, Neurasthéniques, Anémiques, Convalescents, et tous estomacs malades.

1, quai Jean-Bart, **Nantes.** — Ph. centr. de France, **Paris.**

NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, TUBERCULOSE
RACHITISME, DIABÈTE, SURMENAGE, ETC.

LÉCITHOSINE ROBIN

LÉCITHINE NATURELLE CHIMIQUEMENT PURE

Extraite du Jaune d'Œuf

Contient environ 4 % de Phosphore entièrement assimilable

Se prépare sous deux formes différentes :

LÉCITHOSINE GRANULÉE ROBIN

d'une **ASSIMILATION** et d'un **GOUT TRÈS AGRÉABLE**

(Contient 0 gr. 05 de Lécithine naturelle chimiquement pure, par cuillerée à café.)

DOSES JOURNALIÈRES { **Enfants : 1 à 2 cuillerées à café. Adultes : 2 à 5 cuillerées à café.**

PILULES DE LÉCITHOSINE ROBIN

Ces Pilules, d'un très petit volume et d'une* DISSOLUTION PARFAITE DANS L'ESTOMAC *sont dosées à 0 gr. 05 de Lécithine naturelle chimiquement pure.

DOSES JOURNALIÈRES { **Enfants : 1 à 2 pilules. Adultes : 2 à 5 pilules.**

VENTE EN GROS : **ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS.**

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

23e ANNÉE. — N° 21. Vingt centimes le numéro. 27 MAI 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Travaux originaux. — Le développement chirurgical d'une double circulation complémentaire dans le traitement de quelques maladies hépato-spléniques, par M. le docteur B. Schiassi ... 169
Médecine pratique. — Un signe précoce de la fièvre typhoïde chez les enfants ... 172
Sociétés savantes : *Académie des sciences.* — Sur la physiologie comparée des deux reins ... 173
Société de chirurgie. — Embolie pulmonaire consécutive à l'appendicite ... 173
Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire ... 173
Blastomycose péritonéale d'origine appendiculaire ... 173
Société médicale des hôpitaux. — Paralysie traumatique du membre inférieur ... 173
Leucoplasie précancéreuse du col utérin ... 173
Caverne pulmonaire d'origine gangreneuse datant de quatorze ans ... 173
Société de biologie. — La diathèse d'auto-infection et les polycanaliculites microbiennes ... 173
Etranger : *Lettres d'Amérique.* — Sur les causes du shock chirurgical ... 174
Littérature médicale : *Publications françaises.* — Quelques faits d'abcès juxta-laryngés ... 174
Œdème dur traumatique ... 175
Zona ophtalmique chez l'enfant ... 175
Publications allemandes. — La spinalgie en tant que symptôme précoce de l'infection tuberculeuse ... 175
De l'influence du cancer de l'estomac sur le chimisme gastrique ... 175
Séquestre du nez; contribution à l'étude de l'innervation motrice du voile du palais ... 176
Fistules cervico-vaginales élastiques ... 176
Notes thérapeutiques. — L'emploi du chloroforme à titre de tænifuge ... 176
Les injections intra-utérines d'alcool dans le traitement de l'endométrite puerpérale ... 176
Névrite optique due à l'ingestion de corps thyroïde ... 176
Traitement de la paralysie diphtérique par des émissions sanguines suivies d'injections de sérum artificiel ... 176
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès juxta-laryngés ... 174^3
Alcool en injections intra-utérines contre l'endométrite puerpérale ... 176^3
Appendicite et embolie pulmonaire ... 173^1
Blastomycose péritonéale d'origine appendiculaire ... 173^2
Cancer de l'estomac et chimisme gastrique ... 175^3
Caverne pulmonaire d'origine gangreneuse datant de quatorze ans ... 173^3
Chloroforme comme tænifuge ... 176^2
Cholédochotomie pour calcul biliaire ... 173^3
Diathèse d'auto-infection et polycanaliculites microbiennes ... 173^3
Double circulation complémentaire dans les maladies hépato-spléniques ... 169^1
Embolie pulmonaire consécutive à l'appendicite ... 173^1
Emissions sanguines et injections de sérum artificiel contre la paralysie diphtérique ... 176^3
Endométrite puerpérale ... 176^3
Fièvre typhoïde infantile et son diagnostic ... 172^3
Fistules cervico-vaginales élastiques ... 176^2
Gangrène pulmonaire ... 173^2
Leucoplasie précancéreuse du col utérin ... 173^3
Maladies hépato-spléniques ... 169^1
Névrite optique par ingestion de corps thyroïde ... 176^3
Œdème dur traumatique ... 175^1
Paralysie diphtérique ... 176^3
— traumatique du membre inférieur ... 173^3
Physiologie comparée des deux reins ... 173^1
Polycanaliculites microbiennes et diathèse d'auto-infection ... 173^3
Shock chirurgical et ses causes ... 174^1
Spinalgie et tuberculose ... 175^2
Tænia ... 176^2
Thyroïdothérapie et névrite optique ... 176^3
Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire ... 173^2
— — des maladies hépato-spléniques ... 169^1
— contre le tænia ... 176^2
— de la paralysie diphtérique ... 176^3
— de l'endométrite puerpérale ... 176^3
Tuberculose et spinalgie ... 175^2
Voile du palais et son innervation motrice ... 176^1
Zona ophtalmique chez l'enfant ... 175^2

VARIA

Comme quoi il faut écrire hallex ou hallus et non hallux.

Voici un passage extrait d'un article de M. R. Dawbarn sur les ligatures des artères, publié dans le fascicule de janvier dernier des *Annals of Surgery* :

« Il y a une douzaine d'années, en enseignant l'anatomie, il me sembla que je n'avais jamais entendu parler durant mes études latines d'aucun substantif ressemblant au mot *hallux*. En faisant des recherches sur ce mot, je le rencontrai dans tous les ouvrages d'anatomie et dans les dictionnaires médicaux, évidemment copiés les uns sur les autres, car il n'existe pas dans le dictionnaire latin. Il y a pourtant un mot latin *hallex*, signifiant entre autres *pollex pedis* ou gros orteil. Dès lors, il est évident que c'est là le mot juste; par conséquent nous devrions dire *extensor proprius hallicis* (et non *hallucis*), et nous devrions parler de *hallex valgus* et non de *hallux valgus*. J'ai consulté M. H. T. Peck, professeur de latin à l'Université de Columbia, et j'ai de lui une lettre déclarant qu'il en est bien ainsi que je viens de le dire. »

Il y a dans ce passage, à côté d'un point vrai, une erreur de fait. S'il est exact que le latin comprend le mot *hallex* ou *allex*, lequel donne *hallicis* au génitif, il n'en est pas moins vrai que dans les dictionnaires latin-français, entre autres dans celui de Quicherat et Daveluy (édition Chatelain), on trouve aussi *hallus* ou *allus*, qui fait *halli* au génitif, tous deux (*hallex* ou *hallus*) signifiant gros orteil.

Si donc MM. Dawbarn et Peck ont raison d'avancer que *hallux* n'est pas latin, ils n'en ont pas moins tort de déclarer que *hallex* est le seul mot à employer, puisque *hallus* a une signification identique.

Il est vraisemblable qu'il y a eu à un moment donné confusion entre les mots *hallex* et *hallus*; les deux consonnes finales, *x* et *s*, ayant à peu près la même valeur phonétique, on a été amené à écrire ou à prononcer *hallux* au lieu de *hallus*, ce qui entraînait nécessairement un changement de déclinaison et donnait au barbarisme ainsi forgé la déclinaison même du mot *hallex*.

Par conséquent, on devrait écrire *hallex* ou *hallus valgus* et non *hallux valgus*; de même, on devrait désigner, dans la nomenclature latine, l'extenseur propre du gros orteil sous le nom d'*extensor hallicis* (ou *halli*) *proprius*, et non sous celui d'*extensor hallucis proprius*.

En poussant plus loin ces investigations linguistiques, on arrive à trouver que *hallus* a fait son apparition dans la langue à une époque de décadence, car il n'a pour référence qu'un grammairien du troisième siècle de notre ère, Sextus Pompeius Festus, tandis que *allex* était employé par Plaute deux siècles avant Jésus-Christ.

Une nouvelle Conférence sanitaire internationale en 1903.

Sur l'initiative de l'Italie, une nouvelle Conférence sanitaire internationale se réunira, à Paris, le 8 juin prochain. Voici le programme des travaux de cette assemblée :

1° Codification des quatre dernières Conventions sanitaires internationales (Venise, Dresde, Paris, Venise);

2° Nouvelles mesures prophylactiques à l'égard de la peste, basées sur les récentes acquisitions relatives à la propagation de cette maladie;

3° Organisation de la police sanitaire maritime dans la mer Rouge.

D'après les renseignements qui nous sont parvenus, il se pourrait que cette réunion fût reportée à une date ultérieure ou même ajournée au mois d'octobre prochain.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur P. T. Van der Hoeven (d'Amsterdam) est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. J. Veit.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Francesco Lastaria est nommé privat-docent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Francesco Valagussa est nommé privat-docent de pédiatrie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur D. Huizinga, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Groningue. — M. le docteur Fernando Poló y Grijalbo, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Saragosse. — M. le docteur A. Dubler, ancien professeur extraordinaire d'histologie pathologique et de bactériologie à la Faculté de médecine de Bâle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Audouin (M.). Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle.

Béliard (O.). Rôle biologique des sels.

Bernard (A.). Du pronostic immédiat et éloigné des méningites cérébro-spinales.

Boudinski (G.). De l'inégalité pupillaire chez les aortiques.

Caillaud (E.). Contribution à l'étude des torticolis convulsifs.

Chanu (L.). Sarcome de la langue.

Claude (G.). Contribution à l'étude du cancer primitif de l'appendice vermiforme.

Coulon (Ch.). De l'augmentation du poids dans les jours qui précèdent la mort du nourrisson.

Courtois (J.). Quelques symptômes observés dans les lésions du lobe occipital.

Cubertafon (H.). Des arthrites tuberculeuses à forme rhumatismale.

Devaux (L.). Lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins.

Dommartin (J.). Contribution à l'étude de l'hémophilie.

Ducros (A.). Traitement mercuriel au cours des myélites syphilitiques.

Dupeyrac (G.). Les métastases de l'eczéma.

Fazembat (A.). Responsabilité légale des médecins traitants.

Fournier (M.). De la thrombose cardiaque dans la diphtérie.

Galloit (E.). Etat actuel de l'électro-diagnostic.

Gaubert (L.). De la catalepsie chez les mystiques.

Godineau (J.-G.). De l'entéro-rectostomie.

Landry (A.). De la gravité du rhumatisme chez les enfants dans ses rapports avec les complications cardiaques; gravité des cardiopathies.

Levesque (G.). Contribution à l'étude des inoculations opératoires du cancer.

Lièvre (L.). Du décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité inférieure du tibia.

Louit (P.). L'assistance à la famille du tuberculeux en Allemagne.

Malécot (L.). De la dégénérescence amyloïde dans le rhumatisme chronique déformant.

Masseret (G.). De l'hystéropexie abdominale; technique, résultats.

Minelle (M.). L'alcool en thérapeutique infantile (maladies aiguës fébriles).

Morange (G.). De l'aérophagie chez les dyspeptiques.

Pascault (L.). Contribution à l'étude de la dermographie chez les alcooliques.

Peyssonneau (P.). Etude sur le traitement intensif de la syphilis (injections intra-musculaires de quelques sels solubles de mercure).

Sahut (J.). Abcès du sinus maxillaire.

Savignac (R.). L'ordonnance du tuberculeux.

Subsol (R.). Essai sur l'étude du liquide céphalorachidien dans l'épilepsie essentielle.

Zicas (B.). Contribution à l'étude des épithéliomes branchiaux.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Borissowa (A.). Beiträge zur Kenntnis der Banti'schen Krankheit und Splenomegalie. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 1.)

Dürck (H.). Atlas und Grundriss der pathologischen Histologie, nebst einem Anhange über pathologisch-histologische Technik. 3. Band: Allgemeine pathologische Histologie. In-8°, 410 p. avec fig. et planches. Munich. — Atlas et précis d'histologie pathologique.

Ebbinghaus (H.). Isolierte regionäre Achseldrüsentuberkulose bei Tumoren der weiblichen Mamma, nebst Bemerkungen über die Genese der Milchdrüsentuberkulose. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 3.) — Tuberculose locale isolée des ganglions axillaires en cas de tumeurs du sein; remarques sur l'origine de la tuberculose de la glande mammaire.

Homén (E. A.). Die Veränderungen im Rückenmark bei chronischem Alkoholismus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — Les altérations de la moelle épinière dans l'alcoolisme chronique.

Meyer (R.). Die subserösen Epithelknötchen an Tuben, Ligamentum latum, Hoden und Nebenhoden (sogenannte Keimepithel oder Nebennierenknötchen). (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 3.) — Nodules épithéliaux sous-séreux au niveau des trompes, du ligament large, du testicule et de l'épididyme (épithélium dit germinatif ou nodules surrénaux).

Sibelius (Ch.). Zur Kenntnis der Gehirnerkrankungen nach Kohlenoxydvergiftung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — Contribution à l'étude des lésions cérébrales consécutives à l'intoxication par l'oxyde de carbone.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Hamburger (F.) et **Moro** (E.). Ueber die biologisch nachweisbaren Veränderungen des menschlichen Blutes nach der Seruminjektion. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 avril.) — Sur les modifications biologiques du sang humain, consécutives aux injections de sérums.

Hemmeter (J. C.). Concerning the role of intracellular catalytic processes in the pathogenesis of malignant neoplasms. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Osborne (O. T.). The significance of variations in the internal secretions. (*Yale Med. Journ.*, avril.)

Vaughan (V. C.). The intracellular toxins of some of the pathogenic bacteria. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mars.)

Wright (A. E.). On the bacteriolytic power of the blood, and on its relation to the problems of antityphoid inoculation and the recent work of MacFadyen. (*Brit. Med. Journ.*, 4 avril.) — Le pouvoir bactériolytique du sang dans ses rapports avec la question des inoculations antityphoïdiques et les recherches récentes de MacFadyen.

MÉDECINE

Anders (J. M.). Jaundice, with reports of interesting illustrative cases, a contribution to the toxic forms of this condition. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Contribution à l'étude de l'ictère par toxémie.

Cloetta (M.). Ueber Albuminurie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.)

D'Amato (L.). Contributo alla patogenesi della tetania gastrica. (*Riforma med.*, 4 fév.)

Einhorn (M.). Remarks on achylia gastrica and pernicious anæmia. (*Med. Record*, 28 fév.)

Ferrannini (L.). Die Kryoskopie des Urins und Ascites bei Erkrankungen der Leber. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 14 mars.) — La cryoscopie de l'urine et de la sérosité ascitique dans les maladies du foie.

Geelmuyden (H. Ch.). Om eggehvideomsætningen hos mennesket under forskjellige forhold. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.) — Sur les transformations de l'albumine chez l'homme en diverses circonstances.

Grim (D. S.). Cryoscopy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 mars.)

Hall (J. N.). Late systolic mitral murmurs. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Joneway (Th. C.) et **Oertel** (H.). Bemerkungen zur Pathologie der Zuckerharnruhr. (*Virchow's Arch.*, CLXXI, 3.) — Remarques sur la pathologie du diabète.

Knapp (M. I.). Additional notes on organacidia gastrica. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 mars.)

Labbé (M.). Les ochrodermies. (*Gaz. méd. de Nantes*, 11 avril.)

Meinel (A.). Ueber das Vorkommen und die Bildung von Urobilin im menschlichen Magen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 28 mars.) — Présence et formation d'urobiline dans l'estomac humain.

Meyer (G.), **Bergmann** (E. von), **Gerhardt** (G.), **Liebreich** (O.) et **Martin** (A.). Die erste ärztliche Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen. In-8°, 438 p. avec fig. Berlin. — Les premiers secours médicaux en cas de maladies subites et d'accidents.

Morrissey (J.). Essential and paroxysmal tachycardia. (*Med. Record*, 7 fév.)

Mosny (E.). Manifestations cardio-vasculaires de l'hérédo-dystrophie para-tuberculeuse. (*Rev. de méd.*, avril.)

Nicholls (A. G.). Some rare forms of chronic peritonitis associated with productive fibrosis and hyaline degeneration. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mars.)

Pieraccini (G.). Valore diagnostico della febbre nella gastrorragia da ulcera rotonda. (*Clinica moderna*, 8 avril.)

Rapin (E.). De l'endocardite maligne à marche lente et à embolies capillaires multiples. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Reichmann. Kilka słów o rozpoznawaniu i o leczeniu spraw zakazno-zapalnych pecherzyka i przewodów zólciowych (cholecystitis et cholangitis infectiosa). (*Gaz. lekarska*, 28 mars.) — Quelques mots sur le diagnostic et le traitement de la cholécystite et de l'angiocholite infectieuses.

Rosenbach (O.). Ueber regionäre Anämie respective Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe. (*Berlin. Klinik*, avril.) — Anémie et hypothermie régionnaires de la peau comme expression des troubles fonctionnels des organes internes.

Schauman (O.). Ueber die Häufigkeit und klinische Bedeutung der Pupillendifferenz, nebst einigen speciellen Bemerkungen über die sogenannte «springende Mydriasis». (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — Fréquence et signification clinique de l'inégalité pupillaire, avec quelques remarques particulières sur la «mydriase à bascule».

Schwarz (E.). Die inneren Krankheiten in kurzer Darstellung. 1re partie. In-8°, 320 p. Vienne. — Manuel de pathologie interne.

Sievers (R.). Zur Kenntnis der idiopathischen Oesophaguserweiterung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — Contribution à l'étude de la dilatation idiopathique de l'œsophage.

Singer (G.). Die spastische Obstipation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 avril.)

Stern (H.). The glycosuric symptom of disease and its medicinal treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mars.)

Swift (G. M.). Remarks upon adherent pericardium. (*Med. News*, 28 fév.)

Thue (K.). Blödninger ved ulcus ventriculi et duodeni; perforation af et ulcus til hjertet. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Hémorrhagies provenant d'ulcères de l'estomac et du duodénum; perforation du cœur par une ulcération.

MALADIES INFECTIEUSES

Aderhold (T. M.). The respiratory quotient as influenced by tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mars.)

Adler (E.). Zur Frühdiagnose des Typhus abdominalis durch die Milzpunction, nebst einem Anhange über die Gruber-Widal'sche Blutserumreaction. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 6.) — Diagnostic précoce de la fièvre typhoïde par la ponction de la rate; la séroréaction de Gruber-Widal.

Cook (G. W.). The treatment of typhoid fever. (*Med. News*, 28 fév.)

Ekholm (K.). Zur Scharlachübertragung durch Milch. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — Transmission de la scarlatine par le lait.

Guarnieri (G.). Ricerche sulla etiologia e sulla patogenesi della rabbia; nota preventiva. (*Clinica moderna*, 8 avril.)

Hektoen (L.). Bacteriologic examination of the blood during life in scarlet fever with special reference to streptococcemia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mars.) — L'examen bactériologique du sang pendant la vie dans la scarlatine, surtout au point de vue de la streptococcémie.

Jacobson (N.). Hemorrhagic appendicitis as the first manifestation of purpura hæmorrhagica. (*Med. Record*, 7 fév.) — L'appendicite hémorrhagique comme première manifestation du purpura hémorrhagique.

Le Goïc (V.). Deux cas de fièvre typhoïde à localisations anormales (colotyphus). (*Rev. de méd.*, avril.)

McCarthy (D. J.) et **Ravenel** (M. P.). The clinical manifestations of hydrophobia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mars.)

Smith (E.). Laboratory aids in the diagnosis of typhoid fever. (*Med. News*, 14 fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bonnier (P.). L'astasie-abasie labyrinthique. (*Rev. neurol.*, 15 avril.)

Brissaud (E.) et **Bauer** (A.). Ueber die spinale Metamerie in Bezug auf die Lokalisationen der Amyotrophien. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 7 mars.)

Bucelski (S.). Cierpienia ukladu mózgo-rdzeniowego, poprzedzajace bezwlad postepujacy lub z nim wspólistniejace; zaduma, padaczka Jackson'a i bezwlad postepujacy. (*Gaz. lekarska*, 7, 14, 21 et 28 fév., 7, 14, 21 et 28 mars.) — Affections cérébro-spinales précédant la paralysie progressive ou évoluant concurremment avec elle; la mélancolie, l'épilepsie jacksonienne et la paralysie progressive.

Bychowski (Z.). Zur Kasuistik der Stauungsblutungen während eines epileptischen Anfalls. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 4 avril.) — Hémorrhagies par congestion au cours d'un accès d'épilepsie.

Chalupecky (J.). Barevné slyseni. (*Casopis lékaru ceskych*, 31 janv. et 7 fév.) — L'audition colorée.

Clark (L. P.) et **Prout** (Th. P.). The problem of epilepsy; some suggestions for its solution. (*Med. Record*, 14 fév.)

Domanski (S.). Choroby mozgu. In-16, 83 p. Cracovie. — Les maladies du cerveau.

Féré (Ch.). Le fou rire prodromique. (*Rev. neurol.*, 15 avril.)

Grasset. L'hypnotisme et la suggestion. In-18, 542 p. avec fig.

Hagelstam (J.). Ueber die Bedeutung der Difformitäten der Wirbelsäule und des Brustkorbes bei der Diagnose der Syringomyelie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — La signification des déformations du rachis et de la cage thoracique pour le diagnostic de la syringomyélie.

Haskovec (L.). Dalsi poznámky o akathisii. (*Casopis lékaru ceskych*, 14 mars.) — Nouvelle contribution à l'étude de l'akathisie.

Hoppe (H.). The diagnosis of brain abscesses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mars.) — Diagnostic des abcès du cerveau.

Huber (J. B.). Psychopathic epidemics. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 et 28 mars.)

León (J. de). Polineuritis. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.)

Mettler (L. H.). Imperative conceptions, a study in differential diagnosis. (*Med. Record*, 4 avril.)

Pansini (S.). Sulle ippuropatie (lesioni della cauda equina) e sull'innervazione radicolare. (*Riforma med.*, 7, 14, 21 et 28 janv. et 4 fév.)

Peter (L. C.). Post-diphtheritic paralysis affecting the general nervous system. (*Med. News*, 14 fév.)

Raymond (F.) et **Janet** (P.). Les obsessions et la psychasthénie. T. II : états neurasthéniques, aboulies, sentiments d'incomplétude, agitations et angoisses diffuses, algies, phobies, délires du contact, tics, manies mentales, folies du doute, idées obsédantes, impulsions; leur pathogénie et leur traitement. In-8°, XXIV-543 p. avec fig.

Sivén (V. O.). Zur Kenntnis der sogenannten chronisch ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — Contribution à l'étude de l'inflammation ankylosante chronique de la colonne vertébrale.

Soukhanoff (S.) et **Gannouchkine** (P.). Etude sur la folie circulaire et sur les formes circulaires des psychoses. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

Wiesner (A.). Pathologie smichu. (*Casopis lékaru ceskych*, 7, 14, 21 et 28 fév. et 7 mars.) — Pathologie du rire.

Zenczykowski (W.). Przyczynek do zaburzen mowy w porazeniu dzieciecem pochodzenia mózgowego. (*Kronika lekarska*, 15 fév.) — Etude des troubles de la parole d'origine cérébrale dans la paralysie infantile.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Déri (J. H.). Neurofibrom und Elephantiasis. (*Pest. med.-chir. Presse*, 5, 12 et 19 avril.)

Masenti (P.). Le iniezioni iodo-iodurate in alcune affezioni cutanee. (*Policlinico*, 25 avril.)

Matzenauer (R.). Die Vererbung der Syphilis. In-8°, 216 p. Vienne. — Transmission héréditaire de la syphilis.

Mendes da Costa (S.) et **Hammacher** (J. M.). De resultaten der behandeling van lupus vulgaris met het toestel van « Lortet en Genoud ». (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 mai.)

Profeta (G.). Polemica tardiva sul figlio sano di madre sifilitica. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 2.)

Thimm (P.). Ein eigenartiges hämorrhagisches Syphilid der Haut. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 avril.) — Syphilide hémorrhagique singulière de la peau.

Wälsch (L.). Ueber chronische gonorrhoische Prostatitis. (*Prag. med. Wochensch.*, 9 et 16 avril.)

CHIRURGIE

Adrian (C.). Ueber die von Schleimbeuteln ausgehenden Neubildungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 2.) — Des néoplasmes ayant les synoviales pour point de départ.

Baron (J.). Fremdkörper im Stirnbein. (*Pest. med.-chir. Presse*, 26 avril.) — Corps étranger de l'os frontal.

Berka (F.). Zur Kasuistik der intraabdominellen Fettgewebsnekrose. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 et 11 avril.) — Nécrose du tissu adipeux intra-abdominal.

Da Costa (J. Ch.). Carcinomatous changes in an area of chronic ulceration, or Marjolin's ulcer. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Dobrzyniecki (A. von). Ein Beitrag zur Behandlung der Zahnkaries. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 avril.) — Contribution au traitement de la carie dentaire.

Dubar (L.). Tumeur mixte de la glande sous-maxillaire gauche. (*Echo méd. du Nord*, 26 avril.)

Elting (A. W.). Primary carcinoma of the vermiform appendix. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Frank (K.). Ein Beitrag zur periherniösen Phlegmone. (*Wien. med. Presse*, 12, 19 et 26 avril.)

Gebele (H.). Ueber Mycosis fungoides. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 2.)

Halberstädter (L.). Die Folgen der Unterbindung der Vena femoralis unterhalb des Ligamentum Poupartii. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 2.) — Les conséquences de la ligature de la veine fémorale au-dessous du ligament de Poupart.

Hall (J. N.). A case of dislocation of the hip in acute rheumatism. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Un cas de luxation de la hanche au cours du rhumatisme aigu.

Jacobson (N.). The discrepancy between clinical manifestations and pathological findings in appendicitis. (*Med. News*, 28 fév.) — La discordance entre les manifestations cliniques et les constatations anatomo-pathologiques dans l'appendicite.

Kaloyéropulos (J.). Ueber Oesophagoskopie und Oesophagotomie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 2.) — Œsophagoscopie et œsophagotomie pour corps étrangers.

Kayser. Ueber einen in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht bemerkenswerten Fall eines Dickdarmcarcinoms mit Ovarialmetastasen und ausgedehnter carcinomatöser Erkrankung der Haut (cancer en cuirasse). (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 3.) — Sur un cas remarquable, au point de vue anatomo-pathologique et clinique, de cancer du gros intestin avec métastases ovariennes et carcinomatose étendue de la peau.

Lilienfeld (S.). Ein Fall von cavernösem Angiom der Finger, durch Alkoholinjektionen geheilt. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 2.) — Un cas d'angiome caverneux des doigts, guéri par des injections d'alcool.

Menge. Zur Radikaloperation der Nabelbrüche und der epigastrischen und subumbilikalen Hernien der Linea alba. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 mars.) — Cure radicale des hernies ombilicales et des hernies épigastriques ou sous-ombilicales de la ligne blanche.

Niedzielski (K.). Przypadek pekniecia podstawy czaszki zakonczony wyzdrowieniem. (*Kronika lekarska*, 15 mars.) — Un cas de fracture de la base du crâne, terminé par la guérison.

Olmsted (I.). The operative treatment of goiter. (*Philadelphia Med. Journ.*, 21 mars.)

Quénu (E.) et **Rénon** (G.). De l'état fonctionnel du membre supérieur après la résection totale de l'omoplate pour néoplasmes. (*Rev. de chir.*, avril.)

Roberts (G. W.). Sigmoidoproctectomy for cancer of the rectum. (*Med. Record*, 21 mars.)

Schloffer (H.). Zur operativen Behandlung des Dickdarmcarcinoms; dreizeitige Radikaloperation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 1 et 2.) — Traitement opératoire du cancer du gros intestin; opération en trois temps.

Schmitt (A. E.). A contribution to the anatomy and surgery of the temporal bone. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Contribution à l'anatomie et à la chirurgie de l'os temporal.

Secrétan (H.). Œdème dur traumatique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Sonnenburg (E.) et **Mühsam** (R.). Compendium der Operations- und Verbandstechnik. 1. Teil : Allgemeine Operationstechnik, Verbandstechnik. In-8°, 171 p. avec fig. Berlin. — Compendium de médecine opératoire et de pansements.

Stamm (M.). Carcinoma of the large intestines, with special reference to von Mikulicz's method of resection. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Turck (R. C.). Modification of the Connell suture. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mars.)

Vallette (P.) et **Combes** (J.). Implantation d'un fort couteau dans les os de la face. (*Marseille méd.*, 1er avril.)

Zabludowski (J.). Zur Therapie der Erkrankungen der Hoden und deren Adnexe. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VII, 1.) — Traitement des affections du testicule et de ses annexes.

Zahradnicky (F.). O dnesnim stavu otázky chirurgického léceni appendicitidy v záchvatu. (*Casopis lékaru ceskych*, 21 et 28 fév. et 7 mars.) — L'état actuel du traitement chirurgical de l'appendicite pendant l'accès.

Zilliacus (W.). Scirrhus mammae und Adenocarcinoma nasi bei derselben Kranken. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — Squirrhe du sein et adénocarcinome du nez chez la même malade.

Zinkeisen (H.). Zwei Fälle von chronischer lymphatischer Leukämie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXV, 6.)

UROLOGIE

Berg (A.). Urethroplasty; remarks on the repair of defects of the male urethra. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Bevan (A. D.). The surgical treatment of anuria. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Bialobrzeski (A.). O zastosowaniu blekitu metylenowego w cierpieniach dróg moczowych. (*Gaz. lekarska*, 14 mars.) — Emploi du bleu de méthylène dans les maladies des voies urinaires.

Broter (L.). What is irritable bladder, and what is the best method of treating it? (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 fév.) — Qu'est-ce que la vessie irritable et quel est le meilleur procédé de traitement de cette affection ?

Cimino (T.). Anuria calcolosa e suo trattamento mediante il cateterismo ureterale a permanenza. (*Policlinico*, 22 avril.)

Eshner (A.). Unilateral renal hæmaturia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Kapsammer (G.). Ueber Spontanfraktur der Blasensteine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 avril.) — Brisement spontané des calculs vésicaux.

Kiss (J.). Urologie. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3 mai.)

Nagano (J.). Experimentelle Beiträge zur Chirurgie der Harnblase. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 2.) — Contribution expérimentale à la chirurgie de la vessie.

Percy (J. F.). Primary carcinoma of the urethra in the female; report of a case, together with a critical review of the literature regarding this rare form of cancer. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Sinclair (D. A.). Acute urethritis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 fév.)

OPHTALMOLOGIE

Arcadipane (A.). Influenza della pupilla dell'osservato e dell'osservatore nei fenomeni della schiascopia. (*Ann. di med. navale*, janv.-fév.)

Bichelonne. Considérations sur la simulation du rétrécissement concentrique du champ visuel. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Cabannes. Sur un cas de zona ophtalmique avec névrite optique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 avril.)

Chevallereau (A.) et **Chaillous** (J.). Sur la rétraction spasmodique des paupières supérieures. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Holmes (Ch. R.). Glioma retinæ. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mars.)

Melzer (J.). Ueber einen Heilungsversuch in einem Falle von Enophthalmus congenitus. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 mars.) — Essai de cure d'une enophtalmie congénitale.

Oatman (E. L.). Plastic artificial vitreous in Mules' operation; report of cases in which paraffin has been used. (*Med. Record*, 7 mars.)

Oeller (J.). Atlas seltener ophthalmoskopischer Befunde, zugleich Ergänzungstafeln zu dem Atlas der Ophthalmoskopie. 2e partie. 5 planches en couleurs, avec texte en allemand et en anglais. Wiesbaden. — Atlas des constatations ophtalmoscopiques rares.

Puccioni (G.). Modificazione al processo di Fricke ed innesti dermici con sutura nell'ectropion cicatriziale. (*Policlinico*, partie chir., X, 2.)

Rollet (M.). L'œil hystérique. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 avril.)

Schweinitz (G. E. de). Occlusion of the superior temporal artery of the retina in a young anemic girl. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 mars.)

Schwenk (P. K.). Post-diphtheritic ocular paralysis. (*Med. News*, 14 fév.)

Sempé et **Villard**. Sarcome primitif de la cornée. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Sidler-Huguenin. Beitrag zur Kenntnis der Geburtsverletzungen des Auges. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mars et 1er avril.) — Contribution à l'étude des lésions obstétricales de l'œil.

Straub (M.). De ontsteking van het glasachtig lichaam (hyalitis). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Beck (G.). Verzögerung der Geburt des zweiten Zwillings. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 avril.) — Expulsion retardée du second fœtus en cas de grossesse gémellaire.

Bossi. Einfluss der Menstruation, der Schwangerschaft, der Geburt und des Puerperalstadiums auf die Muskelkraft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 3.) — Influence de la menstruation, de la grossesse, du travail et de l'état puerpéral sur la force musculaire.

Bué (V.). Observations de grossesse extra-utérine, suivies de quelques considérations sur le diagnostic. (*Nord méd.*, 15 avril.)

De Lee (J. B.). Utero-vaginal tamponade : its obstetric uses. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Fleischmann (C.). Ueber eine seltene, vom Typus abweichende Form des Chorionepithelioms mit ungewöhnlichem Verlaufe. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Sur une forme rare et atypique de chorion épithéliomateux à évolution insolite.

Frank. Beitrag zur operativen Behandlung der Myome in der Gravidität. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.)

Frankl (O.). Ein Fall von Cumulierung verschiedenartiger Genitaltumoren. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Un cas de coexistence de diverses sortes de tumeurs génitales.

Goth (L.). Tetanie nach einer Perineoplastik. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 avril.)

Helme (T. A.). Eclampsia of pregnancy, with notes on the use of Bossi's dilator. (*Brit. Med. Journ.*, 11 avril.)

Herz (E.). Die Embryotomie; Vorschläge zur Verbesserung der Technik. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 et 25 avril.) — Contribution au perfectionnement de la technique de l'embryotomie.

Nebesky (O.). Zur Kasuistik der vom Ligamentum rotundum uteri ausgehenden Neubildungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Des néoplasmes ayant pour point de départ le ligament rond.

Ostrcil (A.). Ein Fall von Fistula cervico-vaginalis, bei welchem der Entstehungsmodus direkt beobachtet wurde. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 avril.) — Un cas de fistule cervico-vaginale, dans lequel le mode de formation de la fistule a pu être observé directement.

Palmer (Ch. D.). The treatment of placenta previa. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Partridge (H. G.). Puerperal eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Prüsmann (F.). Zur Tuberculose der Eierstocksgeschwülste. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 3.) — Tuberculose des tumeurs de l'ovaire.

Rieck (A.). Eine neue Methode der Prolapsoperation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 mars.)

Savelli (P.). A propos du diagnostic de l'infection puerpérale avec la dothiénentérie et le paludisme. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Spurgin (P. B.). Puerperal hyperpyrexia of malarial origin. (*Brit. Med. Journ.*, 11 avril.)

Strauss (M.). Zur Kasuistik und Statistik der Lithopädions. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 3.)

Streckeisen (E.). Ueber 2 Fälle von Sectio caesarea wegen Eklampsie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 3.)

Taylor (J. W.). On recurrent abortion, with special reference to that form due to deficient vitality of the mother, or both parents, and often associated with some history of tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 11 avril.) — De l'avortement habituel, en particulier de celui qui est dû à la faiblesse de la mère ou des deux parents et qui est souvent associée à la tuberculose.

Vineberg (H. N.). Clinical notes on a series of nine consecutive cases of ectopic gestation. (*Med. Record*, 14 mars.) — 9 cas de grossesse extra-utérine.

Voigt (J.). Zur Bildung der Capsularis bei der Tubarschwangerschaft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 3.) — Sur la formation de la membrane capsulaire dans la grossesse tubaire.

PÉDIATRIE

Edsall (D. L.). A preliminary communication concerning the nature and treatment of recurrent vomiting in children. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Ely (T. C.). Cyclic vomiting in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mars.)

Kennedy (R.) Suture of the brachial plexus in birth paralysis of the upper extremity. (*Brit. Med. Journ.*, 7 fév.) — Suture du plexus brachial dans les paralysies obstétricales de l'extrémité supérieure.

Lautenbach (L. J.). The recognition and prompt removal of post-nasal adenoids in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mars.) — Le diagnostic et l'extirpation précoce des végétations adénoïdes rétro-nasales chez les enfants.

Nicholson (B. H.). The radical cure of inguinal hernia in early infancy. (*Brit. Med. Journ.*, 11 avril.) — La cure radicale des hernies inguinales chez les enfants en bas âge.

Spolverini (L. M.). Nel crup difterico è meglio intubare o tracheotomizzare? (*Policlinico*, 25 avril.)

TÉRATOLOGIE

Kamann (K.). 2 Fälle von Thoracopagus tetrabrachius. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 3.)

Martirené (J.). Ausencia congénita de los músculos pectorales. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.)

Simon (W.). Hermaphroditismus verus. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 1.)

Westerman (C. J.). Over miskend pseudohermaphroditismus. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 mai.) — Pseudo-hermaphrodisme méconnu.

HYGIÈNE

Castellano (D.). Contribuzione alla propaganda contro l'alcoolismo. In-8o, 9 p. Sacile.

Gautrelet. Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité du département de la Côte-d'Or accomplis pendant les années 1901-1902. In-8o, 156 p. Dijon.

Paul (A.). Vaccination problem in 1903 and impracticability of compulsion. In-8o, 138 p. Londres. — Le problème de la vaccination en 1903 et l'impraticabilité de la contrainte.

Weisz (A.). Die Verheerungen der Tuberculose in einzelnen Gewerben. (*Pest. med.-chir. Presse*, 19 avril.) — Les ravages de la tuberculose dans certaines professions.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bernstein (M.). On the bilberry (Vaccinium myrtillus) as a remedy in typhoid fever and other infectious diseases of the intestine. (*Brit. Med. Journ.*, 7 fév.)

Bettencourt-Rodrigues. Tratamento da febre amarella pelas injecções de sôro antiophidico. In-8o, 19 p. S. Paulo.

Croftan (A. C.). The administration of calcium salts in nephrolithiasis due to uric acid calculi. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mars.)

Fuchs (G.). Zur Theorie der Wismuthwirkung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 avril.) — Du mode d'action du bismuth [dans l'ulcère de l'estomac].

Gerlach (W.). Tod nach einer Antidiphtherieseruminjektion. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — Mort à la suite d'une injection de sérum antidiphtérique.

Hofmann (J.). Ueber die Anwendung des Kampfers bei Morphiumentziehung. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — Emploi du camphre dans la démorphinisation.

Karlinski (J.). Zur Therapie des Rückfallfiebers. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 avril.) — Traitement de la fièvre récurrente.

Krafft (Ch.). L'appendicite et l'opium. (*Rev. de chir.*, avril.)

Leone (G.). Tetano e metodo Baccelli. (*Policlinico*, 28 fév.)

Livingston (A. T.). Some new and unusual therapeutic applications of ergot. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mars.)

Lofton (L.). Hot decinormal salt solution injections in the treatment of hemorrhoids. (*Med. Record*, 14 mars.) — Injections d'eau salée chaude dans le traitement des hémorrhoïdes.

Mays (Th. J.). Collective investigation concerning the value of silver-nitrate injections in the treatment of pulmonary consumption. (*Philadelphia Med. Journ.*, 14 mars.) — La valeur des injections de nitrate d'argent dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

Mendel (F.). Zur endovenösen Applikation der Medikamente. (*Therap. Monatsh.*, avril.)

Meyer (F.). Ueber Aronson's Antistreptokokkenserum. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VII, 1.)

Pel (P. K.). Die Ernährung unserer Nierenkranken. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VII, 1.) — L'alimentation des sujets atteints d'affections rénales.

Pettey (G. E.). Hyoscine in the treatment of morphinism; its office and value. (*Med. News*, 28 fév.)

Philhower (G. B.). Specific treatment of diphtheria. (*Med. Record*, 28 mars.)

Pospischill (D.). Moser's Scharlach-Streptokokkenserum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 avril.)

Schopf (J.). Ueber Natrium sozojodolum. (*Pest. med.-chir. Presse*, 29 mars.)

Tavel. Indications et contre-indications de la solution salée-sodique. (*Rev. de chir.*, avril.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Billinkin. L'effluve des courants de haute fréquence dans le traitement des maladies externes de l'œil. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

Guimbail (H.). Nouveau traitement de la névralgie du trijumeau par l'effluvation de haute fréquence. (*Thérapeut. par les agents physiques et naturels*, 1er mai.)

Leyden (E. von) et **Grunmach** (E.). Die Röntgenstrahlen im Dienste der Rückenmarkskrankheiten. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 1.) — Les rayons de Röntgen dans leurs applications aux affections de la moelle épinière.

Martre (J.) et **Florence** (J.). De l'influence de l'électricité statique sous forme de bain négatif sur la sécrétion urinaire. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

23e ANNÉE. — N° 22. Vingt centimes le numéro. 3 JUIN 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

RISQUES TARÉS ET ASSURANCE SUR LA VIE D'APRÈS LES TRAVAUX DU CONGRÈS DE PARIS, par M. le docteur F. Farnarier.......... 177
BULLETIN. — Le nombre des étudiants en médecine français et étrangers inscrits en 1903 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France.......... 179
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Blessure par arme à feu de la région rolandique gauche.......... 179
Paralysies traumatiques des muscles de l'œil.......... 179
Société de chirurgie. — Ablation esthétique des adénomes mammaires par l'incision axillaire.......... 179
Traitement de la gangrène pulmonaire.... 180
Société médicale des hôpitaux. — Inconvénients des injections préventives de sérum antidiphtérique dans la rougeole.......... 180
Des splénomégalies méta-ictériques....... 180
Maladie de Paget et syphilis.......... 180
Cirrhose hépatique tuberculeuse expérimentale.......... 181
Présence du bacille diphtérique dans certains cas d'angine de Vincent.......... 181
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur la gastrosucorrhée.......... 181
Dermatite ulcéreuse provoquée par le bromoforme.......... 181
Exostoses multiples et chondrosarcome.... 181
Tuberculose d'inoculation chez l'homme... 181
Société de médecine interne de Berlin. — Le traitement chirurgical des abcès pulmonaires 181
Académie de médecine de Belgique. — Résections crâniennes pour complications cérébrales de l'otorrhée chronique.......... 181
Influence de l'innervation sur la transsudation vasculaire.......... 181
Absence congénitale de tout le gros intestin chez un chien.......... 182
Lettres d'Autriche. — La formation des caractères sexuels.......... 182
Néphrotomie pour hématurie rénale....... 182
De l'origine des diverticules de la vessie et de leurs calculs.......... 182
De l'entéroptose.......... 182
Lettres d'Amérique. — Traitement du shock chirurgical aux Etats-Unis.......... 182
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Contribution à l'étude de la spécificité des divers albuminoïdes du lait.......... 183
Grossesse abdominale primitive sur une frange épiploïque.......... 183
Epidémie évoluant sous la forme de la fièvre typhoïde et provoquée par un agent pathogène particulier.......... 184
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les applications de formol comme moyen de traitement des cancers inopérables.......... 184
Le nitrate d'argent comme moyen de traitement de l'impétigo.......... 184
Traitement de la variole par des badigeonnages de gaïacol.......... 184
Les applications de teinture d'iode dans le traitement du chancre mou.......... 184
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès pulmonaires.......... 181^{2}
Absence congénitale de tout le gros intestin chez un chien.......... 182^{1}
Adénomes mammaires et leur ablation esthétique par l'incision axillaire.......... 179^{3}
Albuminoïdes du lait et leur spécificité.......... 183^{3}
Angine de Vincent et présence du bacille diphtérique.......... 181^{1}
Assurance sur la vie et admission des risques tarés.......... 177^{1}
Bacille diphtérique dans certains cas d'angine de Vincent.......... 181^{1}
Blessure par arme à feu de la région rolandique gauche.......... 179^{3}
Cancers inopérables.......... 184^{2}
Caractères sexuels et leur formation.......... 182^{1}
Chancre mou.......... 184^{3}
Cirrhose hépatique tuberculeuse expérimentale.......... 181^{1}
Dermatite ulcéreuse provoquée par le bromoforme.......... 181^{1}
Diverticules de la vessie et leur origine..... 182^{2}
Entéroptose.......... 182^{2}
Epidémie simulant la fièvre typhoïde et provoquée par un agent pathogène particulier. 184^{1}
Etudiants en médecine français et étrangers dans les Facultés françaises.......... 179^{1}
Exostoses multiples et chondrosarcome..... 181^{2}
Formol contre les cancers inopérables...... 184^{2}
Gaïacol contre la variole.......... 184^{3}
Gangrène pulmonaire.......... 180^{1}
Gastrosucorrhée.......... 181^{1}
Grossesse abdominale primitive sur une frange épiploïque.......... 183^{3}
Hématurie rénale.......... 182^{1}
Impétigo.......... 184^{2}
Innervation et son influence sur la transsudation vasculaire.......... 181^{3}
Maladie de Paget et syphilis.......... 180^{3}
Néphrotomie pour hématurie rénale....... 182^{1}
Nitrate d'argent contre l'impétigo.......... 184^{2}
Ostéosarcome de l'humérus.......... 179^{3}
Otorrhée chronique.......... 181^{3}
Paralysies traumatiques des muscles de l'œil. 179^{3}
Risques tarés et assurance sur la vie....... 177^{1}
Sérum antidiphtérique dans la rougeole.... 180^{1}
Shock chirurgical.......... 182^{2}
Splénomégalies méta-ictériques.......... 180^{3}
Teinture d'iode contre le chancre mou...... 184^{3}
Traitement chirurgical de l'otorrhée chronique.......... 181^{3}
— — des abcès pulmonaires.......... 181^{2}
Traitement de la gangrène pulmonaire...... 180^{1}
— de la variole.......... 184^{3}
— de l'impétigo.......... 184^{2}
— de l'ostéosarcome de l'humérus.. 179^{3}
— des cancers inopérables........ 184^{2}
— du chancre mou.......... 184^{3}
— du shock chirurgical aux Etats-Unis.......... 182^{2}
Tuberculose d'inoculation chez l'homme..... 181^{2}
Variole.......... 184^{3}

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Rudolf Rosemann, privatdocent à la Faculté de médecine de Greifswald, est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur F. Reusz est nommé privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Mario Carrara, professeur extraordinaire de médecine légale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Eudoro Besio est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Heinrich Lorenz, privatdocent à la Faculté de médecine de Vienne, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale, en remplacement de M. Friedrich Kraus.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur Savtchenko, professeur extraordinaire de pathologie générale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur K. A. Bouinévitch est nommé privatdocent de diagnostic des maladies internes.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur D. I. Timoféievski, professeur extraordinaire de pathologie générale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Sebastiano Giovannini, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Karl Sternberg est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten J. Sobotta (*anatomie*); Johannes Müller (*médecine interne*).

Durham University College of Medicine de Newcastle-on-Tyne. — M. le docteur J. D. Wardale est nommé lecteur d'ophtalmologie.

New York Policlinic. — Sont nommés professeurs : MM. les docteurs J. A. Bodine (*chirurgie*); Charles G. Kerley (*pédiatrie*).

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.
En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bucura (C. J.). Ueber den physiologischen Verschluss der Nabelarterien und über das Vorkommen von Längsmuskulatur in den Arterien des weiblichen Genitales. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 mars.) — Occlusion physiologique des artères ombilicales et présence de fibres musculaires longitudinales dans les artères des organes génitaux de la femme.

Cunningham (D. J.). Manual of practical anatomy. 3e éd. T. Ier. In-8°, 626 p. avec fig. Londres.

Gentes. Sur les rapports et la situation de la tige pituitaire. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 5 avril.)

Gérard (G.) et **Deléarde.** Rein unique en fer à cheval à concavité supérieure. (*Echo méd. du Nord*, 26 avril.)

Low (A.). The relation of meconium to the fœtal appendix. (*Lancet*, 2 mai.)

Mac Callum (W. G.). The relations between the lymphatics and the connective tissue. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, janv.)

Polano (O.). Beiträge zur Anatomie der Lymphbahnen im menschlichen Eierstock. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars et avril.) — Contribution à l'anatomie des voies lymphatiques dans l'ovaire humain.

Ruthon (V.). Etude sur deux éléments rares du sang : « Plasmazellen » et « Mastzellen ». (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er janv. et 15 avril.)

Shunda (A.). Localisation cérébrale du nerf pneumogastrique. In-8°, 28 p. avec fig. Bucharest.

Sukiennikow (W.). Topographische Anatomie der bronchialen und trachealen Lymphdrüsen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6, 13 et 20 avril.) — Anatomie topographique des ganglions lymphatiques bronchiques et trachéaux.

PHYSIOLOGIE

Cannon (W. B.). Observations on the mechanics of digestion. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mars.)

Fergus (F.). Elementary ophthalmic optics. In-8°, 116 p. Londres.

Ladendorf (A.). Ueber die Bildung von leuchtenden und chemisch wirkenden Strahlen im Körper. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 16 avril.) — Sur la formation des rayons lumineux ou chimiquement actifs dans l'organisme.

Levi (R.). Ueber die Beeinflussung der physiologischen Erregbarkeit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.) — Des influences sur l'irritabilité physiologique.

Tissot (T.). Recherches expérimentales sur les conditions qui modifient la valeur et la durée normales des phénomènes thermiques dans le muscle en activité. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Cagnetto (G.). Contributo allo studio dei rabdomiomi del cuore. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 1.)

Eppinger (H.). Die toxische Myolyse des Herzens bei Diphtheritis; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 et 16 avril.) — La myolyse toxique du cœur dans la diphtérie.

Griffith (T. W.). Note on a second example of division of the cavity of the left auricle into two compartments by a fibrous band. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, avril.) — Un nouveau cas de division en deux parties de l'oreillette gauche par une bande fibreuse.

Hudovernig (C.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der Chorea minor. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 1.)

Liepmann (W.). Die Aetiologie der congenitalen Zwerchfellhernien. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 3.) — L'étiologie des hernies diaphragmatiques congénitales.

Lucksch (F.). Echte erworbene Zwerchfellhernie. (*Prag. med. Wochensch.*, 9 avril.) — Hernie diaphragmatique acquise vraie.

Milian (G.). Le sang dans la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Penzo (R.). Sulla classificazione dei tumori congeniti della regione sacro-coccigea. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 1.)

Steinhaus (J.). Ueber chorion-epitheliomartige Wucherungen beim Manne. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 avril.) — Des proliférations chez l'homme, rappelant les déciduomes.

Stier (E.). Zur pathologischen Anatomie der Huntington'schen Chorea. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 1.)

Woolley (P. G.). Notes on multiple primary tumors. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er janv.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Asch (P.). Ueber das Schicksal der in die Nierenarterien eingebrachten Tuberkelbazillen. (*Centr.-Bl. für die Krankh. der Harn-und Sexualorgane*, avril.) — Sur le sort des bacilles de la tuberculose introduits dans les artères rénales.

Johnson (H. A.). Results of decapsulation of the kidney; a study of changes noted in the renal and perirenal tissues of dogs after decapsulation. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Conséquences de la décapsulation des reins; étude des modifications constatées dans les tissus rénaux et périrénaux à la suite de la décapsulation chez des chiens.

Marrassini (A.). Dei fenomeni consecutivi alla estirpazione del plesso celiaco. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 1.)

Turró (R.), **Tarruella** (J.) et **Presta** (A.). La levadura de cerveza en las estafilococcias y las estreptococcias experimentales. (*Gac. méd. catalana*, 15 mars.) — La levure de bière dans les staphylococcies et les streptococcies expérimentales.

MÉDECINE

Abrams (A.). Bronchial phthisis. (*New York Med. Journ.*, 3 janv.)

Aguilar (A.). Ulcera del estómago sin prodromos y con gastrorragia abundante. (*Rev. de med. y cirugia*, mars.)

Allen (H. W.). Albuminous expectoration following thoracentesis. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, janv.)

Alquier. Un cas de chylurie endémique pure, d'emblée, sans hématurie (filariose), observé à Tahiti. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Backman (W.). Ueber die Verbreitung des runden Magengeschwüres in Finnland, sowie einiges über seine Aetiologie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — La fréquence de l'ulcère rond de l'estomac en Finlande et quelques considérations sur l'étiologie de cette affection.

Barjon. De l'insuffisance aortique, dite fonctionnelle, chez les athéromateux atteints de maladie de Hogdson. (*Lyon méd.*, 12 avril.)

Barykine (V.). La dilatation temporaire de l'aorte et son rôle dans la pathogénie des anévrysmes de ce vaisseau (en russe). (*Prakt. Vratch*, 23 fév. et 1er mars.)

Bendersky (J.). Ueber die Beweglichkeit des Magens und über die Differentialdiagnose zwischen Gastroptose und Gastrektasie. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 mars.) — La mobilité de l'estomac et le diagnostic différentiel entre la gastroptose et la gastrectasie.

Carducci (A.). Nefrite acuta da malaria con cilindruria senza albuminuria. (*Policlinico*, 4 avril.)

Cohnheim (P.). Ueber Atonie des Magens und ihre Beziehungen zum Plätschergeräusch und zur Gastrektasie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 avril.) — L'atonie gastrique et ses rapports avec le bruit de clapotage et la gastrectasie.

Favre (Ch.). Ectasies capillaires du thorax chez un éthylique avec cirrhose au début. (*Loire méd.*, avril.)

Gibson (G. A.). The nervous affections of the heart; second series. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril et mai.) — Les affections nerveuses du cœur.

Golla (F.). The relation between acetonuria and acidæmia in cases of gastric ulcer. (*Lancet*, 2 mai.)

Holub (A.). Ein Fall von Kopftetanus mit Hypoglossusparese, geheilt nach Duralinfusionen von Behring'schem Antitoxin. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 avril.) — Un cas de tétanos céphalique avec parésie de l'hypoglosse, guéri par des injections intradurales d'antitoxine de Behring.

Kisch (E. H.). Die Herzarhythmie in ihrer Bedeutung für die Praxis. (*Prag. med. Wochensch.*, 23 et 30 avril.) — L'arythmie cardiaque au point de vue pratique.

Köppe (H.). Osmotischer Druck und Diurese. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 30 avril.) — Tension osmotique et diurèse.

Kumpf (F. H.). Zur Pathologie und Therapie der Enteroptose. (*Wien. med. Presse*, 5 et 12 avril.)

Lemoine (G.). Dilatation de l'estomac; estomac distendu; estomac tombé. (*Nord méd.*, 15 avril.)

Lépine (R.). Sidérose et diabète. (*Lyon méd.*, 12 avril.)

Melis-Schirru (B.). Ulteriori osservazioni sulla genesi e sede di formazione dell'acido urico. (*Policlinico*, partie méd., X, 3.)

Pel (P. K.). Ein seltenes Gefässgeräusch in der Lunge. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 avril.) — Un bruit vasculaire rare dans le poumon.

Pick (A.). Ueber hereditären Ikterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 avril.)

Piéry. Signe de Kernig et signe de Lasègue; pathogénie du signe de Kernig. (*Lyon méd.*, 26 avril.)

Röder (H.). Die Einführung plastischer Lehrmittel in die Klinik der Magendarmkrankheiten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 avril.) — L'emploi de moulages dans l'enseignement clinique des maladies du tube digestif.

Rosenqvist (E.). Ueber den Eiweissstoffwechsel bei der perniciösen Anämie, mit specieller Berücksichtigung der Bothriocephalus-Anämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.) — Les échanges des albuminoïdes dans l'anémie pernicieuse, surtout au point de vue de l'anémie causée par le bothriocéphale.

Sabrazès (J.). Examen du sang dans les kystes hydatiques; éosinophilie locale et générale; technique histo-hématologique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 19 avril.)

Sheldon (J. G.). Abscesses of the liver following typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Abcès du foie, consécutifs à la fièvre typhoïde.

Stenitzer (R. von). Zur Frühdiagnose der Pleuritis diaphragmatica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 avril.) — Diagnostic précoce de la pleurésie diaphragmatique.

Tallqvist (T. W.). Untersuchungen über einen Fall von Diabetes insipidus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.)

Zeri (A.) et **Almagià** (M.). Sull'agglutinazione delle piastrine nelle malattie febbrili. (*Policlinico*, 4 avril.)

MALADIES INFECTIEUSES

Abbattucci. Les épidémies pesteuses du foyer chinois de Pak-Hoi. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Carini (F.). Contributo allo studio delle infezioni alimentari (i microrganismi dell'*Echinus granularis*). (*Policlinico*, partie méd., X, 3.)

Cooke (W. S.). Report of a case of tetanus following vaccination. (*New York Med. Journ.*, 10 janv.)

Denis. A propos d'un cas de farcin aigu. (*Lyon méd.*, 19 avril.)

Federschmidt. Zur Kasuistik und Therapie des äusseren Milzbrandes des Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril.) — Traitement de la pustule maligne.

Finlay (C. J.). Concepto probable de la naturaleza y el ciclo vital del germen de la fiebre amarilla. (*Rev. de med. tropical*, avril.)

Garnier (J. A.). La tuberculose au Congo français. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Guiteras (J.). Duración de la vida del stegomyia fasciata ó mosquito de la fiebre amarilla. (*Rev. de med. tropical*, avril.)

Kelynack (T. N.). The selection of cases of pulmonary tuberculosis for sanatorium treatment. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bax. Amyotrophie musculaire primitive, type Erb. (*Gaz. méd. de Picardie*, avril.)

Bernheim. De la psychothérapie dans les impotences et aberrations génésiques. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.)

Burr (Ch. W.). Dementia precox (dementia of adolescence). (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.)

Cattle (C. H.). Case of chronic acromegaly. (*Brit. Med. Journ.*, 4 avril.)

Collet (F.-J.) et **Beutter** (M.). Œdème congénital du membre supérieur. (*Lyon méd.*, 5 avril.)

Cronbach. Die Beschäftigungsneurose der Telegraphisten. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 1.) — La névrose professionnelle des télégraphistes.

Diem (O.). Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex); ein klinischer Beitrag zur Kenntnis der Verblödungspsychosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 1.)

Erlenmeyer (A.). Ueber die Bedeutung und Behandlung der funktionellen Herzschwäche in der Abstinenzperiode der Morphium-Entziehung und bei Nervenkrankheiten. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 30 mars, 2, 6 et 9 avril.) — La signification et le traitement de l'affaiblissement fonctionnel du cœur au cours de la démorphinisation et dans les maladies du système nerveux.

Fliess (H.). Kleinhirnabszess mit plötzlicher Lähmung des Respirationscentrums. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 avril.) — Abcès du cervelet avec paralysie brusque du centre respiratoire.

Friedländer (W.). Ueber die Bedeutung der Syphilis in der Pathogenese der Tabes. (*Therap. Monatsh.*, avril.)

Hänel (H.). Zur Pathogenese der amyotrophischen Lateralsklerose. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 1.)

Ioteyko (Mlle J.) et **Stefanowska** (Mlle M.). Asymétrie dolorifique. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Kaplan. Contribution à l'étude de l'influence des maladies intercurrentes sur les affections nerveuses et sur les psychoses (en russe). (*Prakt. Vratch*, 15, 22 et 29 mars, 5 et 19 avril.)

Keniston (J. M.). The plantar reflex in epilepsy, with special reference to the Babinski phenomenon. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mars.)

Lemos (Magalhães). Evolution des idées délirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse. In-8°, 52 p. avec fig. Porto.

Linser (P.). Ueber juvenile Tabes und ihre Beziehungen zur hereditären Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 avril.) — Du tabes juvénile dans ses rapports avec la syphilis héréditaire.

Macnamara (N. C.) et **Burne** (R. H.). The cerebrum of a microcephalic idiot. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, avril.)

Macpherson (J.). Insanity in relation to fertility. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

McConnell (J. W.). The use of respiratory exercises in the treatment of neurasthenia and allied conditions. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.)

Meyer (E.) et **Räcke** (J.). Zur Lehre vom Korsakow'schen Symptomencomplex. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 1.)

Rossolimo (G.). Ueber Poliomyelitis anterior chronica und Syringomyelie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.)

Rothmann (M.). Ueber acute transitorische Aphasie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 et 27 avril.)

Schnyder (L.). La recherche du réflexe rotulien chez les névrosés. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Schofield (A. T.). Nerves in disorder; a plea for rational treatment. In-8°, 218 p. Londres.

Smith (P. C.). The meaning of the term « neurasthenia » and the etiology of the disease. (*Brit. Med. Journ.*, 4 avril.)

Spiller (W. G.). A physiological, anatomical and pathological study of the glosso-pharyngeus and vagus nerves in a case of fracture of the base of the skull. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.) — Le nerf glosso-pharyngé et le nerf vague dans un cas de fracture de la base du crâne.

Spratling (W. P.). The treatment of epilepsy by the general practitioner. (*Amer. Medicine*, 10 janv.)

Stevens (W. M.). Case of acute acromegaly. (*Brit. Med. Journ.*, 4 avril.)

Symington (J.). Observations on the relations of the deeper parts of the brain to the surface. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, avril.) — Rapports entre les parties profondes du cerveau et la surface.

Thomson (H. C.). The treatment of epilepsy by psychical methods. (*Lancet*, 18 avril.)

Tillmann. Ein Fall von hysterischem Fieber. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 avril.) — Un cas de fièvre hystérique.

Weiss (A.). Ueber Adiposis dolorosa (maladie de Dercum). (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 avril.)

White (E. W.). A note on the treatment of puerperal insanity. (*Brit. Med. Journ.*, 7 fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Dreuw. Zur Behandlung der Psoriasis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mai.) — Traitement du psoriasis.

Faré (Ch.). Leucoplasie buccale; son traitement. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er mai.)

Freeman (W. T.). The treatment of psoriasis. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.)

Juliusberg (F.). Gummata an Injektionsstellen von Quecksilberpräparaten. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 avril.) — Gommes survenues aux points d'injection de préparations mercurielles.

Liantz (A.). Traitement du chancre mou (en russe). (*Prakt. Vratch*, 25 janv. et 1er fév.)

Prandi. La cura della gonorrea col massaggio prostatico. (*Gazz. degli Osped.*, 22 mars.)

Sutherland (G. A.) et **Walker** (J. Th.). 2 cases of interstitial nephritis in congenital syphilis, with remarks on syphilis as an etiological factor in nephritis. (*Brit. Med. Journ.*, 25 avril.)

Tschlenow (M.). Zur vererbten Immunität gegen Syphilis, und über das sogenannte Gesetz von Profeta. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mai.) — L'immunité transmise par hérédité à l'égard de la syphilis et la loi de Profeta.

Vilanova (P.). Contribución al estudio de la etiología de la pelada. (*Rev. de med. y cirugía*, mars.)

PARASITOLOGIE

Courmont (J.) et **André**. Sur un cas d'anémie pernicieuse à bothriocéphale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Dreuw. Ein neuer Nagelparasit. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er avril.) — Un nouveau parasite des ongles.

Ehrnrooth (E.). Zur Frage der Pathogenität des Balantidium coli. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 1-4.)

Lindner (G.). Ueber schmarotzende und parasitische Protozoen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 13 avril.)

Perroncito (E.). I parassiti dell'uomo e degli animali utili, e delle più comuni malattie da essi prodotte; profilassi e cura relativa. 2e éd. In-8°, 632 p. avec fig. Milan.

Van Gorkom (W. J.). De uniteit van den malariaparasiet. (*Geneesk. Tijdschr. voor Nederl.-Indië*, XLII, 6 et XLIII, 1.)

CHIRURGIE

Adrian (C.). Ueber Arthropathia psoriatica. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 2.)

Allingham (H. W.). Operative surgery. In-8°, 382 p. Londres.

Ballance (Ch. A. et H. A.) et **Stewart** (P.). Remarks on the operative treatment of chronic facial palsy of peripheral origin. (*Brit. Med. Journ.*, 2 mai.) — Traitement opératoire de la paralysie faciale d'origine périphérique.

Barnard (H. L.). The drainage of the knee-joint in acute suppurative arthritis. (*Lancet*, 25 avril.) — Le drainage de l'articulation du genou pour arthrite suppurée aiguë.

Barwell (H. S.). A case of goitre in an abnormal thyroid gland. (*Lancet*, 11 avril.)

Brennfleck (L.). Bericht über eine durch Schussverletzung bedingte Splenektomie. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril.) — Splénectomie pour plaie par arme à feu.

Collins (Sir W. J.). 3 cases of ligature of the common carotid artery. (*Lancet*, 18 avril.)

Cumston (Ch. G.). Chloride of ethyl as a general anesthetic. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er janv.)

Dobson (J. F.). Invagination of Meckel's diverticulum. (*Lancet*, 25 avril.)

Hall (J. B.). Splenopexy for wandering spleen. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Splénopexie pour rate flottante.

Hasebroek (K.). Zur Symptomatologie und Therapie des spastischen Schiefhalses (Torticollis spastica). (*Münch. med. Wochensch.*, 14 avril.)

Henriksen (P. B.). Nerve suture and nerve regeneration. (*Lancet*, 11 et 18 avril.)

Kolbassenko (I.). Des compresses à l'alcool (en russe). (*Prakt. Vratch*, 1er mars.)

Korteweg (J. A.). Carcinoom en statistiek. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 mai.)

Langer (A.). Ueber retrograde Inkarzeration des Darmes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 avril.) — Sur l'incarcération rétrograde de l'intestin.

Le Conte (R. G.). The diagnosis of intestinal injury following abdominal contusion. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Lieblein (V.). Ueber abnorme Beweglichkeit der Steine führenden Gallenblase. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 avril.) — Mobilité anormale de la vésicule biliaire renfermant des calculs.

Lionti (G.). Emostasi nelle resezioni della milza; contributo sperimentale. (*Riforma med.*, 15 avril.) — L'hémostase dans les splénectomies.

Lorenz (H.). Zur Kasuistik der erworbenen Ellbogengelenksdeformitäten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 avril.) — Les déformations acquises du coude.

McCardie (W. J.). Ethyl chloride as a general anæsthetic. (*Lancet*, 4 avril.)

Moullin (C. M.). The surgical treatment of gastric ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 25 avril.)

Mühsam (R.). Die im Verlaufe der Blinddarmentzündung auftretenden Fisteln. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 2.) — Les fistules se produisant au cours de l'inflammation du cæcum.

Nagano (J.). Zur Frage ausgedehnter Dünndarmresektion. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 2.) — Les résections étendues de l'intestin grêle.

Nannotti (A.). Peritelioma primitivo del nervo mediano. (*Clinica moderna*, 15 avril.)

Niederle (B.). Príspeveck k otázce lécení rakoviny konecníku. (*Sbornik klinicky*, IV, 3.) — Contribution au traitement du cancer du rectum.

Parona (F.). Note ed appunti all'operazione del Talma nell'ascite da cirrosi epatica. (*Policlinico*, partie chir., X, 2.)

Ringel. Die Resultate der operativen Behandlung des Magencarcinoms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 2.) — Les résultats du traitement opératoire du cancer de l'estomac.

Rovsing (Th.). To tilfælde af ulcus ventriculi perforans. (*Hospitalstidende*, 15 avril.)



Schley (W. S.). Primary tuberculosis of the breast; a report of a recent case, with a review of the literature of the subject. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Tuberculose primitive du sein.

Schmidt (E.). Ueber die Verkürzung der unteren Extremitäten und ihre Messungsmethoden. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, avril.) — Le raccourcissement des extrémités inférieures et sa mensuration.

Schneiderlin. Zur Diagnostik der Darmokklusion. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril.) — Diagnostic de l'occlusion intestinale.

Senn (N.). Iodized catgut. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mars.)

Turck (R. C.). Hepatic duct stones. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Calculs du canal hépatique.

Wendel. Das Paraffin als subkutane Prothese. (*Therap. Monatsh.*, avril.)

UROLOGIE

Boston (L. N.). 2 examples of parasitic hematuria. (*Amer. Medicine*, 3 janv.)

Casper (L.) et **Richter** (P. F.). Was leistet die funktionelle Nierendiagnostik? (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 2.) — Quelle est la valeur du diagnostic fonctionnel des maladies des reins?

Dandridge (N. P.). The present status of treatment of hypertrophy of the prostate. (*New York Med. Journ.*, 3 janv.) — L'état actuel du traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Görl (L.). Spontanzertrümmerung eines Blasensteines. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril.) — Fragmentation spontanée d'un calcul vésical.

Israel (J.). Ueber die Leistungsfähigkeit der Phloridzinmethode. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 2.) — La valeur de l'épreuve de la phloridzine.

Southam (F. A.). On the operative treatment of prostatic obstruction. (*Brit. Med. Journ.*, 18 avril.)

Zartzyne (Th.). De l'inflammation de la prostate (en russe). (*Prakt. Vratch*, 5 et 12 avril.)

OPHTALMOLOGIE

Berry (G. A.). Primary acute miliary tuberculosis of the conjunctiva. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Broca (A.) et **Sulzer** (D.). Inertie du sens visuel des formes; étude des lumières brèves au point de vue de l'acuité visuelle (vision des traits noirs sur fond blanc). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Campbell (K.). Refraction of the eye and anomalies of the ocular muscles. In-8°, 220 p. Londres.

Elliot (R. H.). An analysis of a further series of 250 consecutive operations for primary cataract performed in the Government Ophthalmic Hospital, Madras. (*Lancet*, 2 mai.)

Jundell (I.). Verkan af antistreptokokkserum vid ett fall af pseudomembranös streptokokk-konjunktivit. (*Hygiea*, mai.)

Landström (J.). Om operation for symblefaron enligt May. (*Hygiea*, mai.)

Lawson (G. et A.). Disease and injuries of the eye, with their medical and surgical treatment. 6e éd. In-8°, 608 p. avec fig. Londres. — Maladies et traumatismes des yeux; leur traitement médical et chirurgical.

Silberschmidt (W.). Le *Bacillus subtilis* comme cause de la panophtalmie chez l'homme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Véliamovitch (V.). La conjonctivite folliculaire et ses rapports avec le trachome (en russe). (*Prakt. Vratch*, 29 mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bandler (S. W.). The origin of chorio-epithelioma of the uterus. (*New York Med. Journ.*, 10 janv.)

Burtenshaw (J. H.). The repair of lacerations of the pelvic floor. (*New York Med. Journ.*, 10 janv.) — La réparation des déchirures du plancher pelvien.

Franqué (O. von). Ueber Chorioepithelioma malignum. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.)

Gottschalk (S.). Beitrag zur Lehre vom Geburtsmechanismus (Eintritt des Kopfes in den geraden Durchmesser des Beckeneingangs). (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.) — Contribution à l'étude du mécanisme de l'accouchement (engagement de la tête suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur).

Grouzdev (V.). Diagnostic de la grossesse en cas d'hypertrophie du col utérin (en russe). (*Prakt. Vratch*, 4 janv.)

Halban (J.). Zur Therapie der Gynatresien. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.)

Ihl (O.). Ueber Geburten nach Symphyseotomie. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril.) — Accouchements après symphyséotomie.

Kleinwächter (L.). Einige Worte über wiederholte Schwangerschaftsunterbrechung seltenerer Aetiologie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.) — Quelques mots sur l'avortement répété à étiologie rare.

Knapp (L.). Zur Frage der vaginalen Myomotomie. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 et 26 mars, 2, 9 et 16 avril.)

Kolomenkin (N.). Zur Frage über die operative Behandlung der Uterusruptur. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars et avril.)

Meyer (R.). Ueber eine adenomatöse Wucherung der Serosa in einer Bauchnarbe. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.) — Prolifération adénomateuse de la séreuse au niveau d'une cicatrice abdominale.

Michels (E.). The surgical treatment of puerperal pyæmia. (*Lancet*, 11 avril.)

Micholitsch. Zur Aetiologie der Tubarschwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.) — Etiologie de la grossesse tubaire.

Royster (H. A.). A case of ovarian fibroma. (*New York Med. Journ.*, 3 janv.)

Schnell. Eine seltene Zwillingsplacenta. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.) — Un placenta gémellaire rare.

Stewart (D. H.). Thoughts on fetal intracranial hemorrhage. (*New York Med. Journ.*, 10 janv.) — Remarques sur l'hémorrhagie fœtale intracrânienne.

Toff (E.). Ueber Imprägnierung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 avril.)

Wheaton (C. L.). The etiology of uterine and pelvic disease. (*Amer. Medicine*, 3 janv.)

Wolff (B.). Ueber intrauterine Leichenstarre. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXVIII, 3.) — De la rigidité cadavérique intra-utérine.

Zangemeister (W.). Die Beschaffenheit des Blutes in der Schwangerschaft und der Geburt. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.) — L'état du sang pendant la grossesse et l'accouchement.

PÉDIATRIE

Carrière (G.). Le traitement des bronchites chroniques de l'enfance. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Coutts (J. A.). A case of acute ependymitis in an infant. (*Lancet*, 25 avril.)

Degré (W.). Ueber Hydrocephalus chronicus, dessen Entstehung, Prophylaxe und Behandlung. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 mars, 4, 11 et 18 avril.) — L'hydrocéphalie chronique; son origine, sa prophylaxie et son traitement.

Filippov (A.). De la dilatation atonique de l'estomac chez les enfants (en russe). (*Prakt. Vratch*, 19 et 26 avril.)

Freund (W.). Ueber Pylorusstenose im Säuglingsalter. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, XI, 2.) — Sur la sténose du pylore chez les nourrissons.

Ladd (M.). Percentage modification of milk in infant-feeding. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er janv.) — Modification de la composition du lait destiné à l'alimentation des enfants en bas âge.

Wanstall (A.). Pertussis, with special reference to its early diagnosis from the blood findings. (*Amer. Medicine*, 10 janv.) — L'examen du sang comme moyen de diagnostic précoce de la coqueluche.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Dempel (M.). Traitement de la tuberculose laryngée par le phénosalyl (en russe). (*Prakt. Vratch*, 18 janv.)

Faulkner (R. B.). Some tonsil affections. (*New York Med. Journ.*, 10 janv.)

Gray (A.). A new method of treating suppurating catarrh of the middle ear. (*Lancet*, 18 avril.) — Un nouveau procédé de traitement de l'otite moyenne purulente.

Grunert. Ein Fall rhinogener Pyämie mit Ausgang in Heilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril.) — Un cas de pyémie d'origine nasale; guérison.

Hrach. Rhinosklerom post trauma. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 mars.)

Katz. Phlegmon glosso-épiglottique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 1er et 8 fév.)

Kronenberg (E.). Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 et 21 avril.) — Le traitement de la tuberculose laryngée.

Lafite-Dupont. Suppuration des ganglions parotidiens dans l'otite phlegmoneuse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 avril.)

Magnan. Algies mastoïdiennes hystériques avec lésions auriculaires. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er mai.)

Myles (R.). Remarks concerning the management and treatment of rhinopharyngeal tonsils by the general practitioner. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mars.)

Pynchon (E.). The degenerate tonsil. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mars.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Briot (A.). Etude sur le venin de la vive (*Trachinus draco*). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Curti (E.) et **Battistelli** (L.). L'ernia in rapporto colla legge sugli infortuni del lavoro. (*Gazz. degli Osped.*, 22 mars.)

Heilbronner (K.). Ueber die Entmündigung von Paranoikern. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 et 14 avril.) — Sur l'interdiction des sujets atteints de paranoïa.

Mayet (L.). Notes sur les sciences anthropologiques, et, plus particulièrement, l'anthropologie criminelle en Hollande et en Belgique. 2e partie : Belgique. In-8°, 158 p. avec fig. et cartes.

McCarthy (D. J.). The changes in peripheral nerves produced by toxic substances applied to the skin; a medico-legal study. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.) — Les altérations survenant dans les nerfs périphériques sous l'influence d'applications de substances toxiques sur la peau.

Noc. L'empoisonnement par le « Datura stramonium » chez les condamnés aux travaux forcés. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Burwinkel (O.). Ueber Kreosottherapie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 mai.)

Clark (L. P.). Note on the salt starvation principle in epilepsy treatment by bromides. (*New York Med. Journ.*, 10 janv.) — La privation de sel dans le traitement de l'épilepsie par les bromures.

Courvoisier (L.). Die Behandlung der Cholelithiasis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — Traitement de la cholélithiase.

Goldan (S. O.). Morphine habituation and its treatment by hyoscine hydrobromide. (*New York Med. Journ.*, 3 janv.)

Guimarães (M.). Therapeutica da febre amarella; o serum glycosado. (*Brazil-medico*, 8 avril.)

Jdan-Pouchkine (N.). Traitement des diarrhées infantiles par la teinture de myrtille (en russe). (*Prakt. Vratch*, 23 fév.)

Madsen (C.). Om epilepsibehandling med bromnatrium i forbindelse med klornatriumfattig kost. (*Hospitalstidende*, 22 avril.)

Naumann (H. A.). Die spezifische Typhusbehandlung. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VII, 1.)

Schäfer. Ueber Darmdesinfection. (*Wien. med. Presse*, 3 mai.) — De l'antisepsie intestinale.

Thomson (R. S.) et **Brownlee** (J.). Further observations on the treatment of smallpox by the serum of immunised heifers. (*Lancet*, 4 avril.) — Nouvelles observations sur le traitement de la variole par le sérum de génisses immunisées.

Tirard (N.). Some dangers of hypnotics. (*Lancet*, 11 avril.)

Wark (D.). The successful treatment of pulmonary tuberculosis; mechanical and medicinal. (*New York Med. Journ.*, 3 janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Bertarelli (C.). Ricerche ed osservazioni sulla biologia e sulla patogenicità del bacillo prodigioso. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 1.)

Felix (E.). Die Mikroorganismen der normalen Nasenhöhle. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 et 11 avril.) — Les microorganismes de la cavité nasale normale.

Sabrazès (J.). Colorabilité des bacilles de Koch dans les crachats incorporés à diverses substances. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Vallée (H.). Sur un nouveau streptothrix (streptothrix polychromogène). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

23e ANNÉE. — N° 23. Vingt centimes le numéro. 10 JUIN 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

SOMMAIRE

TRENTE-DEUXIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE (tenu à Berlin du 3 au 6 juin 1903). — Des inconvénients de la position déclive de Trendelenburg 185
De l'influence des rayons de Röntgen sur les tissus épithéliaux, principalement sur le cancer 185
Du diagnostic de la tuberculose articulaire et osseuse 186
Du remplacement artificiel du sang 186
De l'adéno-lymphocèle filarienne 186
De la résection diaphysaire en cas de tumeur maligne 186
Du traitement de la fracture invétérée de la rotule 186
Opération d'une tumeur médiastinale 186
De l'adaptation fonctionnelle dans des cas d'autoplastie osseuse 186
Du traitement des fractures récentes par le massage 186
Du traitement non sanglant des luxations invétérées de l'articulation de la hanche 187
De l'effet de l'irritation locale et de l'application thermique locale 187
De la transplantation des vaisseaux et de la replantation d'extrémités amputées 187
De l'action antiseptique de l'iodoforme 187
Lymphangiome diffus de l'avant-bras 187
Recherches cliniques et anatomiques sur les cancers du tube digestif 188
Sur l'estomac en sablier 188
De l'ulcère peptique consécutif à la gastro-entérostomie 188
Cure radicale des hernies chez les enfants en bas âge 188
Du traitement des hernies par des injections de paraffine dure 188
Du mécanisme de formation des nœuds intestinaux 188
De l'opération précoce dans l'appendicite 189
Rétrécissement bénin de l'orifice duodénal du cholédoque 189
Des substances toxiques dans le contenu intestinal en cas d'iléus 189
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans les cinq dernières années 190
Traitement du cancer par les rayons X 190
Société de chirurgie. — De la pluralité des néoplasmes 190
De la cholédochotomie 190
Exclusion de l'intestin 190
Traitement de la gangrène pulmonaire 191
Société médicale des hôpitaux. — Le bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques 191
Pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif 191
Polymyosite infectieuse aiguë à récidives 191
De l'innocuité des injections préventives de sérum antidiphtérique 191
Adénopathie trachéo-bronchique chez un nourrisson 191
Erythème noueux post-vaccinal 191
Cirrhose tuberculeuse expérimentale 191
Deux cas de paralysie infantile observés simultanément dans la même famille 191
Société de biologie. — Des battements aortiques abdominaux chez les dyspeptiques 191
Contracture secondaire du releveur de la paupière supérieure dans le cours d'une paralysie faciale 192
Des variations de forme de l'entérocoque 192
ETRANGER : *Lettres d'Amérique.* — Sur le parasite de la variole 192
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les indications de la cotoïne 192
Traitement des taies de la cornée par des instillations de benzoate de lithine 192
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Actinomycose humaine depuis cinq ans ..... 190[1]
Adéno-lymphocèle filarienne ..... 186[2]
Adénopathie trachéo-bronchique chez un nourrisson ..... 191[2]
Appendicite ..... 189[1]
Autoplastie osseuse et adaptation fonctionnelle ..... 186[3]
Bacille d'Eberth dans le sang des typhoïdiques ..... 191[1]
Battements aortiques abdominaux chez les dyspeptiques ..... 191[3]
Benzoate de lithine en instillations contre les taies de la cornée ..... 192[3]
Cancer ..... 185[3] 190[2]
Cancers du tube digestif ..... 188[1]
Cholédochotomie ..... 190[3]
Cirrhose tuberculeuse expérimentale ..... 191[3]
Contracture secondaire du releveur de la paupière supérieure ..... 192[1]
Cotoïne et ses indications ..... 192[3]
Cure radicale des hernies chez les enfants en bas âge ..... 188[3]
Dyspepsie et battements aortiques abdominaux ..... 191[3]
Entérocoque et ses variations de forme ..... 192[1]
Erythème noueux post-vaccinal ..... 191[3]
Estomac en sablier ..... 188[2]
Exclusion de l'intestin ..... 190[3]
Fistule vésicale par le procédé de Witzel ..... 189[3]
Fracture invétérée de la rotule ..... 186[2]
Fractures récentes ..... 186[3]
Gangrène pulmonaire ..... 191[1]
Gastro-entérostomie et ulcère peptique consécutif ..... 188[2]
Hernie duodéno-jéjunale ..... 189[3]
Hernies ..... 188[3]
Hyperthermie locale et ses effets ..... 187[2]
Iléus et substances toxiques du contenu intestinal ..... 189[3]
Injections prothétiques de paraffine contre les hernies ..... 188[3]
Intermittences du pouls et indicanurie ..... 192[1]
Iodoforme et son action antiseptique ..... 187[3]
Luxation invétérée de la tête du radius ..... 189[3]
Luxations invétérées de la hanche ..... 187[1]
Lymphangiome diffus de l'avant-bras ..... 187[3]
Massage contre les fractures récentes ..... 186[3]
Nœuds intestinaux et mécanisme de leur formation ..... 188[3]
Paralysie infantile frappant simultanément le frère et la sœur ..... 191[3]
Pluralité des néoplasmes ..... 190[2]
Polymyosite infectieuse aiguë à récidive ..... 191[2]
Position déclive de Trendelenburg et ses inconvénients ..... 185[1]
Pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif ..... 191[1]
Radiothérapie du cancer ..... 185[3] 190[2]
Replantation d'extrémités amputées ..... 187[2]
Résection diaphysaire pour tumeur maligne ..... 186[2]
Rétrécissement bénin de l'orifice du cholédoque ..... 189[3]
Sérum antidiphtérique à titre préventif ..... 191[2]
— artificiel oxygéné ..... 186[1]
Taies de la cornée ..... 192[3]
Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire ..... 191[1]
— de la fracture invétérée de la rotule ..... 186[2]
— de la luxation invétérée de la tête du radius ..... 189[3]
— de l'appendicite ..... 189[1]
— de l'estomac en sablier ..... 188[2]
— des fractures récentes ..... 186[3]
— des hernies ..... 188[3]
— des luxations invétérées de la hanche ..... 187[1]
— des taies de la cornée ..... 192[3]
— des tumeurs médiastinales ..... 186[3]
— du cancer ..... 185[3] 190[2]
Transplantation des vaisseaux ..... 187[2]
Tuberculose osseuse et articulaire et son diagnostic ..... 186[1]
Tumeur médiastinale opérée ..... 186[3]
Ulcère peptique consécutif à la gastro-entérostomie ..... 188[2]
Variole et son parasite ..... 192[1]

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Doyon, agrégé, est nommé professeur adjoint.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Alezais, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. G. Nepveu, décédé.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Joseph De Smeth, ancien professeur de psychiatrie et de pathologie générale à la Faculté de médecine de Bruxelles. — M. le docteur Franz K. Saxer, professeur extraordinaire d'anatomie à la Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur J. Iszlay, professeur extraordinaire d'odontologie à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur John P. Bryson, professeur de clinique des maladies des voies urinaires au Washington University Medical Department de Saint-Louis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Aubrée (J.-B.). Le traitement mercuriel du tabes.

Barré (L.). Asphyxie locale des extrémités et albuminurie.

Batisse (N.). Des formes graves de la péritonite à pneumocoques.

Bigeon (Ch.). Des perforations traumatiques de l'estomac.

Bourlot (F.). Contribution à l'étude de la périostite albumineuse.

Bravy (M.). Contribution à l'étude clinique des compressions médullaires.

Broïdo (Mlle). Les dysenteries (étude critique).

Bruandet (L.). Infiltration épithéliale expérimentale.

De la Rüe (L.). Des affections acquises de l'aorte chez l'enfant (orifice et crosse de l'aorte).

Duc-Dodon (A.). Des fistules de la glande de Bartholin.

Etienne (A.). De la phlébectomie dans les phlébites variqueuses des membres.

Flamencourt (A.). Les rayons X et l'exploration de l'aorte thoracique; contribution au diagnostic de quelques affections aortiques par la radioscopie.

Foucaud (J.). Les fonctions intestinales dans les affections de l'estomac.

François (M.). Caractères et élevage des prématurés.

Giffard (P.). De l'arrêt de la tête dernière en position directe au détroit supérieur (difficulté de l'extraction).

Guérin (E.). L'empyème vrai du sinus maxillaire; diagnostic différentiel avec la sinusite maxillaire chronique par la mesure de la capacité du sinus (signe de Mahu) et par la diaphanoscopie.

Jacobsohn (D.). Du traitement de l'impétigo par le nitrate d'argent.

Kieffer (A.). Contribution à l'étude des complications de la gastro-entérostomie et des moyens de les éviter.

Lance (P.-M.). Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin.

Legillon (A.). Sur quelques indications opératoires dans le ptosis.

Lortat-Jacob (L.). L'iode et les moyens de défense de l'organisme.

Macé (Th.-Ch.). Etude sur les mycoses expérimentales (aspergillose et saccharomycose).

Mahoudeau (A.-L.). Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de sels de mercure.

Mariette (G.). Valeur séméiologique des modifications de l'utérus au début de la grossesse.

Meillère (G.). Le saturnisme; étude historique, physiologique, clinique et prophylactique.

Mesnil (R.). Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant (étude clinique).

Paris (A.). Contribution à l'étude des modifications sanguines chez l'enfant diphtérique traité par le sérum antidiphtérique (résistance globulaire).

Pernet (A.). Les méningites : étude statistique et clinique des cas observés à l'hôpital Trousseau pendant les années 1901-1902.

Proust (G.). Influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire.

Raclot (L.). Des alopécies du nouveau-né dans leurs rapports avec le traumatisme obstétrical.

Roger (J.). De la pleurésie purulente du nouveau-né.

Silhol (J.). L'examen du sang en chirurgie, et, en particulier, au point de vue du diagnostic et du pronostic de l'appendicite.

Teillet (P.). Des accidents pleuro-pulmonaires pendant les suites de couches, le plus souvent précurseurs de la phlegmatia alba dolens.

Tissier (R.). La Croix-Rouge française et les navires-hôpitaux pendant la campagne de Chine (1900-1901).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Beyer. Notes anatomo-pathologiques au sujet d'un cas de lèpre exogène observé à Anvers. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, janv.-fév.-mars.)

Canney (F. G.). Karyokinesis in malignant tumors. (*Amer. Medicine*, 24 janv.)

Christian (H. A.). Secondary carcinoma of the liver, with report of a case in which the liver weighed 15,110 grams. (*Amer. Medicine*, 24 janv.) — Cancer secondaire du foie; un cas dans lequel le foie pesait 15,110 grammes.

Deganello (U.). Ueber die Struktur und Granulierung der Zellen des akuten und chronischen Eiters des Menschen; Beitrag zur Kenntnis der eitrigen Entzündung. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 2.) — Structure et granulations des cellules des abcès aigus et chroniques; contribution à l'étude de la suppuration.

Fischer (B.). Ueber Lipämie und Cholesterämie, sowie über Veränderungen des Pankreas und der Leber bei Diabetes mellitus. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 1 et 2.) — Lipémie et cholesterémie; altérations du pancréas et du foie dans le diabète sucré.

Gallina (J.). Ein Fall von multiplem Endotheliom (Endothelialkrebs) der Lymphdrüsen und Lymphbahnen. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 2.) — Un cas d'endothéliome multiple des ganglions et des vaisseaux lymphatiques.

Heller (J.). Zur pathologischen Anatomie der Syphilonychia ulcerosa unguium hereditaria. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 2.)

Koch. Ueber Fistula gastrocolica carcinomatosa. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 1.)

Koreck (J.). Zur Färbetechnik der Malariaparasiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 avril.) — Contribution à la technique de la coloration de l'hématozoaire de la malaria.

Muthmann (A.). Ueber einen seltenen Fall von Gefässgeschwulst der Wirbelsäule. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 2.) — Sur un cas rare de tumeur vasculaire de la colonne vertébrale.

Vitali (G.). Contributo allo studio istologico della meningite tubercolare acuta. (*Clinica moderna*, 6 mai.)

Woolley (P. G.). Ein primärer, karzinomatoider Tumor (Mesothelioma) der Nebennieren mit sarkomatösen Metastasen. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 2.) — Tumeur carcinomateuse primitive (mésothéliome) des capsules surrénales avec métastases sarcomateuses.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Baldassari (L.) et **Finotti** (R.). Riparazione delle perdite di sostanza delle pareti gastriche ed intestinali con lembi siero-muscolari. (*Clinica chirurgica*, mars.)

Fasola (G.) et **Galeotti** (G.). Recherches expérimentales sur la perméabilité de la vessie. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Masnata (G.). Emostasi epatica; comunicazione preventiva. (*Policlinico*, partie chir., X, 3.)

Meltzer (S. J.) et **Salant** (W.). Influence of nephrectomy upon absorption. (*Amer. Medicine*, 24 janv.)

Odier (R.). La rachicocaïnisation; recherches expérimentales sur l'amœboïsme des cellules neurales, centrales et périphériques, sous l'influence de la cocaïne, du curare, de la strychnine et des courants induits. In-8°, 134 p. avec fig. Genève.

Van de Velde et **Landtsheer** (J. de). Les ferments du lait. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, janv.-fév.-mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Amantini (A.). Contributo alla teoria infettiva del rachitismo. (*Gazz. degli Osped.*, 22 mars.)

Aruch (E.) et **Petrini** (P.). Contributo allo studio della immunità e curabilità della morva. (*Moderno Zooiatro*, 10 et 25 fév.)

Ascoli (M.) et **Bezzola** (C.). Das Verhalten des antitryptischen Vermögens des Blutserums bei der croupösen Pneumonie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 avril.) — L'état du pouvoir antitryptique du sérum sanguin dans la pneumonie fibrineuse.

Betti (U. A.). Cancro, malaria e chinino. (*Policlinico*, 29 avril.)

Cheatle (G. L.). Note upon a possible relationship between carcinoma and nerve or trophic areas. (*Brit. Med. Journ.*, 18 avril.)

Israel (O.). Zur Aetiologie und Biologie der Geschwülste. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 2.) — Etiologie et biologie des tumeurs.

Schlossmann (A.) et **Moro** (E.). Zur Kenntnis der Arteigenheit der verschiedenen Eiweisskörper der Milch. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril.) — Contribution à l'étude de la spécificité des divers albuminoïdes du lait.

Thayer (A. S.). The side chain theory. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 29 janv.) — La théorie de chaînes latérales.

MÉDECINE

Albrecht (E.). Der Herzmuskel und seine Bedeutung für Physiologie, Pathologie und Klinik des Herzens. In-8°, 591 p. avec planches. Berlin. — Le myocarde et sa signification pour la physiologie, la pathologie et la clinique du cœur.

Baumstark (R.). Bestimmungen der Fäulnisprodukte im Urin und in den Fäzes mit Benützung der Ehrlich'schen Aldehydreaktion. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 avril.) — Détermination des produits de putréfaction dans l'urine et les fèces au moyen de la réaction d'Ehrlich.

Bial (M.) et **Huber** (F. O.). Zur Frage der Glucuronsäure-Ausscheidung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 mai.) — Contribution à l'étude de l'élimination de l'acide glycuronique.

Blum (S.). The etiology of endocarditis, with especial reference to bacterial agencies. (*Amer. Medicine*, 17 janv.)

Fedeli (C.). Delle ematemesi nella litiasi biliare. (*Clinica moderna*, 22 et 29 avril.)

Galli (G.). Herz- und Herzspitzenstoss bei Aortenklappeninsuffizienz. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 avril.) — Le choc du cœur et de sa pointe dans l'insuffisance aortique.

Grimm (H.). Erfahrungen über harnsaure Diathese und ihre Therapie. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 mars et 4 avril.) — La diathèse urique et son traitement.

Hösslin (K. von). Ueber 2 Fälle von perniziöser Anämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 avril.)

Huber (F. O.). Ueber einige Vorgänge bei der Heilung der Pneumonie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 avril.) — Sur quelques phénomènes survenant au cours de la guérison de la pneumonie.

Jones (R. L.). Graves's disease in association with rheumatoid arthritis. (*Brit. Med. Journ.*, 2 mai.)

Kaliski (F.). Die wichtigsten Grundzüge der qualitativen und quantitativen Harnanalyse. In-8°, 55 p. avec fig. Breslau. — Les bases de l'analyse qualitative et quantitative des urines.

Knapp (M. I.). Gastrosia fungosa. (*Amer. Medicine*, 10 janv.)

Kouchev (N.). Un cas de tumeur du médiastin (en russe). (*Prakt. Vratch*, 5 et 12 avril.)

Labougle. Au sujet d'une formule mathématique donnant la mensuration de l'aire de matité cardiaque. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 mai.)

Lademann (O. E.). A contribution to pernicious anemia. (*Amer. Medicine*, 17 janv.)

Lindsay (G.) et **Gies** (W. J.). Some notes on Pollacci's new method of detecting albumin in the urine. (*Amer. Medicine*, 31 janv.)

Maixner (E.). Zur Pathogenese der Herzarhythmie. In-8°, 67 p. Prague. — Sur la pathogénie de l'arythmie cardiaque.

Megele. Widal'sche Serumreaktion bei Leberabszess. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 avril.) — Séroréaction de Widal dans un cas d'abcès du foie.

Oppenheim (H.). Ueber die Polymyositis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 avril et 4 mai.)

Osler (W.). Principles and practice of medicine. 5e éd. In-8°, 1202 p. Londres.

Pace (D.). Ricerche sperimentali e cliniche sulla pressione osmotica dei liquidi organici. In-8°, 200 p. Naples.

Picot. Le rétrécissement mitral et l'hémiplégie droite avec ou sans aphasie. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er mai.)

Predtétchensky (V.). Kyste dermoïde de la cavité thoracique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 18 et 25 janv.)

Rosenthal (G.). Nouveaux cas de broncho-pneumonie continue; remarques sur l'hospitalisation des pneumopathies. (*Rev. de méd.*, mai.)

Sallerin (Ch.). Sur le dosage de l'urée dans l'urine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Singer. Ueber Venenentzündung als Frühsymptom der Lungentuberkulose. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 mars.) — La phlébite comme symptôme précoce de la tuberculose pulmonaire.

Tcherno-Schwarz (B.) et **Bronstein** (O.). Le cytodiagnostic et sa valeur pratique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 12 et 19 avril.)

Williams (L.). On a case of toxæmia of obscure origin. (*Lancet*, 2 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Björkstén (J. I.). Vaccinationens historia i Finland. 1re partie. In-8°, 188 p. Helsingfors.

Horton-Smith (P.). An example of direct infection in typhoid fever. (*Lancet*, 11 avril.)

Kayser (H.). Ueber den Paratyphus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 avril.)

Kohn (B.). The causes of death in diphtheria. (*Amer. Medicine*, 10 janv.) — Les causes de la mort dans la diphtérie.

Lawson (D.). On streptococcus infection of the lungs. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Infection streptococcique des poumons.

Loir (A.). La rage dans l'Afrique du Sud. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Machold (B.). Ein seltener Masernfall. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 avril.) — Un cas rare de rougeole.

Müller (E.). Sur la propagation des fièvres paludéennes par les moustiques (en russe). (*Prakt. Vratch*, 15 fév.)

Munro (J. C.). The clinical diagnosis of typhoid perforation. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 5 fév.)

Ott (A.). Die Tuberkuloselitteratur des Jahres 1902. (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, 1er mai.)

Pace (D.). Sur l'existence du virus rabique dans le siège de la morsure d'un enfant mort de rage. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Polverini (G.). Serumtherapie gegen Beulenpest. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 avril.) — Sérothérapie de la peste bubonique.

Pratt (J. H.). On paratyphoid fever and its complications. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 5 fév.)

Reckzeh. Ueber einheimische Malaria und Malariakachexie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 avril.) — Malaria endémique et cachexie paludéenne.

Rodet (A.), **Grasset** (J.), **Baumel** (L.), **Forgue** (E.) et **Carrieu** (M.). Cinq conférences sur la tuberculose. In-8°, 121 p. avec fig. Montpellier.

Rousselot-Bénaud. La fièvre jaune à Grand-Bassam, en 1902. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Shattuck (F.). Diet in typhoid fever. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 5 fév.)

Tarruella (J.), **Presta** (A.) et **Proubasta** (F.). Contribución al estudio del paludismo en Barcelona. (*Rev. de med. y cirugia*, janv.)

Wolff (A. J.). On a new method for the application of Widal's test for the diagnosis of typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Xalabarder (E.). Un caso de infección tifoestreptocóccica. (*Rev. de med. y cirugia*, mars.)

Zupnik (L.) et **Posner** (O.). Typhus und Paratyphus. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alessi (U.). Resistenza elettrica e contrazione muscolare avanti e dopo l'accesso epilettico. (*Manicomio*, XIX, 1.)

Bichelonne et **Boucarut**. Coup de fleuret dans l'orbite droit; syndrome de Weber; hystéro-traumatisme probable. (*Rev. de méd.*, mai.)

Brownrigg (A. E.). Cerebral syphilis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 22 janv.)

Cotton (A. C.). Progressive bulbar paralysis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 avril.)

Dejerine (J.) et **Egger** (Max). Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de l'incoordination motrice (ataxie d'origine périphérique et ataxie d'origine centrale). (*Rev. neurol.*, 30 avril.)

Dupré (E.). Amnésie antérograde continue, topoagnosie et troubles de la psycho-réflectivité émotive, consécutifs à un choc moral. (*Rev. neurol.*, 15 mai.)

Féré (Ch.). Note sur la courbature comme équivalent épileptique. (*Rev. de méd.*, mai.)

Guillain (G.) et **Parant** (V.). Sur la présence d'albumines coagulables par la chaleur dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques spinaux. (*Rev. neurol.*, 30 avril.)

Hallager (F.). « Automatisme ambulatoire ». (*Hospitalstidende*, 29 avril et 6 mai.)

Lemanski. Kyste hydatique du cervelet. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mars-avril.)

Lempe (G.). Chronic hydrocephalus, with report of a case associated with gigantism. (*Albany Med. Ann.*, mai.)

Lilienfeld (C.). Zur Behandlung der Trigeminusneuralgie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 avril.) — Traitement de la névralgie du trijumeau.

Massalongo (R.). Contribution à l'origine corticale des tremblements. (*Rev. neurol.*, 15 mai.)

Pfister (H.). Ueber Störungen des Erwachens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 avril.) — Les troubles du réveil.

Räcke. Die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker. In 8°, 178 p. Halle. — Les troubles transitoires de la connaissance chez les épileptiques.

Rayneau. Quand faut-il interner un aliéné? Conduite à tenir pour le faire admettre dans un asile; de la rédaction du certificat médical. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 mai.)

Sala (G.). Degenerazione psichica consecutiva a trauma al capo. (*Gazz. med. lombarda*, 12 avril.)

Symmers (D.). Chronic bilateral parotiditis among the insane, with a detailed account of 5 cases. (*Amer. Medicine*, 31 janv.) — La parotidite chronique bilatérale chez les aliénés.

Ughetti (G. B.). La febbre isterica; note cliniche a proposito di un caso di questa febbre. (*Riforma med.*, 4 mars.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Halkin (H.). Ueber den Einfluss der Becquerelstrahlen auf die Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 2.) — Influence des rayons de Becquerel sur la peau.

Heller (J.). Ueber gummöse Syphilis der Mamma. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 avril.)

Hochsinger (C.). Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 2.) — Syphilis héréditaire précoce sans exanthème.

Horwitz (O.). An inquiry into the value of the irrigation method as a means of aborting and treating acute specific urethritis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, fév.)

Jacobi (E.). Atlas der Hautkrankheiten, mit Einschluss der wichtigsten venerischen Erkrankungen. 1re partie. In-8°, 64 p. avec planches. Vienne. — Atlas des maladies cutanées et vénériennes.

Lemanski. Essai de traitement de l'eczéma par les injections de sérum antistreptococcique. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mars-avril.)

Leven (L.). Acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer-Hartmann). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 2.)

Nepi (A.). La cura rapida dell'acariasi. (*Policlinico*, 29 avril.)

Nordentoft (P.). Et tilfælde af lupus vulgaris faciei, behandlet med frysning ved hjælp af chloræthyl. (*Hospitalstidende*, 29 avril.)

Permin (G. E.). Er erythema pernio (frosten) et tuberkulöst exantem? (*Hospitalstidende*, 6 mai.)

Trautmann (G.). Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege, mit besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten als Teilerscheinungen. In 8°, 191 p. Wiesbaden. — Le diagnostic différentiel entre les dermatoses et la syphilis dans les affections muco-cutanées de la cavité buccale et des voies respiratoires supérieures.

Tschlenow (M.). Ueber die Beziehungen zwischen Elephantiasis vulvae und Syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 2.) — Des rapports entre l'éléphantiasis de la vulve et la syphilis.

Vollmer (E.). Ueber hereditäre Syphilis und Haematoporphyrinurie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 2.)

CHIRURGIE

Bergmann (von), **Bruns** (von) et **Mikulicz** (von). Handbuch der praktischen Chirurgie. 1. Band : Chirurgie des Kopfes und der Speiseröhre. 2e éd. In-8°, 1086 p. avec fig. Stuttgart. — La chirurgie de la tête et de l'œsophage.

Bodenhamer (W.). Topical blood-letting as a derivative and revulsive remedy in congested and inflamed hemorrhoidal blood-vessels and tumors, and in other affections. (*New York Med. Journ.*, 17 janv.) — La saignée locale comme dérivatif et révulsif dans le traitement des congestions et des inflammations hémorrhoïdaires, ainsi que dans d'autres affections.

Brehm (O.). Ueber die Mesenterialschrumpfung und ihre Beziehungen zum Volvulus der Flexura sigmoidea. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 1.) — La rétraction du mésentère et ses rapports avec le volvulus de l'S iliaque.

Cardenal (S.). Sur les indications de l'intervention chirurgicale dans les maladies de l'estomac. In-8°, 74 p. Barcelone.

De Sanctis (L.). Ospedale Umberto I di Frosinone; resoconto statistico-clinico di un triennio di esercizio chirurgico. In-8°, 170 p. Frosinone.

Duval (P.). De la dilatation dite idiopathique du gros intestin; mégacôlon congénital (Mya); maladie de Hirschsprung. (*Rev. de chir.*, mars, avril et mai.)

Fränkel (F.). Einige Grundsätze für die Beurteilung und Behandlung der Kontusionen des Bauches. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 avril.) — Quelques principes pour l'appréciation et le traitement des contusions de l'abdomen.

Friedländer (G.). Zur Frage der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 1.) — Traitement de la péritonite tuberculeuse.

Goetjes (H.). Beiträge zur Frage der Leukocytose bei Perityphlitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 avril.)

Goullioud. Quelques observations de rétrécissement intrinsèque de l'intestin. (*Lyon méd.*, 10 mai.)

Grüneisen (M.). Ueber die subphrenischen Abscesse, mit Bericht über 60 operirte Fälle. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 1.)

Haggard (W. D.). Methods of closing the abdominal incision. (*Amer. Medicine*, 7 fév.) — Méthodes de fermeture de l'incision abdominale.

Halstead (A. E.). Tuberculous peritonitis. (*Amer. Medicine*, 31 janv.)

Hartmann (H.). Travaux de chirurgie anatomo-clinique (voies urinaires, estomac). In-8°, 360 p. avec fig.

Herhold. Hysterischer Spitzfuss nach Trauma. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mai.) — Pied équin hystérique, consécutif à un traumatisme.

Jensen (J.). Ueber Pneumokokkenperitonitis; 2. Mitteilung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 1.)

Joachimsthal. Isolirte Lähmung des linken Glutaeus medius und minimus als Unfallfolge. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mai.) — Paralysie isolée des moyen et petit fessiers gauches comme suite d'accidents.

Kelling. Ein Fall von Magenkarzinom mit erfolgreich operierter Fistula gastrocolica und 2 später entstandenen Gastroenterostomien nach Hacker'schem Typus. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 1.) — Un cas de cancer de l'estomac avec fistule gastrocolique opérée avec succès et deux gastro-entérostomies consécutives d'après le procédé de Hacker.

Körte (W.) et **Bernhardt** (M.). Ein Fall von Nervenpfropfung (des Nervus facialis auf den Nervus hypoglossus). (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 avril.) — Un cas de greffe du nerf facial sur le nerf hypoglosse.

Launois (P. E.) et **Lejars** (F.). Résultats des opérations libératrices du nerf radial à la suite des fractures de l'humérus. (*Rev. de chir.*, mai.)

Leclerc. Un cas d'obstruction calculeuse du canal cholédoque, guérie par la cholédocotomie; quelques réflexions sur la pathogénie de l'ictère dans la lithiase du cholédoque. (*Lyon méd.*, 3 mai.)

Lenormant (Ch.). Du traitement opératoire des plaies du diaphragme. (*Rev. de chir.*, mai.)

Lücke (R.). Peritonitis tuberculosa traumatica mit Ileus; ein Beitrag zur traumatischen Tuberculose der grossen serösen Körperhöhlen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 mai.) — Péritonite tuberculeuse traumatique avec iléus; contribution à l'étude de la tuberculose traumatique des grandes cavités séreuses.

Momburg. Die Luxation des Nervus ulnaris. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 1.)

Osgood (R.). Lesions of tibial tubercle occurring during adolescence. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 29 janv.)

Painter (Ch. F.). The malignancy of joint tuberculosis, illustrated by a series of 47 cases. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 janv.) — La malignité de la tuberculose articulaire.

Penzo (R.). Contributo alla cura dell'ernia crurale strozzata. (*Gazz. degli Osped.*, 22 mars.)

Pétroff (A. M.). Un cas d'anévrysme artério-veineux traumatique de l'artère et de la veine axillaires, guéri par l'extirpatiou du sac anévrysmal. In-8°, 5 p. avec fig. Sophia.

Prutz (W.). Ueber die Enteroanastomose, speciell die Ileocolostomie, in der Behandlung der Verschlüsse und Verengerungen des Darmes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 1.) — De l'entéro-anastomose et, en particulier, de l'iléo-colostomie dans le traitement des occlusions et des sténoses de l'intestin.

Schoemaker (J.). Over verandering in vorm der beenderen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 mai.) — Sur les difformités des os.

Smith (N.). Congenital displacement of the hip. (*Lancet*, 2 mai.) — Luxation congénitale de la hanche.

Thorburn (W.). An analysis of 110 operations for strangulated hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 25 avril.)

Tourner (G.). L'orthopédie moderne dans le traitement des suites graves de la paralysie infantile (en russe). (*Prakt. Vratch*, 22 et 29 mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Audibert (V.) et **Barraja** (A.). Acétonurie et grossesse. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

Burtenshaw (J. H.). General puerperal septicemia treated by intra-abdominal irrigation with normal saline solution; recovery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.)

Chambrelent et **Micheleau**. Diphtérie et grossesse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 mai.)

Dobrowolski (S.). La flore du vagin. (*Bull. de l'Acad. des scienc. de Cracovie*, fév.)

Dudley (E. C.). The operative treatment of cystocele and procidentia uteri. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 avril.)

Ferguson (A. H.). Anterior transplantation of the round ligaments for displacements of the uterus. (*New York Med. Journ.*, 17 janv.)

Goffe (J. R.). Vaginal celiotomy, its scope and limitations. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 22 janv.) — Cœliotomie vaginale; ses indications et ses limites.

Malade. Ueber Struma puerperalis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 mai.)

Mann (M. D.). The surgical treatment of puerperal infection. (*Amer. Medicine*, 7 fév.)

Pincus (L.). Atmokausis und Zestokausis; die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynäkologie. In-8°, 410 p. avec fig. Wiesbaden. — L'emploi de la vapeur d'eau à haute tension en gynécologie.

Schenk (F.). Zur Therapie der Hämatocele bei Extrauteringravidität. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 avril.)

Tuffier. Varices lymphatiques au cours de la grossesse. (*Rev. de chir.*, mai.)

Zangemeister (W.) et **Meissl** (Th.). Vergleichende Untersuchungen über mütterliches und kindliches Blut und Fruchtwasser, nebst Bemerkungen über die fötale Harnsekretion. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 avril.) — Recherches comparatives sur le sang maternel, le sang fœtal et le liquide amniotique, avec remarques sur la sécrétion urinaire du fœtus.

PÉDIATRIE

Aráoz Alfaro (G.). Sur la tuberculose infantile à Buénos-Ayres et particulièrement sur ses formes diffuses. In-8°, 16 p.

Demay de Certant (M.). Traitement de la bronchite aiguë des jeunes enfants. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, avril.)

Galtier (J.). Arthrite blennorrhagique consécutive à une conjonctivite purulente gonococcique chez un nouveau-né. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 mai.)

Mann (F. J.). Feeding of infants and children. (*Amer. Medicine*, 7 fév.) — L'alimentation des nourrissons et des enfants.

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 20. In-8°, p. 597 à 704. Vienne.

Oberwarth (E.). Primäre Angina gangraenosa bei einem Knaben. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 et 30 avril.) — Angine gangreneuse primitive chez un garçon [de douze ans].

Pfeiffer (E.). Verhandlungen der 19. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abteilung für Kinderheilkunde der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad, 1902. In-8°, 262 p. avec fig. Wiesbaden. — Compte rendu de la dix-neuvième Assemblée de la Société allemande de pédiatrie.

Wachenheim (L.). Chronic gastritis and gastric motor insufficiency in children. (*New York Med. Journ.*, 24 janv.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Collet (F.-J.) et **Beutter** (M.). Périostite mastoïdienne syphilitique. (*Lyon méd.*, 10 mai.)

Dean (L. W.). Therapy of otitis media suppurativa chronica. (*Amer. Medicine*, 17 janv.)

Depierris (J.-A.). Le bain nasal (technique et indications). 2e éd. In-8°, 16 p. avec fig.

Fischer (J. F.). De ved adenoide vegetationer direkte fremkaldte symptomer, følgesygdomme og komplikationer. (*Ugeskrift for Læger*, 24 avril.)

Frey (H.). Contribution à l'étude des abcès cérébraux d'origine otitique. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Grunwald (L.). Atlas-manuel des maladies de la bouche, du pharynx et des fosses nasales. (Trad. de l'allemand par G. Laurens.) In-8°, 197 p. avec fig. et planches.

Kalt et **Golesceano**. Périsinusite frontale avec lésions minimes du sinus. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Lévi (L.) et **Rothschild** (H. de). Paralysie faciale congénitale avec agénésie de l'oreille. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

HYGIÈNE

Calendoli (E.). Sulla disinfezione degli sputi tubercolari; contributo sperimentale. (*Benessere*, X, 10.) — Recherches expérimentales sur la désinfection des crachats tuberculeux.

Ceresole (G.). Della necessità di modificare il sistema di pulizia stradale di Venezia in riguardo all'igiene. In-8°, 37 p. Venise. — Nécessité, au point de vue de l'hygiène, de modifier le service de nettoiement des rues de Venise.

Compte rendu du Congrès universitaire de Toulouse pour la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose. In-8°, 75 p. Toulouse.

Critzman (D.). Les résultats de la lutte antituberculeuse en Allemagne. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Wolf (K.). Ueber Ventilation. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 avril.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Barrows (Ch.). The treatment of acute septicemia by the intravenous infusion of a solution of formaldehyde. (*New York Med. Journ.*, 31 janv.)

Carrière (G.). Traitement de l'éruption variolique par l'acide phénique. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Gaglio (G.). Nuovi preparati per la iniezione ipodermica della chinina. (*Riv. critica di clinica medica*, 28 mars.)

Garnier (Ch.). La révulsion par le vésicatoire à l'iodure de méthyle; ses avantages; sa technique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai.)

Kahn (M.). Hypodermoclysis in pneumonia. (*Amer. Medicine*, 7 fév.)

Lemoine (G.). Médication apéritive. (*Nord méd.*, 15 mai.)

O'Malley (J.). Diphtheria antitoxin in the infectious or bacterial bronchopneumonia of childhood. (*Amer. Medicine*, 17 janv.)

Schoull (E.). Du lavage du sang dans la paralysie diphtérique. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mars-avril.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Gilbert (W. H.), **Meissner** (P.) et **Oliven** (A.). Die bei der zweiten deutschen Aerzte-Studienreise besuchten sächsischen und böhmischen Bäder. In-8°, 348 p. avec fig. Berlin. — Deuxième voyage d'études médicales aux stations balnéaires de la Saxe et de la Bohême.

Grossman (J.). Ueber den Einfluss von Trinkkuren mit Mineralwässern auf den osmotischen Druck des menschlichen Blutes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 avril.) — Influence des cures d'eaux minérales (en boisson) sur la tension osmotique du sang.

Gurucharri y Echauri (J. E.). Memoria de las aguas minerales de Panticosa. In-8°, 272 p. avec plans. Madrid.

Herz (M.). Ueber den Einfluss thermischer Reize auf die Temperatur entfernter Hautstellen. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, avril.) — De l'influence exercée par les irritations thermiques sur la température des territoires cutanés éloignés.

Kisch (E. H.). Die Erleichterung der Herzarbeit durch balneo-therapeutische Mittel. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 27 avril.) — Les moyens balnéo-thérapeutiques destinés à faciliter le fonctionnement du cœur.

Marcuse (J.). Bäder und Badewesen in Vergangenheit und Gegenwart. In-8°, 167 p. avec fig. Stuttgart. — Les bains dans le passé et dans le présent.

Reymond (C.). La climatologie de Sierre. In-8°, 32 p. Genève.

Van Hassel (V.). Dans les Vosges; voyage d'études médicales. In-8°, 114 p. Bruxelles.

GÉNÉRALITÉS

Annual report of the New York State Reformatory of Elmira for the year ending September 30th 1902. In-8°, 138 p. avec fig. New-York.

Bourrillon (M.). L'assistance aux estropiés et aux mutilés en Danemark, Suède et Norvège. In-8°, 46 p. Melun. Impr. administrative.

Clemow (F. G.). The geography of disease. In-8°, 624 p. avec cartes. Cambridge. — Les maladies et leur distribution géographique.

Manget (C.). Tableaux synoptiques des champignons comestibles et vénéneux. In-16, 128 p. avec fig. et planches.

Salterain (J. de). La mortalidad de Montevideo, desde Diciembre de 1901 hasta Noviembre de 1902 (inclusive). In-16, 24 p. avec tableaux. Montévidéo.

Salzwedel. Aerztliche Forderungen zur Reform des Krankenpflegewesens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6, 13 et 20 avril.) — Les desiderata médicaux concernant la réforme de l'organisation des soins donnés aux malades.

Sano (F.). Du degré de certitude dans les sciences médicales. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, janv.-fév.-mars.)

Troisième Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances tenu à Paris du 25 au 28 mai 1903. T. Ier : rapports. In-8°, 200 p.

23e ANNÉE. — No 24. Vingt centimes le numéro. 17 JUIN 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Médecine pratique. — La forme colique de la grippe et l'érythème palato-pharyngé qui la révèle, par M. le docteur N. Chryssovergis 193

Trente-deuxième congrès de la Société allemande de chirurgie (tenu à Berlin du 3 au 6 juin 1903). — De la péritonite à pneumocoques 194
Péritonite par perforation de l'S iliaque 194
Des indications et des résultats de la cardiolyse 194
De la thoracoplastie 194
Perforation transversale complète du thorax 195
Des zones hyperalgésiques dans les blessures de la tête par armes à feu 195
Du traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne non traumatique 195
Anesthésie des troncs nerveux par un mélange de cocaïne et d'adrénaline 195
Traitement de la paralysie du facial par la greffe nerveuse 196
De l'extirpation sous-cutanée des lymphomes tuberculeux du cou 196
De l'importance des pertes de substance crânienne d'origine traumatique et de leur obturation 196
Du traitement opératoire des plaies du cœur 196
Contribution à la chirurgie de la rate 196
Des fistules goitreuses 197
Du diagnostic fonctionnel des affections rénales 197
L'appareil lymphatique des joues et du diaphragme 197
Kyste hydatique du crâne 197
Traitement opératoire du torticolis musculaire 197
Des lésions rénales sous-cutanées 198
Pathogénie et traitement des hémorrhagies du pancréas 198
Du mécanisme vésical chez les prostatiques 198
De la désinfection des sondes élastiques 198
De la prostatectomie périnéale 198
De l'extirpation des cancers situés à la limite du rectum et du côlon pelvien 198
Traitement des angiomes caverneux par le magnésium 199

Sociétés savantes : *Société médicale des hôpitaux.* — Rôle du chlorure de sodium dans la pathogénie de certains œdèmes brightiques 199
Paralysie infantile avec réaction méningée. 199
Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades 199

Société de biologie. — Corps thyroïde et poisons de l'organisme au cours de la gestation (éclampsie) 199
Le faisceau pyramidal homolatéral 199
Etat de la sécrétion gastrique aux différentes périodes de la tuberculose pulmonaire 199
Anesthésie de la dentine par l'injection d'un mélange de cocaïne et d'adrénaline 200
Sur un cas de dissociation du phénomène des orteils 200

Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Cachexies progressives mortelles sans lésions anatomiques 200
Sur la gastrosucorrhée 200
Gangrène spontanée unilatérale des doigts. 200

Société de médecine interne de Berlin. — Infection générale par le muguet 200
Œil et immunité 200
Le traitement chirurgical des abcès pulmonaires 200
Panaris gonococcique 201
Endocardite septique chez un blennorrhagique 201

Lettres d'Autriche. — Emploi du plombage à l'iodoforme comme moyen de prothèse 201
Action des radiations de radium sur la rétine 201
Valeur comparée des viandes blanches et des viandes noires 201
Cellules chromaffines et maladie d'Addison. 201
Myélomes multiples sans albumosurie 201

Lettres de Suisse. — Le traitement des tuberculeux dans les colonies familiales 201

Lettres d'Amérique. — Traitement opératoire des rétrodéviations utérines 202

Lettres de Colombie. — Influence du paludisme dans l'apparition du béribéri 203

Notes thérapeutiques. — La photothérapie dans le traitement de l'ozène et des otites moyennes purulentes chroniques 204
Traitement de la fissure à l'anus par le permanganate de potasse 204
La médication surrénale comme moyen de traitement des affections prurigineuses .. 204

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès pulmonaires .... 200[3]
Affections rénales et leur diagnostic fonctionnel .... 197[1]
Anesthésie des troncs nerveux par un mélange de cocaïne et d'adrénaline .... 195[3]
Angiomes caverneux .... 199[1]
Appareil lymphatique des joues et du diaphragme .... 197[3]
Béribéri et paludisme .... 203[2]
Blessures de la tête par armes à feu et zones hyperalgésiques .... 195[1]
Cachexies progressives mortelles sans lésions anatomiques .... 200[1]
Cancers situés à la limite du rectum et du côlon pelvien et leur extirpation .... 198[3]
Cardiolyse .... 194[2]
Cellules chromaffines et maladie d'Addison. 201[2]
Chirurgie de la rate .... 196[3]
Chlorure de sodium et œdèmes brightiques. 199[1]
Cocaïne et adrénaline pour l'anesthésie de la dentine .... 200[1]
— — pour l'anesthésie des troncs nerveux .... 195[3]
Colonies familiales de tuberculeux .... 201[3]
Corps thyroïde et poisons de l'organisme pendant la gestation .... 199[2]
Dentine et son anesthésie .... 200[1]
Diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades en 1902 1903 .... 199[2]
Eclampsie et sa pathogénie .... 199[2]
Endocardite septique chez un blennorrhagique .... 201[1]
Epilepsie expérimentale par les courants de Leduc .... 200[1]
— jacksonienne non traumatique .... 195[2]
Erythème palato-pharyngé dans la grippe à forme colique .... 193[1]
Faisceau pyramidal homolatéral .... 199[3]
Fissure à l'anus .... 204[3]
Fistules goitreuses .... 197[1]
Gangrène spontanée unilatérale des doigts .. 200[2]
Gastrosucorrhée .... 200[1]
Greffe nerveuse contre la paralysie du facial. 196[1]
Grippe à forme colique .... 193[1]
Hémorrhagies du pancréas .... 198[2]
Kyste hydatique du crâne .... 197[3]
Lésions rénales sous-cutanées .... 198[1]
Lymphomes tuberculeux du cou .... 196[1]
Magnésium contre les angiomes caverneux .. 199[1]
Maladie d'Addison et cellules chromaffines. 201[2]
Mécanisme vésical chez les prostatiques .. 198[2]
Muguet et infection générale .... 200[2]
Myélomes multiples sans albumosurie .... 201[3]
Œdèmes brightiques et chlorure de sodium. 199[1]
Œil et immunité .... 200[3]
Ozène et otites moyennes purulentes chroniques .... 204[2]
Paludisme et béribéri .... 203[2]
Panaris gonococcique .... 201[1]
Paralysie du facial .... 196[1]
— infantile avec réaction méningée ... 199[2]
Perforation transversale complète du thorax 195[1]
Péritonite à pneumocoques .... 194[1]
— par perforation de l'S iliaque .... 194[2]
Permanganate de potasse contre la fissure à l'anus .... 204[3]
Pertes de substances crâniennes .... 196[2]
Phénomène des orteils dissocié .... 200[1]
Photothérapie de l'ozène et des otites moyennes purulentes chroniques .... 204[2]
Plaies du cœur .... 196[2]
Plombage à l'iodoforme comme moyen de prothèse .... 201[1]
Préparations surrénales contre le prurit .... 204[3]
Prostatectomie périnéale .... 198[3]
Prurit .... 204[3]
Radium et son action sur la rétine .... 201[2]
Rétrodéviations utérines .... 202[3]
Sécrétion gastrique et tuberculose pulmonaire .... 199[3]
Sondes élastiques et leur désinfection .... 198[2]
Thoracoplastie .... 194[3]
Torticolis musculaire .... 197[3]
Traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne non traumatique .... 195[2]
— — des abcès pulmonaires 200[3]
— — des plaies du cœur .. 196[2]
— — des rétrodéviations utérines .... 202[3]
— — du torticolis musculaire .... 197[3]
— de la fissure à l'anus .... 204[3]
— de la paralysie du facial .... 196[1]
— de la tuberculose pulmonaire .... 201[3]
— de l'ozène et des otites moyennes purulentes chroniques .... 204[2]
— des angiomes caverneux .... 199[1]
— des hémorrhagies du pancréas .. 198[2]
— du prurit .... 204[3]
Tuberculose pulmonaire .... 201[3]
— et sécrétion gastrique. 199[3]
Viandes blanches et viandes noires .... 201[2]
Zones hyperalgésiques dans les blessures de tête par armes à feu .... 195[1]

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 61, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

23e ANNÉE. — No 25. Vingt centimes le numéro. 24 JUIN 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Travaux originaux. — La scarlatine latente et son importance épidémiologique, par M. le docteur P. Caziot 205
Médecine pratique. — La maladie des pêcheurs d'éponges, par M. le docteur Skevos Zervos 208
Sociétés savantes : *Académie de médecine*. — Association de la cholécystite et de l'appendicite 209
Splénectomie pour rupture traumatique de la rate...................... 209
Société de chirurgie. — Traitement de la lithiase biliaire...................... 209
Perforations du rectum consécutives à l'hystérectomie abdominale...................... 210
Traitement de la gangrène pulmonaire.... 210
Exclusion de l'intestin...................... 210
Société médicale des hôpitaux. — Rétention du chlorure de sodium dans l'œdème cardiaque...................... 210
Société de biologie. — Intoxication par l'oxyde de carbone, avec disparition du gaz toxique du sang des victimes...................... 210
Langue saburrale et albuminurie.......... 211
Influence des variations de la pression atmosphérique sur la pression sanguine....... 211
Congestion active du rein déterminée par l'excitation centripète du pneumogastrique 211
Société de dermatologie et syphiligraphie. — Eruptions causées par l'antipyrine...... 211
Prurit et prurigo comme signes révélateurs de la carcinose abdominale 211
Lésions tuberculeuses de la langue....... 211
Etranger : *Société de médecine berlinoise*. — Cachexies progressives mortelles sans lésions anatomiques...................... 211
Luxation congénitale de la hanche chez un enfant de cinq semaines...................... 211
Société de médecine interne de Berlin. — Cas de peste observé à Berlin...................... 211
Notes thérapeutiques. — Le formol contre les séborrhées du cuir chevelu.......... 212
Emploi de la gélatine pour éviter des hématomes post-opératoires...................... 212
L'électricité statique dans le traitement du morphinisme...................... 212
La médication thyroïdienne dans la cachexie gastro-intestinale des nourrissons 212
La naphtaline dans le traitement de l'endométrite puerpérale...................... 212
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Actinies et maladie des pêcheurs d'éponges. 208^3
Albuminurie et langue saburrale .... 211^1
Antipyrine et éruptions qu'elle cause .... 211^1
Appendicite et cholécystite .... 209^2
— et son histoire en France...... 210^2
Cachexie gastro-intestinale des nourrissons. 212^3
Cachexies progressives mortelles sans lésions anatomiques..................... 211^2
Carcinose abdominale et prurit............. 211^2
Chlorure de sodium et son rôle dans l'œdème cardiaque........................ 210^2
Cholécystite et appendicite................. 209^2
Cloisonnement du bassin pour perforation du rectum.............................. 210^1
Congestion du rein par excitation du pneumogastrique .... 211^1
Electricité statique dans le traitement du morphinisme............................ 212^2
Endométrite puerpérale..................... 212^3
Exclusion de l'intestin...................... 210^2
Formol contre les séborrhées................ 212^1
Gangrène pulmonaire........................ 210^1
Gélatine contre les hématomes post-opératoires .... 212^2
Hématomes post-opératoires.................. 212^2
Intoxication oxycarbonée et disparition du gaz toxique du sang des victimes........ 210^3
Langue saburrale et albuminurie............ 211^1
Lithiase biliaire............................ 209^3
Luxation congénitale de la hanche chez un enfant de cinq semaines.................. 211^3
Maladie des pêcheurs d'éponges............. 208^3
Morphinisme................................ 212^2
Naphtaline contre l'endométrite puerpérale. 212^3
Œdème cardiaque et rétention du chlorure de sodium .... 210^2
Perforations du rectum consécutives à l'hystérectomie abdominale.................. 210^1
Peste à Berlin.............................. 211^3
Pression sanguine et pression atmosphérique 211^1
Prurit et carcinose abdominale.............. 211^2
Rupture de la rate.......................... 209^2
Scarlatine latente et son importance épidémiologique............................ 205^1
Séborrhées.................................. 212^1
Splénectomie pour rupture de la rate....... 209^2
Thyroïdothérapie dans la cachexie gastro-intestinale des nourrissons............... 212^3
Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire......... 210^1
— — de la lithiase biliaire 209^3
— de la cachexie gastro-intestinale des nourrissons........ 212^3
— de la rupture de la rate......... 209^2
— de l'endométrite puerpérale..... 212^3
— des séborrhées.................. 212^1
— du morphinisme................. 212^2
— préventif des hématomes post-opératoires..................... 212^2
Tuberculose de la langue.................. 211^2

VARIA

Notre envoyé aux Etats-Unis bloqué par les inondations.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Kansas City, le 3 juin 1903.

J'ai le regret de vous informer que je me vois obligé de suspendre mes correspondances hebdomadaires jusqu'à une époque indéterminée. Voici ce qui s'est passé :

Ayant quitté New-York vendredi dernier, j'ai pris samedi à Chicago un train du Santa-Fé. Ce train m'a amené, le dimanche de la Pentecôte à huit heures du matin, en gare de Kansas City où je ne comptais rester que dix minutes avant de poursuivre ma route. Au moment où nous allions repartir, une crue subite du Missouri et du Kansas a bloqué la voie que nous devions prendre et par laquelle venaient de passer deux trains que nous avions croisés à quelques kilomètres de Kansas City. Sur ces entrefaites, la gare a également été envahie par le flot qui montait et nous n'avons eu que juste le temps d'évacuer le train pour aller nous réfugier sur la falaise qui domine la gare. Nos bagages n'ayant pas été retirés du train, j'ignore encore actuellement dans quel état se trouve ma malle et, dans l'affolement général, il m'est impossible de rien savoir à cet égard. Or, ma malle contient les documents qui devaient me servir à écrire mes correspondances, et, sans eux, je ne puis rien faire. Tout dépend donc de l'époque à laquelle je pourrai recouvrer ma malle (si tant est qu'elle n'ait pas été entraînée par le courant) et de l'état dans lequel elle me sera rendue, autant de points d'interrogation auxquels il sera impossible de répondre avant quelque temps.

Dr Francis Munch (de Paris).

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants étrangers MM. Narich (de Smyrne) et J. Hirschberg (de Berlin).

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Besançon. — M. le docteur Heitz, professeur de clinique obstétricale, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

M. le docteur Baigue, suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Voisenet, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur Albert Gassmann est nommé privatdocent de dermatologie.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur A. Plehn est nommé privatdocent de médecine interne et d'hygiène des pays chauds.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur F. X. Lewkowicz est nommé privatdocent de pédiatrie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Karl Gussenbauer, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Karl Gegenbaur, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Rudolf Jürgens, privatdocent d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Luigi Bufalini, rédacteur en chef du *Morgagni*. — M. le docteur J. Birkbeck Nevins, ancien lecteur de matière médicale à l'University College de Liverpool. — M. le docteur George Pierre Andrews, ancien professeur de médecine au Detroit Medical College.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bang (I.). Om de hvide blodlegemer. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Sur les leucocytes.

Keen (W.). A note on the anatomy of perirenal fatty tissue. (*Amer. Medicine*, 31 janv.) — Anatomie du tissu adipeux périrénal.

Le Damany. La torsion de l'humérus. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 1.)

Möller (J.) et **Müller** (P.). Kompendium der Anatomie des Menschen. In-8°, 436 p. avec fig. et planches. Leipzig.

Ramón y Cajal (S.). Studien über die Hirnrinde des Menschen. 4. Heft: Die Riechrinde beim Menschen und Säugetier. (Trad. de l'espagnol par J. Bresler.) In-8°, 195 p. avec fig. Leipzig. — L'écorce de la région olfactive du cerveau chez l'homme et chez les mammifères.

Rauber (A.). Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 6e éd. T. II. In-8°, 968 p. avec fig. Leipzig.

Tarchetti. Granulazioni iodofile e granulazioni eosinofile. (*Gazz. degli Osped.*, 19 avril.)

PHYSIOLOGIE

Cavazzani (E.). Sulla presenza del nucleone nello sperma e nel vitreo; nota preliminare. (*Gazz. degli Osped.*, 5 avril.)

Cluzet (J.). Etude comparative des manifestations électrotoniques des nerfs et de l'inversion de la loi des secousses. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Gillet (Ch.). Existe-t-il une lipase dans le lait? (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Gómez Ocaña (J.). Survie d'un chien après la double section simultanée de deux nerfs vague-sympathique, pratiquée dans le cou. In-8°, 10 p. Madrid.

Hermann (L.). Jahresbericht über die Fortschritte der Physiologie: General-Register zu Band I-X (Jahrgänge 1892-1901). In-8°, 140 p. Bonn. — Compte rendu des travaux de physiologie: tables des T. I à X (années 1892-1901).

Tchiriev (S.). Laquelle des hypothèses de l'électrotonus des nerfs est vraie? (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Tissot (J.). Sur l'influence de la diminution de l'oxygène du sang sur les phénomènes thermiques normaux de la contraction musculaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Baumgarten (P. von). Arbeiten auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Bacteriologie aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Tübingen. T. IV, 2e fasc. In-8°, p. 113 à 228, avec planches. Leipzig.

Busse (O.). Das Obduktionsprotokoll. 2e éd. In-8°, 150 p. Berlin. — Le procès-verbal d'autopsie.

Devic (E.) et **Gallavardin** (L.). De la coexistence sur le tube digestif de deux cancers primitifs présentant le même type histologique (épithélioma cylindrique). (*Lyon méd.*, 24 et 31 mai.)

Feinberg (L.). Das Gewebe und die Ursache der Krebsgeschwülste. In-8°, 231 p. avec planches. Berlin. — Histologie et étiologie des tumeurs cancéreuses.

Flatau (E.), **Jacobsohn** (L.) et **Minor** (L.). Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems. 2e partie. In-8°, p. 321 à 640, avec fig. Berlin. — Manuel d'anatomie pathologique du système nerveux.

Jacobæus (H. C.). Ein Fall von hypertrophischer tuberöser Sklerose mit multiplen Nierengeschwülsten kombiniert. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 1.) — Un cas de sclérose hypertrophique tubéreuse avec tumeurs multiples des reins.

Loeb (L.). Cell implantation in the production of tumors. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.)

Parhon (C. et Mme C.). Contribution à l'étude des localisations dans le noyau de l'hypoglosse; étude anatomo-pathologique du bulbe rachidien dans un cas de cancer de la langue. (*Rev. neurol.*, 15 mai.)

Pathologisch-anatomische Arbeiten, gewidmet Herrn Prof. Dr. Johannes Orth zu seinem 25 jährigen Professoren-Jubiläum von den Göttinger Assistenten, Schülern und Freunden. In-8°, 744 p. avec fig. et portrait. Berlin.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Averbakh (D.). Influence de quelques alcalins sur l'évolution des maladies infectieuses provoquées expérimentalement (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 8.)

Carmichael (E. S.). The effect of introduction of foreign bodies into the gall bladder upon the deposit of calculus-forming substances. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mai.) — Influence exercée sur la formation des concrétions par l'introduction de corps étrangers dans la vésicule biliaire.

Dean (G.) et **Todd** (Ch.). Experiments on tuberculosis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mai.)

Durante (D.). Influenza delle iniezioni di siero di sangue nelle infezioni colibacillari sperimentali. (*Pediatria*, avril.)

Luxenburger (A.). Experimentelle Studien über Rückenmarks-Verletzungen. In-8°, 96 p. avec fig. et planches. Wiesbaden. — Recherches expérimentales sur les lésions traumatiques de la moelle épinière.

Morgenroth (J.). Zur Frage des Antimorphinserums. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 mai.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Dieudonné. Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie; zusammenfassende Uebersicht über die Immunitätslehre. 3e éd. In-8°, 168 p. Leipzig. — Immunité, inoculations préventives et sérothérapie.

Flexner (S.) et **Noguchi** (H.). The constitution of snake venom and snake sera. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mai.) — La composition du venin et des sérums sanguins de vipères.

Gilardoni (E.). Sul fenomeno dell'agglutinazione del sangue. (*Gazz. degli Osped.*, 12 avril.)

Mircoli (S.) et **Gervino** (A.). Auto-emolisi da alcool; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 12 avril.)

Neumeister (R.). Betrachtungen über das Wesen der Lebenserscheinungen; ein Beitrag zum Begriff des Protoplasmas. In-8°, 107 p. Iéna. — Considérations sur la nature des phénomènes vitaux; contribution à la conception du protoplasma.

Norris (G. W.). A contribution to the study of the human blood pressure in some pathological conditions. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Contribution à l'étude de la tension sanguine dans quelques états pathologiques.

MÉDECINE

Böhler (E.). Beitrag zur Klinik der Nierentumoren, speziell der malignen Hypernephrome. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 et 14 mai.)

Bussi (A.). Per un caso acuto di tetano reumatico. (*Gazz. degli Osped.*, 10 mai.)

Canessa (J. F.). Rara localización de la enfermedad de Raynaud. (*Rev. méd. del Uruguay*, avril.)

De Blasi (A.). Emoglobinuria dei malarici. (*Gazz. degli Osped.*, 26 avril.)

Faber (K.). Perniciös anæmi. (*Hospitalstidende*, 3 juin.)

Fenwick (S. et W. S.). Cancer and other tumors of the stomach. In-8°, 354 p. Philadelphie. — Cancer et autres néoplasmes de l'estomac.

Fisch (M.). Der Blutdruck als Mass der Herzfunktion. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 14 mai.) — La tension sanguine comme mesure du fonctionnement du cœur.

Jores (L.). Wesen und Entwickelung der Arteriosklerose. In-8°, 172 p. avec planches. Wiesbaden. — La nature et le développement de l'artériosclérose.

Krokiewicz (A.). Beitrag zur Lehre von der « Anaemia perniciosa progressiva idiopathica ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 mai.)

Lenné. Zur Aetiologie des Diabetes mellitus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mai.)

Norsa (G.). Fibro-lipomatosi multipla non dolorosa. (*Policlinico*, 14 mai.)

Scherk (C.). Die neurogene Ursache der Gicht und ihre Behandlung. In-8°, 47 p. Berlin. — L'étiologie nerveuse et le traitement de la goutte.

Schmidt (A.). Ueber den Nachweis und die Bestimmung des Indols in den Fäzes mittels der Ehrlich'schen Dymethylamidobenzaldehydreaktion. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 avril.) — Recherche et dosage de l'indol dans les fèces au moyen de la réaction d'Ehrlich.

Sérégé (H.). Etude sur le rôle du foie dans la pathogénie des gastrites chroniques dites primitives. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 fév., 1er, 8, 15 et 22 mars.)

Simon (P.). Pleurésie purulente à pneumocoques latente; compression de la trachée; thoracentèses répétées; guérison. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai.)

Talma (S.). Een beoefenaar der inwendige geneeskunde tegenover het carcinoom. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 mai.) — Le cancer au point de vue de la médecine interne.

Teschemacher. Le diabète (Diabetes mellitus) et son traitement. (Trad. de l'allemand par Maret.) In-8°, 60 p. Metz.

Toen (A.). Un cas d'hémoglobinurie paroxystique ou à frigore. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, janv.-fév.-mars.)

Touche. Quelques réflexions sur la nature du rhumatisme chronique déformant. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 mai.)

Ulrici (H.). Ueber den Harnstoffgehalt von Transsudaten und Exsudaten. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 18 avril.) — La teneur en urée des transsudats et des exsudats.

Vermehren (F.). Pseudoanämia angiospastica. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 1.)

Weber (L.). Intestinal indigestion and its relation to arterial sclerosis and renal disease. (*New York Med. Journ.*, 17 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bernheim (S.). Le dispensaire antituberculeux. In-8°, 102 p. avec fig. J. Rousset.

Bettencourt (A.), **Kopke** (A.), **Gomes de Rezende** (J.) et **Correia Mendes** (A.). Note on the etiology of the sleeping sickness. (*Lancet*, 23 mai.) — Note sur l'étiologie de la maladie du sommeil.

Bludau. Die Bekämpfung der Malaria in Puntacroce. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 1.) — La lutte contre la malaria à Puntacroce [île de Cherso].

Cagiati (L.). Due casi di morbillo accompagnati da disturbi nervosi di origine cerebrale. (*Policlinico*, 9 mai.)

Capurbano (M.). Note cliniche patologiche sopra un'epidemia di morbillo. (*Gazz. degli Osped.*, 3 mai.)

Ferguson (A. R.). The leucocytosis of variola. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mai.)

Forbes (D.). Preliminary note as to the frequency and importance of the presence of diphtheria bacilli in the ear discharges of scarlet fever patients. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mai.) — La fréquence et la signification de la présence du bacille de la diphtérie dans les sécrétions d'oreille chez les scarlatineux.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Ayerza (A.). Syndrome de Babinsky. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Bacialli (P.) et **Collina** (M.). Leucomielite da morbo di Pott e atrofia muscolare. (*Gazz. degli Osped.*, 26 avril.)

Bartels (M.). Ueber Erkrankung der Cauda equina im Gefolge von Tuberkulose der Symphysis sacroiliaca und der angrenzenden Beckenknochen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 3.) — Lésions de la queue de cheval, consécutives à la tuberculose de la symphyse sacro-iliaque et des os avoisinants du bassin.

Bernhardt (M.). Zur Pathologie veralteter peripherischer Facialislähmungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mai.) — Pathologie des paralysies faciales périphériques invétérées.

Farreras (P.). La motilidad voluntaria y la finalidad de su disminución en el miedo. In-8°, 12 p. Saragosse. — La motilité volontaire et la raison de sa diminution dans la peur.

Feddersen. Ischias nach praktischen Erfahrungen. In-8°, 32 p. Berlin. — La névralgie sciatique d'après les observations cliniques.

Henschen (S. E.). Kann eine Rückenmarksgeschwulst spontan zurückgehen? (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 3.) — Une tumeur de la moelle épinière peut-elle rétrocéder spontanément?

Ingelrans et **Dubois**. Epilepsie procursive. (*Echo méd. du Nord*, 10 mai.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Aberastury (M.). Un caso de sarcomatosis idiopática cutánea (tipo Perrin). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Bodin (E.). Sur un cas de dermite artificielle à type papulo-tuberculeux, d'origine médicamenteuse. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 1.)

Bryan (W. A.). Iodoform dermatitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.)

Carayon (A.). Desquamation estivale en aires des mains. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, avril.)

Lebet (A.). Contribution à l'étude de l'hidrocystome (avec une note sur la *granulosis rubra nasi*). (*Ann. de dermatol. et de syph.*, avril.)

Ohmann-Dumesnil (A. H.). The rôle of bacteria in the production of skin diseases. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.*, mai.) — Le rôle des bactéries dans la pathogénie des maladies de la peau.

Pezzoli (K.) et **Porges**. 12,000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten. In-8°, 101 p. Leipzig et Vienne. F. Deuticke. — 12,000 cas de maladies cutanées et vénériennes.

Schein (M.). Ueber die Entstehung der Glatze. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 mai.) — Pathogénie de la calvitie.

PARASITOLOGIE

Boigey (M.). La trypanose ou maladies à trypanosomes. (*Revue scientifique*, 9 et 23 mai.)

Dönitz (W.). Beiträge zur Kenntnis der Anopheles; 2. Mitteilung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 1.)

Klug (A.). Der Hausschwamm, ein pathogener Parasit des menschlichen und tierischen Organismus, speziell seine Eigenschaft als Erreger von Krebsgeschwülsten. In-8°, 139 p. avec fig. Freiheit-Johannisbad. — Le champignon des maisons comme parasite de l'homme et des animaux, surtout en tant qu'agent pathogène des tumeurs cancéreuses.

Leger (M.). Régurgitation et vomissements d'anneaux de tænia. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 mai.)

Ssaweljew (N. A.). Ueber die Entstehung der Appendicitis auf der Basis einer Infektion mit Darmparasiten. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 11 mai.) — Les parasites intestinaux comme cause de l'appendicite.

Whittles (J. D.). A case of general infection by a nematode, accompanied by hypertrophic gingivitis. (*Lancet*, 23 mai.)

CHIRURGIE

Allen (L. W.). Chronic interlobular pancreatitis; report of a case of pancreatic calculi, with multiple cysts of the pancreas. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Bayer (C.). Zur Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia und im Calcaneus. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 9 mai.) — Traitement des excavations du tibia et du calcanéum.

Bennecke (E.). Operationsübungen an der Leiche. In 8°, 182 p. avec fig. Leipzig. — Exercices opératoires sur le cadavre.

Bérard (L.) et **Patel** (M.). Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche. (*Rev. de chir.*, mai.)

Bergmann (von), **Bruns** (von) et **Mikulicz** (von). Handbuch der praktischen Chirurgie. 4. Band: Chirurgie der Extremitäten. 2e éd. In-8°, 1108 p. avec fig. Stuttgart.

Blum (V.). Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Coxa vara statica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 mai.)

Briggs (C. E.). Intestinal perforation during the course of typhoid fever, and its surgical aspects. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Brun (H.). Der Schädelverletzte und seine Schicksale. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 1, 2 et 3.) — Le pronostic des traumatismes du crâne.

Caminiti (G. V.). Contributo alla cura radicale della fistola intestinale e dell'ano preternaturale. (*Gazz. degli Osped.*, 5 avril.)

Caro (L.). Ueber Chloroformnarcose. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 16 mai.)

Collins (H. D.). Intracranial neurectomy; report of a case followed by extensive temporary paralysis. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Cumston (Ch. G.). Hepatic syphilis from a surgical standpoint. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Cushing (H.). The surgical treatment of facial paralysis by nerve anastomosis. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Deutschländer (C.). Zur operativen Behandlung der Peroneuslähmung. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 18 avril.) — Traitement opératoire de la paralysie du tibial antérieur.

Dowd (Ch. N.). Tuberculosis of the femoral, inguinal and iliac lymph nodes secondary to foot wounds. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Tuberculose des ganglions lymphatiques fémoraux, inguinaux et iliaques, consécutive à des plaies du pied.

Ehler (F.). Cholelithiasis mit Glykosurie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 mai.)

Ferguson (A. H.). A case of end-to-end anastomosis of the popliteal artery for gunshot injury. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Un cas de suture, bout à bout, de l'artère poplitée pour plaie par arme à feu.

Gaudiani (V.). Un caso di splenectomia per rottura della milza. (*Policlinico*, 7 mai.)

Haberer (H.). Ein Fall von Polydaktylie des Fusses. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 mai.) — Un cas de polydactylie du pied.

Hammond (L. J.). On the possibility of operative relief of certain forms of facial paralysis. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Hansen (P. N.). Die Aetiologie und Pathogenese der chronischen Nierentuberkulose. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 4 et XXXVI, 1.) — Etiologie et pathogénie de la tuberculose chronique des reins.

Hauger (V.). Sur un cas de hernie diaphragmatique étranglée. (*Loire méd.*, mai.)

Herz (M.). Ueber die Temperaturverhältnisse chronisch erkrankter Gelenke und gestauter Gliedmassen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mai.) — Sur la température des articulations atteintes d'affections chroniques et des membres soumis à la congestion veineuse artificielle.

Holmes (B.). The surgery of the head. In-8°, 569 p. New-York. — Chirurgie de la tête.

Huhner (E. J.). Pronation of the foot. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Le pied en pronation.

Isnardi (Z.). Verschliessung von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Metallplatten. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 25 avril.) — Occlusion des plaies abdominales et des orifices herniaires par des plaques métalliques perdues.

Jordan (M.). Die Exstirpation der Milz, ihre Indikationen und Resultate (an der Hand von 6 erfolgreichen Splenektomien). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 3.) — L'extirpation de la rate; ses indications et ses résultats (étude basée sur 6 splénectomies couronnées de succès).

Langerhans (R.). Die traumatische Spätapoplexie. In-8°, 81 p. Berlin. — L'apoplexie traumatique tardive.

Larroque (B.). Traitement chirurgical moderne des hémorrhoïdes; le « Whitehead » simplifié. (*Anales del Circulo méd. argentino*, mars.)

Le Fort (R.). Septicémie gangreneuse non gazeuse produite par le vibrion septique. (*Echo méd. du Nord*, 17 mai.)

Mariani (C.). Splenopessia per milza mobile ipertrofica malarica. (*Gazz. degli Osped.*, 3 mai.)

Quénu (E.) et **Desmarest**. Désarticulation de la hanche pour sarcomes du fémur; technique opératoire. (*Rev. de chir.*, mai.)

Rautenberg (E.). Beobachtung von Blutveränderungen nach Milzexstirpation. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 avril.) — Modifications du sang après extirpation de la rate.

Rose (A.). Rectal fistula curable without operation. (*New York Med. Journ.*, 31 janv.) — Fistule du rectum curable sans opération.

Ruggi (G.). Sulla razionale fissazione del rene migrante in posizione relativamente normale. (*Policlinico*, 2 mai.)

Schmidt (G.). Zwei Fälle subkutaner Nierenquetschung mit günstigem Ausgang. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 avril.) — Deux cas de contusion rénale sous-cutanée avec issue favorable.

Thompson (E. M.). «The mechanics of flat-foot», causative, preventive, curative. (*New York Med. Journ.*, 17 janv.) — Le mécanisme du pied plat; causes, prophylaxie et traitement.

Tricomi (G.). Un caso di piede equino congenito. (*Policlinico*, partie chir., X, 3.)

Vaccari (L.). Su un caso raro di cisti da echinococco del fegato suppurata. (*Clinica chirurgica*, mars.)

Vanverts (J.). La suture dans les laparotomies et la cure radicale des hernies; du surjet à fils non résorbables et non perdus; avantages des procédés simples. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Verdelet (L.). Quelques considérations sur l'étranglement herniaire. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 avril et 3 mai.)

Wieting et **Raif Effendi**. Zur Frage der Geschossextraktion aus dem Gehirn bei penetrierenden Schädelschüssen. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 avril.) — Extraction des projectiles du cerveau en cas de plaies pénétrantes du crâne par armes à feu.

UROLOGIE

Abadie (J.) et **Brandéis** (R.). Un cas de tuberculose nodulaire du prépuce. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 3 mai.)

Dsirne (J.). Bericht über 292 Blasensteinoperationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 1.) — 292 interventions pour calcul vésical.

Garceau (E.). Vesical appearances in renal suppuration. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 15 janv.)

Israel (J.). Ueber funktionelle Nierendiagnostik. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 2.) — Diagnostic fonctionnel des maladies des reins.

Longfellow (R. C.). The bacteriology of cystitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 avril.)

Rutgers (M.) et **De Josselin de Jong** (R.). Een geval van carcinoma papillare van het nierbekken. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 mai.) — Carcinome papillaire du bassinet.

OPHTALMOLOGIE

Allport (F.). A modification of Panas'operation for ptosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.)

Aubineau (E.). Rétinite pigmentaire congénitale familiale (examen anatomique). (*Gaz. méd. de Nantes*, 16 mai.)

Bericht über die 30. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft (Heidelberg, 1902). In-8°, 388 p. avec fig. et planches. Wiesbaden. — Compte rendu de la trentième session de la Société [allemande] d'ophtalmologie.

Derby (H.). A case of retinal hemorrhage in a patient of 73; treatment by the faradic current; complete recovery. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 15 janv.)

Woodward (J. H.). The treatment of non-paralytic strabismus, including a new operative procedure. (*New York Med. Journ.*, 24 janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahrens. Komplikationen bei Eierstocksdermoiden. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 mai.) — Complications des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Arbeiten aus dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie, gewidmet Herrn Prof. Dr. Otto Engström zur Feier seines 50. Geburtstages. In-8°, 604 p. avec fig. Berlin.

Baumm (P.). Behandlung der Schädelimpression bei Neugeborenen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 mai.) — Traitement des enfoncements des os du crâne chez les nouveau-nés.

Bayer (H.). Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe. I. Band, 1. Heft : Entwickelungsgeschichte des weiblichen Genitalapparates. In-8°, 104 p. avec fig. et planches. Strasbourg. — Leçons sur l'obstétrique générale. T. Ier, fasc. 1er : embryologie de l'appareil génital de la femme.

Bondi (J.). Ueber Fermente im Fruchtwasser. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 mai.) — Les ferments dans le liquide amniotique.

Dührssen (A.). Ein weiterer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eclampsia gravidi-tatis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 avril.) — Opération césarienne vaginale pour éclampsie gravidique.

Ehrendorfer (E.). Zum konservativen vaginalen Kaiserschnitt, ausgeführt wegen unstillbaren Erbrechens in der Schwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 avril.) — Opération césarienne vaginale conservatrice pour vomissements incoercibles au cours de la grossesse.

Fellner (O.). Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. In-8°, 275 p. Vienne. — Les rapports entre les maladies internes, la grossesse, le travail et les suites de couches.

Fränkel (E.). Ueber « missed labour » und « missed abortion ». (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 351.)

Füth (H.). Beitrag zur Kasuistik der Adenomyome des Uterus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 mai.)

Gradenwitz (R.). Kastration wegen funktionierender Ovarien bei rudimentärer Entwicklung der Müller'schen Gänge. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Castration pour développement rudimentaire des conduits de Müller avec fonctionnement des ovaires.

PÉDIATRIE

Adenot. Deux cas de gastrostomie chez des enfants atteints de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. (*Lyon méd.*, 24 mai.)

Bellotti (M.). Anemia infantile post-vaccinica. (*Gazz. degli Osped.*, 10 mai.)

Cozzolino (O.) et **Pezzullo** (P.). Sullo stato della pressione cerebrale nel bambino lattante durante il vomito. (*Pediatria*, avril.)

Degrè (W.). Therapie der Kinderkrankheiten. In-8°, 352 p. Leipzig. — Thérapeutique des maladies de l'enfance.

Del Arca (E.). Reumatismo infantil. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Dueñas (J. L.). Etiologia de la tuberculosis infantil. In-8°, 15 p. La Havane.

Joukovsky (V.). Dilatation congénitale du gros intestin avec hypertrophie des parois de tout l'intestin, sténose du duodénum et hernie interne (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 7.)

Mondino (L.). Dos casos de cálculos vesicales en el niño, operados por talla hipogástrico. (*Rev. méd. del Uruguay*, avril.)

Sarcinelli (F.). La milza nella rachitide. (*Pediatria*, avril.) — La rate dans le rachitisme.

Segadelli (G.). Contributo allo studio delle cause di morte improvvisa nei bambini. (*Gazz. degli Osped.*, 19 avril.)

Simonini (R.). Contributo allo studio delle artriti da diplococco nell'infanzia. (*Pediatria*, avril.)

Stillman (E. R.). Some remarks on sclerema neonatorum, with report of a case with autopsy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 avril.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Ballenger (W. L.). Functional tests of hearing : some of the principles on which they are based. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.) — Epreuves du fonctionnement de l'ouïe : quelques-uns des principes sur lesquels elles sont basées.

Bezold (F.). Ueber die funktionelle Prüfung des menschlichen Gehörorgans. T. II. In-8°, 175 p. avec fig. et planches. Wiesbaden. — L'examen fonctionnel de l'organe auditif.

Kafemann (R.). Rhino-pharyngologische Operationslehre mit Einschluss der Elektrolyse. 2e éd. In-8°, 206 p. avec fig. Halle.

Lockard (L. B.). The treatment of hay fever. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 15 janv.) — Traitement de la fièvre de foin.

Matlack (E.). Electrolysis in Eustachian salpingitis with stricture. (*Amer. Medicine*, 7 fév.)

Mignon (M.). Nouveau mode d'emploi de l'adrénaline en rhinologie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Pierre. Traitement de l'adénoïdite chronique infantile. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Sarremone. De l'état de la muqueuse nasale chez les malades atteints de folliculite pilaire chronique de la moustache. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Schech (Ph.). Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre, mit Einschluss der Laryngoskopie und lokal-therapeutischen Technik. 2e éd. In-8°, 331 p. avec fig. Vienne. — Les maladies du larynx et de la trachée.

Sharp (J. C.). Tuberculous laryngitis. (*New York Med. Journ.*, 7 fév.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Berka (F.). Vergiftung mit Kalibichromat. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 avril.) — Intoxication par le bichromate de potasse.

Brouardel (P.). Accidents causés par l'addition des antiseptiques aux aliments. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

De Dominicis (A.). Sul modo di constatazione del nucleo dei globuli rossi e sul valore di un tale esame per la diagnosi specifica del sangue. (*Policlinico*, 29 avril.)

Gaglio (G.). L'esame spettroscopico dell'emocromogeno nell'accertamento medico-legale delle macchie di sangue. (*Giorn. di med. legale*, mars-avril.)

Lamb (G.) et **Hanna** (W.). Some observations on the poison of Russell's viper (Daboia Russellii). In-4°, 39 p. Calcutta.

Leblanc (A.). De la recherche de l'origine du sang en médecine légale par la réaction Bordet-Uhlenhuth. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent de-Paul de Bordeaux*, avril.)

Lewin (L.). Traité de toxicologie. (Trad. de l'allemand par Pouchet.) In-8°, 120 p. avec fig.

Mauclaire. Les certificats chirurgicaux pour les accidents du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Perrin de la Touche. Morts suspectes de deux jeunes enfants présentant de l'hypertrophie du thymus. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 1.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Aldor (L. von). Ueber die Behandlung chronischer Dickdarmkatarrhe mit hohen Eingiessungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mai.) — Traitement du catarrhe chronique du gros intestin par de grands lavages.

Ausset (E.). Les injections préventives de sérum antidiphtérique; nouvel exemple très probant de la nécessité de les pratiquer dans les familles où sévit la maladie. (*Echo méd. du Nord*, 17 mai.)

Bermbach (P.). Die Kochsalzinfusion und ihre Verwertung bei Krankheiten. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 350.) — L'injection d'eau salée et son emploi dans les maladies.

Bernheim (S.). L'administration intestinale des médicaments (étude expérimentale et clinique). In-8°, 96 p.

Boscolo (R.). La broncopolmonite da influenza nei bambini e l'uso delle iniezioni di acqua ossigenata nel periodo dell'asfissia; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 5 avril.)

Bum (A.). Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege. 1re partie. In-8°, 480 p. avec fig. Vienne.

Comba. A proposito di sublimato e di iniezioni endovenose. (*Gazz. degli Osped.*, 12 avril.)

Corte (P. A.). Due osservazioni di tetano curato e guarito col metodo Baccelli. (*Gazz. degli Osped.*, 5 avril.)

Dornblüth (O.). Die Arzneimittel der heutigen Medizin, mit therapeutischen Notizen. 9e éd. In-8°, 422 p. Wurtzbourg. — Les remèdes de la médecine moderne.

Hofbauer (L.). Ueber den Einfluss der Digitalis auf die Respiration des Herzkranken. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 mai.) — Influence de la digitale sur la respiration des cardiaques.

Jelliffe (S. E.). Some notes on the opium habit and its treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Luciani (L.). La resistenza dell'organismo all'acido fenico in un tetanico all'ospedale Consolazione di Roma. (*Policlinico*, 7 mai.)

Marquis (E.). Injections épidurales de cocaïne et leurs applications. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 1.)

Menger (R.). The rational treatment of snakebites and others with adrenalin chloride. (*Texas Med. Journ.*, mai.) — Le traitement rationnel des morsures de vipère par l'adrénaline.

Montini (A.). Contributo alla casuistica della sieroterapia antistreptococcica. (*Gazz. degli Osped.*, 3 mai.)

Néviadomsky (P.). Traitement de la malaria par des injections sous-cutanées de quinine (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 7.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Abrams (A.). Some cardio-respiratory phenomena revealed by the Röntgen rays. (*Amer. Medicine*, 3 janv.)

Albers-Schönberg (H.). Die Röntgentechnik. In-8°, 264 p. avec fig. et planches. Hambourg.

Allaire (G.). Examen à l'écran fluorescent du thorax des tuberculeux. (*Gaz. méd. de Nantes*, 25 avril et 2 mai.)

Costa (J. R.). Novedades en rayos X; fototerapia. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Freund (L.). Beiträge zur Radiotherapie. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 mai.)

Johnson (M.). The X-ray and the cancer; what has been accomplished in the treatment of cancer by the use of the X-ray, and a consideration of its therapeutic value. (*Yale Med. Journ.*, mai.)

Kime (J. W.). Light in the treatment of lupus and other chronic skin affections. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.) — La photothérapie dans le traitement du lupus et d'autres affections chroniques de la peau.

Massey (G. B.). The treatment of carcinoma of the rectum by mercuric cataphoresis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, fév.)

BACTÉRIOLOGIE

Cochinal (F.). L'inoscopie. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 mai.)

Cosco (G.). Contributo allo studio del vaccino antivaioloso. (*Policlinico*, 20 mai.)

Haim (E.). Beitrag zur Pathogenität des Bacillus proteus vulgaris (Hauser). (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 mai.)

Laird (A. T.). Recent studies regarding the morphology of the diphtheria bacillus. (*Albany Med. Ann.*, mai.)

Lepierre (Ch.). Le méningocoque. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Lesieur (Ch.). Rapports entre l'agglutinabilité et la mobilité des bacilles d'Eberth. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Richardson (M. W.). Upon the presence of typhoid bacillus in the urine and sputum. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 5 fév.) — Présence de bacilles de la fièvre typhoïde dans l'urine et dans les crachats.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Blanchard (R.). Centenaire de la mort de Xavier Bichat (3 thermidor an X-22 juillet 1902). In-8°, 56 p. avec fig. F. R. de Rudeval.

Brunner (C.). Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossenschaft; Geschichte des Heeressanitätswesens und der Kriegschirurgie in schweizerischen Landen bis zum Jahre 1798. In-8°, 418 p. avec fig. Tubingue. — Les blessés dans les guerres de l'ancienne Helvétie; histoire de l'état sanitaire de l'armée et de la chirurgie de guerre dans les pays suisses jusqu'à l'année 1798.

Carli (A.). Cenni sulla vita e sulle opere di Enrico Bottini. In-12, 81 p. Milan.

Rouis (J. L.). Mélanges de médecine et de chirurgie; avec un supplément à l' « Histoire de l'Ecole impériale du service de santé militaire instituée en 1856 à Strasbourg ». In-8°, 192 p.

23e ANNÉE. — N° 26. Vingt centimes le numéro. 1er JUILLET 1903.

LA
SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Travaux originaux. — De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'estomac, par M. le docteur Œttinger........ 213
Médecine pratique. — L'exagération des réflexes tendineux dans l'insuffisance antitoxique, par M. le professeur J. Grasset. 217
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Mode de préparation des solutions chloruro-sodiques gélatinées injectables 218
Traitement des tumeurs du sein par les rayons X et la quinine.................. 218
Traitement de l'hypertension artérielle dans la présclérose et les cardiopathies artérielles.................................. 218
Académie des sciences. — Les résultats de la photothérapie et la technique de son application dans le lupus.......................... 218
Les poisons de l'organisme et la gestation. 218
Sur les caractères graphiques de la fatigue dans les mouvements volontaires chez l'homme.. 218
Sur la présence de la cadavérine dans les produits d'hydrolyse des muscles........ 219
Société médicale des hôpitaux. — La cure de déchloruration; son action à certaines périodes de la néphrite épithéliale....... 219
Des variations comparatives du poids du corps, des urines et de la tension artérielle chez les asystoliques............. 219
Les éliminations urinaires dans les néphrites subaiguës, dites parenchymateuses.. 219
Traitement des kystes hydatiques du poumon.. 219
La rétention des chlorures et la pathogénie des œdèmes au cours des néphrites 219
Société de biologie. — Recherches comparatives sur la cholémie physiologique chez la mère et le nouveau-né....................... 219
Etranger : *Académie de médecine de Belgique.* — De la méthode oxygénée dans les infections chirurgicales, principalement dans les arthrites suppurées du genou........ 220
Les centres optiques primaires après l'énucléation ou l'atrophie du globe oculaire.. 220
Notes thérapeutiques. — Traitement des ulcérations tuberculeuses et de l'entérite ulcéreuse des phtisiques par le bleu de méthylène.. 220
L'usage interne de l'essence de térébenthine dans le traitement de la pneumonie. 220
Le bromhydrate d'hyoscine comme moyen prophylactique à l'égard des accidents dus à l'éthérisation.............................. 220
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Arthrites suppurées du genou.............. 220¹
Asystolie et variations du poids du corps, des urines et de la tension artérielle...... 219²
Bleu de méthylène contre les ulcérations tuberculeuses et l'entérite ulcéreuse des phtisiques.................................... 220²
Bromhydrate d'hyoscine à titre préventif avant l'éthérisation 220³
Cadavérine et sa présence dans les produits d'hydrolyse des muscles.................. 219¹
Cancer et ulcère de l'estomac 213¹
Centres optiques primaires après l'énucléation ou l'atrophie du globe oculaire........ 220²
Chlorures et leur rétention dans les œdèmes brightiques.................................. 219³
Cholémie physiologique chez la mère et le nouveau-né 219³
Déchloruration et néphrite épithéliale....... 219¹
Eliminations urinaires dans les néphrites subaiguës dites parenchymateuses......... 219²
Entérite ulcéreuse des phtisiques............ 220²
Essence de térébenthine contre la pneumonie.. 220³
Ethérisation et injection préventive de bromhydrate d'hyoscine 220³
Fatigue et ses caractères graphiques dans les mouvements volontaires chez l'homme 218³
Hypertension artérielle dans la présclérose et les cardiopathies artérielles 218²
Insuffisance antitoxique et exagération des réflexes tendineux 217³
Kystes hydatiques des poumons............. 219³
Lupus.. 218³
Nagana, caderas et surra et leur non-identité.. 219¹
Néphrite épithéliale et déchloruration...... 219¹
Néphrites subaiguës dites parenchymateuses et éliminations urinaires.................. 219²
Œdèmes brightiques et rétention des chlorures...................................... 219³
Oxygène contre les arthrites suppurées du genou.. 220¹
Photothérapie contre le lupus................ 218³
Pneumonie.................................. 220³
Poids du corps, des urines et tension artérielle chez les asystoliques............... 219²
Poisons de l'organisme et gestation 218³
Radiothérapie des tumeurs du sein.......... 218²
Réflexes tendineux et leur exagération dans l'insuffisance antitoxique................. 217³
Solutions chloruro-sodiques gélatinées injectables et leur préparation.................. 218²
Traitement de la pneumonie 220³
— de l'hypertension artérielle dans la présclérose et les cardiopathies artérielles.................... 218²
— des arthrites suppurées du genou 220¹
— des kystes hydatiques des poumons.......................... 219³
— des tumeurs du sein................. 218²
— des ulcérations tuberculeuses et de l'entérite ulcéreuse des phtisiques............................ 220²
— du lupus.................................. 218³
Tumeurs du sein............................. 218²
Ulcérations tuberculeuses 220²
Ulcère simple de l'estomac et sa dégénérescence cancéreuse............................ 213¹

VARIA

A propos de la maladie des pêcheurs d'éponges.

Je viens de lire avec le plus grand intérêt l'article de M. Skevos Zervos sur la maladie des pêcheurs d'éponges, paru dans le dernier numéro de la *Semaine Médicale*.

Notre confrère grec pense que cette affection n'a pas encore été décrite; j'en ai trouvé pourtant la description dans le livre de Spratt (actuellement amiral de la marine anglaise), publié à Londres en 1865 et intitulé : *Travels and researches in Crete*. Il se peut que d'autres voyageurs aient aussi signalé cette maladie, que pour ma part j'ai observée au cours du voyage que j'ai fait en Crète en 1900. Elle se rencontre assez fréquemment chez les pêcheurs de Calymnos (Turquie d'Asie), où il se fait un commerce d'éponges très important.

Professeur Ehlers (de Copenhague).

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Florence, professeur de matière médicale, est nommé, sur sa demande, professeur de pharmacie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Franz Penzoldt, professeur de médecine interne et de pharmacologie, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. A. von Strümpell.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Carmelo Calderone, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Carlo Ceni, privatdocent à la Faculté de médecine de Pavie, est nommé privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Antonino D'Antona, professeur de pathologie externe, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Carlo Gallozzi, décédé.

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur G. Chlopine, professeur à la Faculté de médecine de Youriev, est nommé professeur d'hygiène.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Giuseppe Licata est nommé privatdocent d'hydrologie médicale.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Ottone Barbacci, professeur extraordinaire d'anatomie pathologique, est nommé professeur ordinaire.

Owens College de Manchester. — M. le docteur Gordon A. Knyvett est nommé lecteur des maladies infectieuses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

PHYSIOLOGIE

Allen (S. W.). The rôle of atmospheric pressure in the hip-joint. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 avril.) — Le rôle de la pression atmosphérique dans l'articulation de la hanche.

Bonservizi (F.). Sul sonno. In-8°, 19 p. Mantoue. — Sur le sommeil.

Hamburger (H. J.) et **Hekma** (E.). Over darmsap van den mensch. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 juin.) — Sur le suc intestinal de l'homme.

Nagy. Elektrische Phänomene durch menschliche Sekrete. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 mai.) — Phénomènes électriques produits par des sécrétions humaines.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Becker (W.). Primary endothelioma of the gall bladder. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 avril.) — Endothéliome primitif de la vésicule biliaire.

Da Costa (J. C.). Degeneration of the erythrocyte. (*Amer. Medicine*, 11 avril.)

Fabozzi (S.). Ulteriore contribuzione all'istogenesi dei tumori primarii del fegato. (*Incurabili*, 1er-15 mars.) — Histogenèse des tumeurs primitives du foie.

Flatau (E.), **Jacobsohn** (L.) et **Minor** (L.). Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems. 3e partie. In-8°, p. 641 à 960, avec fig. et planches. Berlin. — Manuel d'anatomie pathologique du système nerveux.

Hektoen (L.). Anatomical study of a short-limbed dwarf, with special reference to osteogenesis imperfecta and chondrodystrophia fœtalis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Étude anatomique d'un cas d'arrêt de développement des membres.

Pepere (A.). Sull'endotelioma dell'utero; note anatomo-patologiche. (*Arch. ital. di ginecol.*, avril.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Paczkowski. Die Autointoxication (Selbstvergiftung des Körpers) als Grundlage zu Erkrankungen; ein Beitrag zur Lehre von Dispositionen und Krankheitsbedingungen. 2e éd. In-8°, 127 p. Leipzig. — L'auto-intoxication comme cause des maladies; contribution à l'étude des prédispositions et des conditions morbides.

Vlassov (G.) et **Sepp** (E.). Contribution à l'étude des mouvements et de l'émigration des lymphocytes du sang (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 7.)

Wiener (E.). Beitrag zur Uebertragbarkeit der Tuberkulose auf verschiedene Tierarten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 mai.) — Contribution à l'étude de la transmissibilité de la tuberculose aux différentes espèces animales.

Wolff (A.). Beiträge zur Kenntnis der morphologischen Vorgänge bei der Infection und Immunität. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 avril, 4, 11 et 18 mai.) — Contribution à l'étude des processus morphologiques dans l'infection et dans l'immunité.

MÉDECINE

Lucatello (L.). Sulle sostanze estrattive riduttrici delle urine nella pellagra ed in altri stati morbosi. (*Gazz. degli Osped.*, 12 avril.)

Mariani (F.). Sui rantoli metallici sistolici. (*Gazz. degli Osped.*, 5 avril.) — Râles métalliques systoliques.

Meinel (A.). Zur Genese der Urobilinurie. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 2 mai.)

Mering (von). Lehrbuch der inneren Medizin. 2e éd. T. Ier. In-4°, 532 p. avec fig. Iéna. — Traité de pathologie interne.

Miero (R. de). Valeur séméiologique de la stase gastrique. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Montoro de Francesco (G.). La febbre itteroemoglobinurica in Calabria. (*Gazz. med. italiana*, 21 mai.)

Pignatti Morano (G.). Sugli effetti della palpazione renale. (*Gazz. degli Osped.*, 5 avril.)

Pulle (A. W.). Albuminurie bij keuringen. (*Militair-geneesk. Tijdschr.*, mai.) — L'albuminurie et l'admission dans le service de la marine.

Ricaldoni (A.). Sobre las punciones capilares de las serosas viscerales. (*Rev. méd. del Uruguay*, avril.)

Röder (H.). Die Gefrierpunktserniedrigung nephritischen Harns und ihre Deutung auf dem Wege des Verdünnungsversuchs. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mai.) — L'abaissement du point de congélation de l'urine néphritique et sa signification au point de vue de l'épreuve concernant la sécrétion d'eau par le rein.

Schmidt (A.). Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. In-8°, 470 p. avec fig. Berlin. — Traité de pathologie et de thérapeutique générales des maladies internes.

Schmiedl (H.). Ueber die enterogene Aetiologie der progressiven perniciösen Anämie. (*Wien. med. Presse*, 24 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Frosch (P.). Die Malariabekämpfung in Brioni (Istrien). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 1.) — La lutte contre la malaria à Brioni (Istrie).

Gosio (B.). Die Bekämpfung der Malaria in der Maremma Toscana. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 1.) — La lutte contre la malaria dans les Maremmes de Toscane.

Koch (R.). Die Bekämpfung der Malaria. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 1.) — La lutte contre la malaria.

Martini (E.). Ueber die Verhütung eines Malaria-Ausbruches zu Wilhelmshaven. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 1.) — Sur la prévention d'une épidémie de malaria dans le port de Wilhelmshaven.

Morquio (L.). Viruela congénita sin viruela materna; hidrocefalia. (*Rev. méd. del Uruguay*, avril.) — Variole congénitale sans variole de la mère; hydrocéphalie.

Niedner (O.). Die Kriegsepidemieen des 19. Jahrhunderts und ihre Bekämpfung. In-8°, 227 p. Berlin. — Les épidémies de guerre du XIXe siècle et la lutte contre elles.

Ollwig. Die Bekämpfung der Malaria. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 1.) — La lutte contre la malaria.

Pismenny (N.). La rubéole épidémique et ses variétés (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 7.)

Pollatschek (R.). Ueber Cylindrurie und Albuminurie beim Erysipel. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 16 mai.)

Vagedes. Bericht über die Malariaexpedition in Deutsch-Südwestafrika. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 1.) — Compte rendu de l'expédition contre la malaria dans les possessions allemandes du sud-ouest de l'Afrique.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alessi (U.). Contributo alla cura dell'epilessia. (*Riforma med.*, 22 avril.)

Krafft-Ebing (R. von). Psychopathia sexualis, mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindungen. 12e éd. In-8°, 437 p. Stuttgart.

Leyden (E. von). Zur Aetiologie der Tabes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mai.)

Mingazzini (G.). Intorno a un modo piuttosto raro d'insorgenza del periodo atassico nella tabe lombare. (*Policlinico*, 9 mai.)

Mouratov (V.). Des paralysies bulbaires apoplectiques (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 8.)

Penzoldt (F.) et **Stintzing** (R.). Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 5. Band : Erkrankungen des Nervensystems. 3e éd. In-8°, 902 p. avec fig. Iéna. — Manuel de thérapeutique des maladies internes. T. V : maladies du système nerveux.

Raymond (F.). Sur un cas de tumeur du canal rachidien (segment dorsal). (*Journ. de neurol.*, 5 mai.)

Rutten. Un cas d'hémiatrophie faciale gauche. In-8°, 26 p. Namur.

Sala (G.) et **Rossi** (O.). A proposito di alcune pretese proprietà tossiche e terapeutiche del siero di sangue degli epilettici. (*Gazz. med. lombarda*, 3 et 10 mai.)

Thue (K.). Multipel cerebrospinalsklerose optraadt akut i tilslutning til en pnevmoni. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Sclérose en plaques aiguë, consécutive à une pneumonie.

Ugolotti (F.). Nuove ricerche sulle vie piramidali nell'uomo. (*Riv. di patol. nervosa e mentale*, avril.)

Zilgien. Étiologie et pathogénie de la neurasthénie considérée comme une auto-intoxication. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai.)

CHIRURGIE

Lorenz (H.). Mobilisierung des Duodenum und Eingriffe am Gallensystem. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 23 mai.) — Mobilisation du duodénum et interventions sur le système biliaire.

Lotheissen (G.). Zur Statistik der Aethylchloridnarkose. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 16 mai.)

Maragliano (D.). L'intervento chirurgico nelle nefriti mediche. (*Gazz. degli Osped.*, 26 avril.)

Mattòli (A.). La gastro-enterostomia; metodi operativi; indicazioni; risultati. In-8°, 330 p. avec fig. Rome.

Milner (R.). Beitrag zur chirurgischen Bedeutung der Influenza; akute, chronisch rezidivierende Spondylitis mit Schwielenbildung, Kompressionslähmung und Purpura nach Influenza. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 3.) — Contribution à la signification chirurgicale de la grippe; spondylite aiguë à récidives avec indurations, paralysie par compression et purpura à la suite de l'influenza.

Mosetig-Moorhof. Die Jodoformknochenplombe. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 18 avril.) — Le plombage des os au moyen de l'iodoforme.

Nageotte-Wilbouchewitch (Mme). Atlas-manuel de gymnastique orthopédique; traitement des déviations de la taille. In-8°, 335 p. avec fig. et planches.

O'Conor (J.). The surgical treatment of pulmonary hydatids. (*Lancet*, 23 mai.)

Oliver (J. H.). Una curiosa soldadura de un dedo por retracción cicatricial consecutiva á una quemadura. (*Rev. méd. del Uruguay*, avril.)

Pawlowsky (A. D.). Ueber die Rhinosklerompolypen und über eine Experimentalmethode der Diagnostik des Rhinoskleroms. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 2 mai.)

Perassi (A.). Tiro sperimentale contro tubi elastici. (*Policlinico*, 20 mai.) — Tir expérimental contre des tubes élastiques.

Peterson (R.). Post-operative pulmonary complications. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.)

Reeve (J. C.). The successful removal of a large enchondroma of the chest wall, involving the diaphragm. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Extirpation, avec succès, d'un gros enchondrome de la paroi thoracique, intéressant le diaphragme.

Reinsholm (W.). Die verschiedenen Methoden für cirkuläre Vereinigung abgeschnittener grösserer Arterien- und Venenstämme. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 3 et 4 et XXXVI, 1.) — Les diverses méthodes de réunion circulaire des gros troncs artériels ou veineux sectionnés.

Robson (A. M.). Ruptured crucial ligaments and their repair by operation. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Ruggi (G.). Rationelle Methode zur Fixierung der Wanderniere in einer relativ normalen Position. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 25 avril.) — Une méthode rationnelle de fixation du rein mobile dans une position relativement normale.

Salomoni (A.). Sulla sutura delle arterie. (*Gazz. degli Osped.*, 10 mai.)

Schilling (F.). Die Krankheiten der Speiseröhre. In-8°, 86 p. avec fig. Leipzig. — Les affections de l'œsophage.

Snively (A. B.). Fistula between the gall bladder and the stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.) — Fistule entre la vésicule biliaire et l'estomac.

Stadler (E.). Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytenwerte bei den vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Prozessen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 3.) — Signification diagnostique du taux des leucocytes dans les processus inflammatoires ayant pour point de départ le cæcum ou l'appendice.

Stewart (D.). Some phases of gallstone disease, with special reference to diagnosis and treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Quelques phases de la lithiase biliaire, surtout au point de vue du diagnostic et du traitement.

Vallas. Indications de la gastro-entéro-anastomose; choix du procédé. (*Lyon méd.*, 31 mai.)

Van Buren Knott. The treatment of traumatic gangrene of the extremities. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.)

Vaughan (G. T.). Volvulus of the small intestine; its relations to hernia; torsion of the entire mesentery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Warbasse (J. P.). Peritonitis of the duodenal region. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Wolff (J.) et **Joachimsthal** (G.). Ueber die Ursachen, das Wesen und die Behandlung des Klumpfusses. In-8°, 161 p. avec fig. Berlin. — Etiologie, nature et traitement du pied bot.

UROLOGIE

Casper (L.). Lehrbuch der Urologie mit Einschluss der männlichen Sexualerkrankungen. 1er fasc. In-8°, 80 p. avec fig. Vienne. — Traité d'urologie et des maladies des organes génitaux de l'homme.

Cathelin (F.). Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals und ihre Anwendung bei den Erkrankungen der Harnwege. (Trad. du français par A. Strauss.) In-8°, 123 p. avec fig. Stuttgart. — Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires.

Freudenberg (A.). Meine letzte Serie von 25 Fällen der Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 4, 11, 18 et 25 avril, 2 et 9 mai.)

Frisch (A. von) et **Zuckerkandl** (O.). Handbuch der Urologie. 1re partie. In-8°, 160 p. avec fig. Vienne.

Rojansky (V.). Traitement du phimosis congénital (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 7.)

Wainwright (J. M.). Contribution to the subject of perineal prostatectomy. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Young (H.). The surgery of the lower ureter. (*Ann. of Surgery*, mai.) — La chirurgie de la portion inférieure de l'uretère.

OPHTALMOLOGIE

Kalt (E.). Sur l'opacité en ceinture primitive de la cornée. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

König (A.). Gesammelte Abhandlungen zur physiologischen Optik. In-8°, 443 p. avec fig. et planches. Leipzig.

Matys (B.). Carcinoma epibulbare planum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 avril.)

Morax (V.). Sur l'étiologie des ophtalmies du nouveau-né et la déclaration obligatoire. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Pal (J.). Zur Pathogenese der akuten transitorischen Amaurose bei Bleikolik, Urämie und Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 25 avril.) — Pathogénie de l'amaurose aiguë transitoire dans la colique de plomb, dans l'urémie et dans l'éclampsie.

Teillais. Paralysies oculaires et hémiplégie diphtéritiques. (*Gaz. méd. de Nantes*, 23 mai.)

Truc. Degrés et limites de la cécité. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Valude (E.). La chirurgie ophtalmique du sinus frontal. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Wernicke (O.). La simpatectomía en el tratamiento del glaucoma. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Holmsen (F.). Et tilfælde af ondartet puerperal infektion beroende paa en gasudviklende anaërob stavbakterie (« gasgangraen »). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Un cas d'infection puerpérale maligne causée par une bactérie anaérobie gazogène (gangrène gazeuse).

Jentzer. Ein neues Zeichen von mehrfacher Schwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 avril.) — Un nouveau signe de grossesse multiple.

Kirchgessner (Ph.). Ueber Endotheliome cervicis uteri. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 2.)

Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. T. IV, fasc. 3. In-8°, p. 213 à 288. Berlin.

Nannotti (A.). Dieci operazioni cesaree (Porro). (*Ann. di ostet. e ginecol.*, fév.-mars.)

Opitz (E.). Zwei ungewöhnliche Uteruscarcinome, nebst Bemerkungen zur Theorie der bösartigen Geschwülste. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 2.) — Deux cas insolites de cancer de l'utérus; remarques sur la théorie des tumeurs malignes.

Pincus (L.). Zur Prophylaxe der Gynatresie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Scholten (R.) et **Veit** (J.). Syncytiolyse und Hämolyse; ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 2.) — Syncytiolyse et hémolyse; contribution à la physiologie et à la pathologie de la grossesse.

Schröder (H.). Ueber die Ursachen der Blutdrucksteigerung während der Geburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Sur les causes de l'élévation de la pression sanguine pendant le travail.

Seegert (P.). Zur Zwillings-Statistik und -Diagnose. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 2.) — Statistique et diagnostic des grossesses gémellaires.

Sellheim (H.). Leitfaden für die geburtshülflich-gynäkologische Untersuchung. 2e éd. In-8°, 58 p. avec fig. Fribourg-en-Brisgau. — Guide pour l'examen obstétrical et gynécologique.

Spencer (W. G.). Abdominal hysterectomy for myoma by Doyen's procedures. (*Lancet*, 16 mai.)

Véron. Placenta prævia bi-discoïdal avec insertion vélamenteuse du cordon; version podalique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 1.)

Walthard (M.). Zur Aetiologie der Ovarialadenome. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 2.)

HYGIÈNE

Fischer (H.). Hygiène de l'enfance; puériculture. In-16, 328 p.

Pagès (C.). L'hygiène pour tous. 2e éd. In-8°, XXII-643 p. avec fig.

Pannwitz. Die 1. internationale Tuberkulose-Konferenz, gehalten zu Berlin vom 22. bis 26. Oktober 1902 (texte en allemand, en anglais et en français). In-8°, XXX-461 p. Berlin. — Compte rendu de la première Conférence internationale de la tuberculose, tenue à Berlin du 22 au 26 octobre 1902.

Salaghi (S.). Gormocinetro, unico attrezzo necessario per l'esercizio della gimnastica medica manuale. (*Idrologia e climatologia*, janv.-fév.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Netolitzky (F.) et **Hirn** (R.). Rauchversuche mit einigen Asthmamitteln. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 mai.) — Essais de fumigations avec quelques antiasthmatiques.

Panichi (L.). Primo saggio di applicazione all'uomo del siero antipneumonico Tizzoni-Panichi. (*Gazz. degli Osped.*, 19 avril.)

Presch (B.). Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. In-8°, 646 p. Wurtzbourg.

Radice (G.). Influenza dell'ittiolo sulla eliminazione dello zolfo nei tubercolotici. (*Gazz. degli Osped.*, 26 avril.) — Influence de l'ichtyol sur l'élimination du soufre chez les tuberculeux.

Ragazzi (M.). Il guaiacolo nella parotite epidemica. (*Gazz. degli Osped.*, 26 avril.)

Reid (J.). Researches on Hibbertia volubilis. (*Lancet*, 23 mai.)

Roberts (W.). The therapy of dysentery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 avril.)

Rosenberger (F.). Beobachtungen bei Behandlung von Phthisikern mit Tuberkulin. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 9 mai.)

Stockman (R.) et **Charteris** (F. J.). The action of arsenic on the bone marrow of man and animals. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mai.) — L'action de l'arsenic sur la moelle osseuse de l'homme et des animaux.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Grube (K.). Weitere Untersuchungen über den Einfluss von Mineralwässern auf das Blut. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 7 mai.) — Nouvelles recherches relatives à l'influence des eaux minérales sur le sang.

Honsell (B.). Die Winterstationen und Heilquellen Algeriens. In-8°, 77 p. Tubingue. — Les stations hivernales et les eaux minérales de l'Algérie.

Index médical des principales stations thermales et climatiques de France. In-8°, 398 p. avec carte. J. Gainche.

Marcuse. Ueber klinische Blutdruckmessung und das Verhalten des Blutdrucks bei hydriatischen Proceduren. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 9 mai.) — La mensuration clinique de la tension sanguine et l'influence qu'exercent sur celle-ci les procédés hydrothérapeutiques.

Matthes (M.). Lehrbuch der klinischen Hydrotherapie. 2e éd. In-8°, 480 p. avec fig. Iéna.

GÉNÉRALITÉS

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. XIX, fasc. 3. In-8°, p. 447 à 674, avec planches. Berlin. — Travaux de l'Office sanitaire impérial [allemand].

Delage (Y.). L'hérédité et les grands problèmes de la biologie générale. 2e éd. In-8°, XX-912 p.

Fischer (G.). Zur Stellung der Statistik in der Medizin. (*Zeitsch. f. schweiz. Statistik*, 4.) — L'importance de la statistique en médecine.

Georges (M.-L.). Mortalité civile et mortalité militaire. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mai.)

Hüppe (F.). Körperübungen und Alkoholismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11, 18 et 25 mai.) — Exercices physiques et alcoolisme.

Medizinal-statistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. VII, fasc. 3. In-4°, p. 155 à 258. Berlin. — Statistiques médicales publiées par l'Office sanitaire impérial [allemand].

Moak (H.). Cancer statistics in the 12th census of the United States. (*Amer. Medicine*, 28 fév.)

Montefusco (A.). Relazione sullo ospedale Cotugno per l'anno 1902. In-8°, 83 p. Naples.

Pinard (A.). Rapport sur la puériculture dans ses périodes initiales. In-4°, 39 p. Melun. Impr. administrative.

Règlement sur le service de santé de l'armée à l'intérieur. In-8°, 567 p.

Teissier (P.). Pierre-Carl Potain (1825-1901). In-4°, 52 p. avec portrait.

ANNÉE 1902

Nous donnons ci-dessous les indications bibliographiques se rapportant à l'année écoulée, et qui ne sont parvenues à notre connaissance qu'après l'impression de notre dernier bulletin bibliographique de 1902.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bogomoletz (A.). Structure et microphysiologie des glandes de Brunner (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux. T. XXIII (année 1902). In-8°, 288 p. avec fig. Bordeaux.

Schwalbe (G.). Jahresberichte über die Fortschritte der Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Band VII (Litteratur 1901). In-8°, 1328 p. Iéna. — Revue annuelle des progrès de l'anatomie et de l'embryologie.

Tenchini (L.) et **Zimmerl** (U.). Di un nuovo processo anomalo dell'*os sphenoidale* dell'uomo. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Laignel-Lavastine. Note sur le développement du plexus solaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Michaelis (L.) et **Gutmann** (C.). Ueber Einschlüsse in Blasentumoren. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 3-4.) — Les inclusions dans les tumeurs de la vessie.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Donati (M.). La resistenza dei globuli rossi del sangue negli individui affetti da tumori maligni. (*Clinica medica italiana*, déc.)

Gozdzicki (W.). O wytrzymalosci i wskazniku wytrzymalosci czerwonych krazków krwi u chorych na gruzlice. (*Gaz. lekarska*, 29 nov.) — Sur la résistance des hématies chez les phtisiques.

Korovitzky (K.). Lès modifications de la composition du sang dans le rhumatisme articulaire (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

Marshall (H. T.) et **Morgenroth** (J.). Ueber Antikomplemente und Antiamboceptoren normaler Sera und pathologischer Exsudate. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 3-4.)

Willson (R. N.). The meaning and significance of leukocytosis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, déc.)

MÉDECINE

Bendix (E.). Die Pentosurie. In-8°, 60 p. Stuttgart.

Boukinitch (S.) et **Melkikh** (S.). La cryoscopie des urines dans ses applications cliniques (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

Chastang (L.). De l'origine toxi-alimentaire du scorbut. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Erben (F.). Ueber die chemische Zusammensetzung des chlorotischen Blutes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 3-4.) — La composition chimique du sang chlorotique.

Lewy (B.). Ein Fall von Adams-Stokes'scher Krankheit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 3-4.) — Un cas de maladie d'Adams-Stokes.

Pappenheim (A.). Neuere Streitfragen aus dem Gebiete der Hämatologie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 3-4.) — Nouveaux problèmes d'hématologie.

Rousseau. Notes sur quelques cas d'une fièvre « indéterminée » observée sur les côtes de Chine. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Sihle (M.). Sur la pathologie et le traitement de l'asthme (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bettencourt (A.), **Kopke** (A.), **Gomes de Rezende** (J.) et **Correia Mendes** (A.). Doença do somno. (*Rev. portugueza de med. e cirurgia praticas*, 15 et 30 août, 15 et 30 sept., 15 et 30 oct.) — La maladie du sommeil.

Drouineau. Quelques remarques à propos d'une épidémie de diphtérie. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXIV, 3.)

Kelsch (A.). Traité des maladies épidémiques; étiologie et pathogénie des maladies infectieuses. T. II, fasc. 1er : des fièvres éruptives. In-8°, 295 p. avec tracés.

Martínez del Campo (J.). Frecuencia y causas de la tuberculosis en México, y participación que pueden tomar en el tratamiento de esta enfermedad, algunos de los medicamentos estudiados en el Instituto médico nacional. (*Anales del Inst. méd. nacional*, mai-juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Besta (C.). Contributo allo studio delle ipotermie negli epilettici. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4.)

Ceni (C.) et **Pini** (P.). La tossicità del sangue negli alienati. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4.)

Panichi (L.). Contributo allo studio della sifilide cerebrale maligna e precoce. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4.)

Tonnini (S.). Le correlazioni psichiche ed organiche nell'indagine degli stati dell'animo e delle funzioni organiche. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Cicero (R. E.). Breve resumen de las plantas de reputación antiblenorrágica que constan en la farmacòpea mexicana. (*Anales del Inst. méd. nacional*, juillet-nov.)

Drouineau (A.). Nœvus pileux de dimensions considérables chez un homme atteint de goitre exophtalmique. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXIV, 4.)

Joseph (M.) et **Löwenbach** (G.). Technique histologique appliquée à la dermatologie. (Trad. de l'allemand par A. J. Minne.) In-8°, 136 p.

Piaseski. Consideratiuni statistice si clinice asupra 1108 casuri de sifilis observate de la 1889-1900. (*Presa med. romana*, 1er et 15 oct. et 1er nov.)

PARASITOLOGIE

Ceni (C.). L'azione del succo gastro-enterico sulle spore aspergillari in rapporto colla genesi della pellagra. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4.)

Ceni (C.) et **Besta** (C.). Principi tossici degli aspergilli « fumigatus » e « flavescens » e loro rapporti colla pellagra. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4.)

Podwyssotzki (W.). Ueber die experimentelle Erzeugung von parasitären Myxomycetengeschwülsten vermittels Impfung von Plasmodiophora brassicae. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVII, 3-4.) — Sur la production expérimentale de tumeurs à myxomycètes par l'inoculation de *Plasmodiophora brassicae*.

CHIRURGIE

Beck (C.). The operative treatment of deformed fractures as indicated by the Röntgen rays. (*New York Med. Journ.*, 27 déc.)

Cranwell (D. J.). Amputación congénita de ambos muslos. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Destot. Fracture du cubitus et luxation du radius. (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, juillet.)

Ecot. Contribution à l'étude des corps étrangers de la portion inférieure du pharynx. (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, juillet.)

Festschrift, gewidmet Herrn Dr. Karl Göschel zum 25 jährigen Jubiläum als Oberarzt der chirurgischen Abteilung des allgemeinen städtischen Krankenhauses [Nürnberg]. In-8°, 243 p. Tubingue.

Gunzburg. Le massage des fractures. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juillet-déc.)

Lemos (R.). Quiste hidatídico de la columna comprimiendo la médula. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Leuzzi (F.). Processo radicale per l'ernia crurale. (*Clinica chirurgica*, août.)

Mejía (D.). Estudios acerca de los abscesos del hígado, desde el punto de vista de su tratamiento quirúrgico moderno, precedido de algunas consideraciones acerca del pus hepático; localización del absceso en la glándula y emigraciones naturales del pus. (*Gac. méd. de México*, 1er et 15 mai.)

Moulinier. Hépatite suppurée; note sur les méthodes des chirurgiens anglais de l'hôpital de Shang-Haï. (*Arch. de méd. navale*, août.)

Plagneux (E.). Extraction d'un corps étranger du rectum. (*Arch. de méd. navale*, nov.)

Rivero (P.). Nuevo procedimiento quirúrgico para el tratamiento del ectropión cicatricial del prof. Lagleyze. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Rostovtzev (M.). La pérityphlite (en russe). In-8°, 1037 p. avec fig. Saint-Pétersbourg.

Rousseau. Une observation d'atrophie testiculaire survenue dans le cours d'une pneumonie lobaire. (*Arch. de méd. navale*, sept.)

Titone (M.). Nuovo modello di pinza emostatica. (*Gazz. siciliana di med. e chir.*, 15 déc.)

Valence (A.). Du kyste hématique épididymaire. (*Arch. de méd. navale*, août.)

Yanovsky (Th.). Angiocholitis purulenta calculosa (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Downes (A. J.). Electrothermic hemostasis in hysterectomy for carcinoma. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, déc.)

Josephson (C. D.). Lärobok i gynekologie. 2e partie. In-8°, p. 281 à 426, avec fig. Stockholm.

Keller (H.). Ueber die Soolbadbehandlung während der Gravidität. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 21 avril.) — Sur les indications des bains chlorurés sodiques chez les femmes enceintes.

Transactions of the American Gynecological Society. T. XXVII. In-8°, 445 p. Philadelphie.

Zaborowski (S.). Przypadek ciazy donoszonej mimo ciala obcego w jamie macicy. (*Gaz. lekarska*, 20 déc.) — Un cas de grossesse menée à terme, malgré la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine.

PÉDIATRIE

Gerbaud. L'enfant; l'allaitement (allaitement maternel; les nourrices; le sevrage; allaitement artificiel; le lait; lait cru; lait bouilli; lait stérilisé; les biberons; aliments de sevrage). In-16, 81 p. Montpellier.

Piaseski. Câte-va cuvinte asupra tratamentului vulvo-vaginitelor infantile. (*Presa med. romana*, 1er sept.)

Santas (M. A.). Dos casos de sarcoma primitivo en la infancia (del intestino delgado y del pulmón). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bonain (A.). Cancer du larynx opéré avec succès par voie endolaryngée. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 19 juillet.)

Ivanov (A.). De l'anesthésie locale en vue de la paracentèse de la membrane du tympan (en russe). (*Prakt. Vratch*, 7 déc.)

Madrid (S. F.). Intubación de la laringe; consideraciones generales acerca de los aparatos que la realizan. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

HYGIÈNE

Bohata (A.). Sanitäts-Bericht des österreichischen Küstenlandes für die Jahre 1898 bis 1900. In-4°, 247 p. Trieste. — Rapport sanitaire sur les provinces autrichiennes des côtes de l'Adriatique.

Das Sanitätswesen in Bosnien und der Hercegovina (1878-1901). In-8°, 439 p. avec fig. et cartes. Vienne.

Roth (W.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens (27. Jahrgang, 1901). In-8°, 181 p. Berlin.

Sanitätsbericht über die preussische Armee, das XII. und XIX. (1. und 2. sächsische) und das XIII. (württembergische) Armeekorps für den Berichtsraum vom 1. Oktober 1899 bis 30. September 1900. In-4°, 373 p. avec cartes. Berlin. — Rapport sanitaire sur l'armée prussienne et les XIIe, XIIIe et XIXe corps d'armée (du 1er octobre 1899 au 30 septembre 1900).

Statistique sanitaire des villes de France pendant l'année 1901 et tableaux récapitulatifs des années 1886 à 1901. In-4°, 268 p. Melun. Impr. administrative.

Torel. Défense de la Méditerranée contre le pèlerinage de la Mecque; organisation du Maroc. (*Arch. de méd. navale*, sept.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

De Dominicis (N.). Veleni; autointossicazioni vere e spurie; intossicazioni gastrointestinali; veleni alimentari. (*Policlinico*, 20 déc.)

Lombroso (C.). Delitti vecchi e nuovi. In-8°, 335 p. avec fig. Turin.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Kahlbaum (G.), **Neuburger** (M.) et **Sudhoff** (K.). Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften. 1re année. In-8°, 409 p. avec fig. Hambourg. — Histoire de la médecine et des sciences naturelles.

Villette (J.). Un procès entre un chirurgien et des médecins sedanais en 1646. In-8°, 27 p. Sedan.

GÉNÉRALITÉS

Carron de la Carrière et **Laignel-Lavastine**. Voyages d'études médicales : compte rendu du voyage de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie. In-8°, 167 p. avec fig.

Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Königreiche Sachsen auf das Jahr 1901. In-8°, 302 p. Leipzig. — Rapport sur les affaires médicales dans le royaume de Saxe pendant l'année 1901.

Medizinal-statistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. VII, fasc. 2. In-4°, p. 83 à 154, avec cartes. Berlin. — Statistiques médicales publiées par l'Office sanitaire impérial [allemand].

23e ANNÉE. — N° 27. Vingt centimes le numéro. 8 JUILLET 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

RÉPERTOIRE CLINIQUE. — L'identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum, par M. le docteur L. Cheinisse 221
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Influence de l'altitude sur la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine chez l'homme 223
Sur la production de glucose par les tissus animaux 223
Société de chirurgie. — Des avantages de la gastro-entérostomie en Y 223
Injections de formol dans les kystes hydatiques du foie 223
Traitement des fistules intestinales 223
Déchirure spontanée de l'intestin grêle chez un malade atteint de cancer du rectum 223
Traitement de la lithiase biliaire 223
Société médicale des hôpitaux. — Endocardite tuberculeuse primitive reconnue au moyen de l'inoscopie 223
Œdème pulmonaire aigu d'origine pneumonique chez les cardiaques 224
Accidents pseudo-méningitiques après une injection d'une solution de chlorure de sodium 224
Embolie de l'aorte abdominale 224
Société de biologie. — De la polyglobulie 224
Cellules endothéliales hématomacrophages dans le liquide céphalo-rachidien en cas d'hémorrhagie méningo-encéphalique 224
Eruption médicamenteuse due à l'antipyrine avec altérations du sang 224
De l'élimination du chlorure de sodium par la diarrhée 224
Société de dermatologie et syphiligraphie. — Sur la contagiosité de la glossite dépapillante 224
Parapsoriasis simulant des syphilides 225
Inconvénients des injections prothétiques de paraffine 225
Petites tumeurs dues à une mycose nouvelle 225
Pelade conjugale 225
ETRANGER : *Lettres d'Autriche.* — Classification des lymphomatoses 225
Traitement des tumeurs malignes par le radium 225
Des ferments catalytiques du lait de femme 225
Traitement de l'incontinence d'urine par des injections épidurales 225
Des relations de la chlorose avec la fonction ovarienne 225
De la dyspnée dans la maladie de Basedow 225
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance 226
Du myélome multiple des os avec albumosurie 226
Dacryoadénite blennorrhagique 226
Publications allemandes. — Contribution à la pathologie et au traitement des sténoses syphilitiques de la trachée 226
L'incision transversale du fond de l'utérus dans l'opération césarienne par la méthode de Fritsch est-elle plus avantageuse que l'incision longitudinale? 227
Un cas de pneumonie gonococcique 227
Publications italiennes. — Contribution à la pathogénie de la tétanie gastrique 227
Les intoxications bactériennes et la dégénérescence graisseuse des organes 227
L'hémostase dans les résections de la rate 228
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La compression pubio-manuelle de l'utérus comme moyen de traitement des hémorrhagies après la délivrance 228
Le tubage du pharynx pour faciliter l'anesthésie dans les opérations sur la face 228
Incision dissimulée pour la cure radicale des hernies inguinales chez la femme 228
La compression de l'abdomen et du thorax comme moyen de traitement de la coqueluche 228
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Accidents pseudo-méningitiques et injection de sérum artificiel ..... 224^1
Altitude et durée de la réduction de l'oxyhémoglobine ..... 223^1
Anesthésie pour opérations sur la face et tubage du pharynx ..... 228^2
Antipyrine et éruption qu'elle provoque ..... 224^3
Cancer du rectum et déchirure spontanée de l'intestin grêle ..... 223^3
Cellules endothéliales hématomacrophages et hémorrhagie méningo-encéphalique ..... 224^2
Chlorose et fonction ovarienne ..... 225^3
Chlorure de sodium et son élimination par la diarrhée ..... 224^3
Compression abdomino-thoracique contre la coqueluche ..... 228^3
— pubio-manuelle de l'utérus contre les hémorrhagies de la délivrance ..... 228^1
Coqueluche ..... 228^3
Dacryoadénite blennorrhagique ..... 226^2
Déchirure spontanée de l'intestin grêle et cancer du rectum ..... 223^3
Diarrhée et élimination du chlorure de sodium ..... 224^3
Diphtérie de l'enfance et urines ..... 226^1
Dyspnée dans la maladie de Basedow ..... 225^3
Embolie de l'aorte abdominale ..... 224^2
Endocardite tuberculeuse primitive ..... 223^3
Fistules intestinales ..... 223^3
Fonction ovarienne et chlorose ..... 225^3
Formol en injection dans les kystes hydatiques du foie ..... 223^2
Gastro-entérostomie en Y et ses avantages ..... 223^2
Glossite dépapillante et sa contagiosité ..... 224^3
Glucose et sa production par les tissus animaux ..... 223^2
Glycérine et son élimination ..... 224^3
Hémorrhagie méningo-encéphalique et cellules endothéliales hématomacrophages ..... 224^2
Hémorrhagies après la délivrance ..... 228^1
Hernies inguinales et cure radicale avec incision dissimulée ..... 228^3
Injections épidurales contre l'incontinence d'urine ..... 225^3
— prothétiques de paraffine et leurs inconvénients ..... 225^1
Intoxications bactériennes et dégénérescence graisseuse ..... 227^3
Kystes hydatiques du foie ..... 223^2
Lait de femme et ses ferments catalytiques ..... 225^3
Lipomatose symétrique douloureuse et son identité avec la maladie de Dercum ..... 221^1
Lithiase biliaire ..... 223^3
Lymphomatoses et leur classification ..... 225^2
Maladie de Basedow et dyspnée ..... 225^3
— de Dercum et son identité avec la lipomatose symétrique douloureuse ..... 221^1
Mycose nouvelle ..... 225^1
Myélome multiple des os avec albumosurie ..... 226^1
Œdème aigu pulmonaire d'origine pneumonique chez les cardiaques ..... 224^1
Opération césarienne par la méthode de Fritsch ..... 227^1
Oxyhémoglobine et sa réduction selon les altitudes ..... 223^1
Parapsoriasis simulant des syphilides ..... 225^1
Parotidite et otite moyenne suppurée simultanées ..... 223^3
Peladé conjugale ..... 225^1
Pneumonie gonococcique ..... 227^2
Polyglobulie ..... 224^2
Radium contre les tumeurs malignes ..... 225^2
Résections de la rate et hémostase ..... 228^1
Scarlatine de l'enfance et urines ..... 226^1
Sérum artificiel et accidents pseudo-méningitiques ..... 224^1
Sténoses syphilitiques de la trachée ..... 226^3
Tétanie gastrique et sa pathogénie ..... 227^2
Traitement chirurgical de la lithiase biliaire ..... 223^3
— de la coqueluche ..... 228^3
— de l'incontinence d'urine ..... 225^3
— des fistules intestinales ..... 223^3
— des hémorrhagies après la délivrance ..... 228^1
— des kystes hydatiques du foie ..... 223^2
— des tumeurs malignes ..... 225^2
Tubage du pharynx et anesthésie pour opérations sur la face ..... 228^2
Tumeurs malignes ..... 225^2
Urines dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance ..... 226^1

VARIA

Congrès français de chirurgie en 1903.

La seizième session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris le 19 octobre 1903.
Deux questions ont été mises à l'ordre du jour:
1° *Tumeurs de l'encéphale;*
2° *Exclusion de l'intestin.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Aubinière. Contribution à l'étude de la diphtérie prolongée.

Aujean (O.). Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis.

Barthélemy (F.). De l'influence du milieu hospitalier dans l'évolution des maladies infantiles.

Boilevin (P.). Sur une observation d'engouement et d'inflammation herniaire.

Boivin (M.). Etiologie et traitement de l'eczéma du nourrisson.

Bourget (J.). La radiographie dans le diagnostic des calculs du rein.

Carcy (F.). Traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique aiguë (étude comparée).

Croizet (H.). Contribution à l'étude des névrites oxycarbonées.

Decobert (Ch.). Du gélo-diagnostic des selles et de son emploi au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.

Dehau (H.). Les sanatoria dans le traitement de la tuberculose.

Delherm (L.). Le traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse.

Demain (Ch.). De la paramétrie récidivante associée au prolapsus utéro-vaginal.

Denommé (A.). De la position du malade dans les opérations sur la tête et sur le cou.

Dieuzaide (Ch.). Des troubles intellectuels transitoires de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Druault Aubin (R.). Sur la nature de l'ictère hémaphéique.

Frizac (R.). De l'amygdalite chronique, les traitements de choix; leurs indications dans les diverses formes de cette affection.

Gardavot (D. M.). De la leucémie aiguë hémorrhagique.

Ghazarossian (V.). Contribution à la pathogénie de l'ovaire scléro-kystique.

Giffard (R.). De l'entérocolite muco-membraneuse infantile.

Giraudeau (E.). De la torsion intra-abdominale du grand épiploon.

Goas (H.). L'insuffisance aortique d'origine artérielle.

Gouraud (F.-X.). Des échanges phosphorés dans l'organisme normal et pathologique; des phosphaturies.

Guénard (R.). De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly et de l'hystéropexie obturatrice (procédé de l'auteur).

Guéniot (P.). Etude sur la lithiase vésiculaire; ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical.

Heller (A.). Contribution à l'étude des paralysies faciales congénitales par agénésie du rocher.

Jouhaud (L.). Caractères biologiques de l'entérocoque.

Labrousse (F.). Quelques notes sur un médecin philosophe de la Faculté de Paris : P.-J.-G. Cabanis (1757-1808).

Légé (M.-R.). De l'opération de Motais (méthode de suppléance physiologique du releveur par le droit supérieur).

Lemaire (G.). De la fréquence des kystes hydatiques du poumon et de la plèvre en Algérie; leur diagnostic.

Lemaistre (P.). Tumeurs péri-urétérales de la vessie.

Léon (S. V. de). Contribution à l'étude des cysticerques de l'encéphale.

Martin-Saint-Laurent (J.). Le formol en thérapeutique; son application dans le traitement des séborrhées du cuir chevelu.

Ménager (J.). Contribution à l'étude des hydrocèles péritonéo-vaginales.

Michalovitch. Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite et ses principales complications chez les petites filles.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Huguenin. Etude anatomique des inflammations chroniques des séreuses et de leur effet sur les organes qu'elles recouvrent. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai et juin.)

Meyer (E.). Ueber einige Entwicklungshemmungen der Niere. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mai.) — Sur quelques arrêts de développement du rein.

Schneider (K.). Ueber ein mächtig entwickeltes congenitales Cystadenom der Schilddrüse. (*Prag. med. Wochensch.*, 7 mai.) — Adénokystome congénital très développé de la glande thyroïde.

Spirlas. Ueber Verdauungsvakuolen und ihre Beziehungen zu den Foà-Plimmer'schen Krebsparasiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mai.) — Vacuoles digestives et leurs rapports avec les parasites du cancer décrits par Foà et Plimmer.

Woolley (P. G.). A study of the reticular supporting network in malignant neoplasms. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, janv.) — Etude sur le réseau réticulaire dans les néoplasmes malins.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Le Fort et **Gontier de la Roche.** Expériences sur les propriétés immunisantes du sérum d'un malade ayant eu récemment une attaque de tétanos. (*Echo méd. du Nord*, 31 mai.)

Loeb (L.). On transplantation of tumors. (*Amer. Medicine*, 14 mars.)

Meltzer (S. J. et Clara). Relation of the innervation of an organ to the influence of suprarenal extract upon it. (*Amer. Medicine*, 7 fév.) — Rapports entre l'innervation d'un organe et l'influence qu'exerce sur celui-ci l'extrait surrénal.

Wels (H. G.). Experimental fat necrosis. (*Journ. of Med. Research*, fév.) — Nécrose graisseuse expérimentale.

Zoppi (A.). Fisio-patologia della ghiandola tiroide; osservazioni intorno alla estirpazione della medesima negli animali. In-16, 48 p. Milan.

MÉDECINE

Bécigneul. De la chylurie (à propos d'un cas de chylurie nostras). (*Gaz. méd. de Nantes*, 30 mai et 6 juin.)

Broquin (L.). Tableaux synoptiques pour les analyses médicales (sang, suc gastrique, calculs biliaires). In-16, 64 p. avec fig.

Brouardel (G.). Précis d'exploration clinique du cœur et des vaisseaux par les nouvelles méthodes (cardiographie; sphygmomanométrie; sphygmotonométrie; sphygmographie; pléthysmographie et radiologie). In-18, 175 p. avec fig.

Comey (P.) et **McKibben** (W.). Chylous ascites; report of a case due to total occlusion of the thoracic duct. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 29 janv.)

Courmont (P.) et **André.** Bronchopneumonie d'un poumon et abcès de l'autre causés par un même corps étranger de l'arbre respiratoire (épingle volumineuse). (*Lyon méd.*, 7 juin.)

De Dominicis (N.). Phloridzindiabetes und Nierenpermeabilität. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 mai.)

Ebstein (W.). Ueber die Frührezidive bei der fibrinösen Lungenentzündung. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mai.) — Récidives précoces de la pneumonie fibrineuse.

Fisch (R.). Tropische Krankheiten. 3e éd. In-8o, 239 p. avec fig. Bâle. — Maladies des pays chauds.

Fischer (G.). Das Mundhöhlengeräusch. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 et 19 mai.) — Le bruit perçu à l'auscultation de la cavité buccale.

Grixoni (G.). La citodiagnosi; rivista sintetica e critica. (*Giorn. med. del Ro. Esercito*, fév.)

Hastings (T. W.). Hyperacidity of the urine. (*Med. News*, 4 avril.)

Ingelrans. Réapparition du syndrome addisonien chez un sujet antérieurement très amélioré par l'opothérapie surrénale. (*Echo méd. du Nord*, 31 mai.)

Jackson (J. M.). A few remarks on blood pressure. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 fév.) — De la tension sanguine.

Jürgensen (Th. von). Erkrankungen der Kreislaufsorgane; Klappenfehler. In-8o, 151 p. avec fig. Vienne. — Maladies des organes de la circulation; affections valvulaires.

Labbé (M.). Le cytodiagnostic; les méthodes d'examen des sérosités pathologiques et du liquide céphalo-rachidien. In-16, 96 p. avec fig.

Lambert (E. W.). The prognostic significance of albumin in the urine. (*Med. News*, 4 avril.)

Landi (L.). Autointossicazioni intestinali e nevrosi. In-8o, 268 p. Florence.

Leftwich (R. W.). On syphonage and hydraulic pressure in the large intestine, with their bearing upon the treatment of constipation and appendicitis. In-8o, 80 p. Londres. J. et A. Churchill. — La pression hydraulique dans le gros intestin, considéré comme un siphon, et ses rapports avec le traitement de la constipation et de l'appendicite.

Licci (P.). Il vomito. In-8o, 64 p. Milan.

Marshall (J.) et **Ryan** (L. A.). On volumetric testing for sugar. (*Amer. Medicine*, 25 avril.) — Dosage volumétrique du sucre.

Monteuuis (A.). Hygiène nerveuse de l'estomac. (*Nord méd.*, 1er juin.)

Mossé (A.). Le diabète et l'alimentation aux pommes de terre. In-8o, 183 p.

Musgrave (P.). Cyto-diagnosis : a study of the cellular elements in serous effusions; a preliminary note. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 5 mars.)

Nothnagel (H.). Die Krankheiten des Darms und des Peritoneum. 2e éd. In-8o, 892 p. avec fig. Vienne. — Les maladies de l'intestin et du péritoine.

MALADIES INFECTIEUSES

Ambrosius (W.). Erfolge der Heilstättenbehandlung bei lungenkranken Mitgliedern zweier Krankenkassen; zugleich ein Beitrag zur Volksheilstättenfrage. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mai.) — Résultats du traitement de la tuberculose dans les sanatoria; contribution à l'étude de la question des sanatoria populaires.

Bryce (P. H.). Some scientific and practical aspects of vaccination. (*New York Med. Journ.*, 7 mars.)

Caillé (A.). Clinical observations on circulatory failure in acute infectious disease. (*Arch. of Pediatrics*, mars.) — Troubles circulatoires dans les maladies infectieuses aiguës.

Calvert (W. J.). Transmissibility of plague. (*Amer. Medicine*, 24 janv.) — Transmissibilité de la peste.

Cobb (J. O.). Some observations on tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 14 mars.)

Freymuth. Diagnostische Erfahrungen mit Tuberkulin an Lungenkranken. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mai.) — Emploi diagnostique de la tuberculine chez les phtisiques.

Grocco (P.). La sezione antirabica della Clinica medica di Firenze nel triennio 1899-1901. In-8o, 55 p. Florence.

Jacoby (A.). Report of a case of infection by the *Bacillus coli communis*. (*New York Med. Journ.*, 25 avril.)

Köhler (F.). Die Bewertung der modernen Lungenheilstättenbehandlung im Lichte der Statistik, ihrer Praxis und ihrer Aufgaben. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 et 19 mai.) — La valeur du traitement de la tuberculose dans les sanatoria.

Pickert. Beiträge zur Erklärung der günstigen Wirkung der Bettruhe auf das Fieber der Phthisiker. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mai.) — Explication des effets favorables du repos au lit sur la fièvre des phtisiques.

Roland. Varicelle suivie d'albuminurie et d'accidents urémiques mortels. (*Poitou méd.*, mai.)

Stewart (W. S.). Report of a case of epidemic parotiditis, with fatal termination. (*New York Med. Journ.*, 21 mars.)

Swoboda (N.). Ueber Vaccinia generalisata. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 avril, 2 et 9 mai.)

Trimble (I. R.). The report of a case of malignant edema. (*Amer. Medicine*, 21 mars.)

Wolff (F.). Bemerkungen zur Heilstättenbehandlung Lungenkranker. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mai.) — Remarques sur le traitement des tuberculeux dans les sanatoria.

Wood (F. C.). The prognostic value of the diazoreaction in pulmonary tuberculosis. (*Med. News*, 4 avril.)

Zampilloni (G.). La terzana semplice estivo-autunnale. (*Policlinico*, 30 mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Altshul (H.). Fatal meningitis with myosis and salivary suppression as the only symptoms; autopsy; a study in diagnosis by exclusion. (*New York Med. Journ.*, 25 avril.) — Un cas fatal de méningite s'étant manifesté uniquement par du myosis et par la suppression de la sécrétion salivaire.

Brissaud et **Brécy**. Fracture de la colonne vertébrale; lésion spinale limitée à une minime partie d'étage radiculaire. (*Rev. neurol.*, 30 mai.

Clark (L. P.) et **Prout** (Th. P.). The cortical cell changes in epilepsy, their significance and clinical interpretation. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 avril.) — La signification des altérations des cellules corticales dans l'épilepsie.

Giannelli (L.). Sistema nervoso periferico. In-16, 136 p. Milan.

Glorieux. La paralysie infantile. (*Policlinique*, 1er avril et 15 mai.)

Huber (F.). Brachial monoplegia in the course of chorea minor. (*Arch. of Pediatrics*, avril.)

Kühne. Erkrankung des Brückenteils der Haube nach einem Unfall. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, avril.) — Affection de la portion protubérantielle du faisceau de la calotte, consécutive à un accident.

Marinesco (G.). Etude sur le phénomène des orteils (signe de Babinski). (*Rev. neurol.*, 30 mai.)

Rogues de Fursac (J.). Manuel de psychiatrie. In-16, 320 p.

Tanzi (E.). Sulla Clinica psichiatrica di Firenze. In-4°, 13 p. Florence.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Chute (A. L.). Gonorrheal urethritis without symptoms. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 fév.) — Uréthrite gonococcique sans manifestations cliniques.

Goj (G.). L'acne volgare considerata specialmente nei suoi rapporti con la seborrea. In-8°, 31 p. Parme.

Griffin (E. H.). The diagnosis and treatment of hereditary syphilis. (*New York Med. Journ.*, 14 mars.)

Hagenbach-Burckhardt (E.). Ueber Pemphigus contagiosus. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 5.)

Jordan (A.). Ueber syphilitische Hausepidemien. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 avril.) — Les épidémies syphilitiques de maisons.

Singer (G.). Ueber luetische Rheumatoide. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 mai.)

Thibierge (G.). Syphilis et déontologie (secret médical; responsabilité civile; énoncé du diagnostic; jeunes gens syphilitiques; la syphilis avant et pendant le mariage; divorce; nourrissons syphilitiques; nourrices syphilitiques). In-8°, 297 p.

CHIRURGIE

Abbott (E. G.). Hypertrophy of the synovial fringes of the knee joint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 avril.) — Hypertrophie des franges synoviales du genou.

Allis (O. H.). Note on the frequent great disparity between falls upon the buttocks and the subsequent persistent pain and irremediable helplessness in persons in advanced years. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Douleurs persistantes et troubles irrémédiables survenant chez des individus âgés, à la suite de chutes sur les fesses.

Austregesilo (A.). Sobre um caso de sarcomatose. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, avril.)

Bain (J. B.). Blank-cartridge wound infected with tetanus bacilli; prompt excision; no tetanus. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Infection tétanique d'une plaie par arme à feu chargée à poudre; excision rapide; absence de tétanos.

Balloch (E. A.). Cancer of male breast. (*Amer. Medicine*, 11 avril.) — Cancer du sein chez l'homme.

Barbat (J. H.). Fractures into and about the elbow joint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 avril.) — Fractures intra et péri-articulaires du coude.

Baudouin (F.). Sarcome pédiculé de la langue. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er juin.)

Beltrami (E.) et **Reynaud** (G.). L'anesthésie générale au protoxyde d'azote. (*Marseille méd.*, 1er juin.)

Benjamin (A. E.). Oblique inguinal hernia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 avril.)

Blake (J. A.). Some problems in the major surgery of the kidneys. (*Med. News*, 11 avril.) — Chirurgie rénale.

Blatchford (F.). Emphysema due to injury of the upper air tracts by vomiting and protracted hysteric eructations following ether anesthesia for appendicectomy. (*Amer. Medicine*, 14 mars.) — Emphysème par lésion des voies aériennes supérieures, dû aux vomissements et à des éructations hystériques prolongées à la suite d'une éthérisation pour appendicectomie.

Brown (G. S.). Operation in a case of extra-dural hemorrhage, the result of whooping cough. (*New York Med. Journ.*, 25 avril.) — Opération pour hémorrhagie extra-duremérienne, consécutive à la coqueluche.

Canac-Marquis (F. P.). A few practical points in the technic of nephrorrhaphy and herniotomy, and a new modification of Alexander's operation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 avril.)

Chadwick (H. D.). Report of a series of cases of movable kidney. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 12 mars.) — Relation de cas de rein mobile.

Dangschat (B.). Beiträge zur Genese, Pathologie und Diagnose der Dermoidcysten und Teratome im Mediastinum anticum. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 3.)

De Ruyter (G.) et **Kirchhoff** (E.). Compendium der allgemeinen und speciellen Chirurgie. 2. Teil: Specielle Chirurgie, 4e éd. In-12, 348 p. avec fig. Berlin.

Donaldson (F.). An interesting modification of technic in Penrose's operation for nephropexy. (*Amer. Medicine*, 28 fév.)

Duplay (S.) et **Cazin** (M.). Les tumeurs. In-8°, 462 p. avec fig.

Duroux (E.). Mastoïdite; thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne; ouverture du sinus, ligatures de la jugulaire; guérison. (*Lyon méd.*, 7 juin.)

Florio (L.). L'intervento chirurgico nella ciste da echinococco del fegato. (*Incurabili*, 1er-15 avril.) — L'intervention chirurgicale pour kystes hydatiques du foie.

Folet. Hernies étranglées réduites en bloc. (*Echo méd. du Nord*, 31 mai.)

Forgue (E.). Précis de pathologie externe. T. II. In-18, 1056 p. avec fig.

Gatti (G.) et **Ferrari** (C.). Sezione del dótto deferente ed anastomosi intertesticolare. (*Policlinico*, partie chir., X, 4.)

Gaudier. A propos de deux cas d'abcès cérébelleux d'origine otique. (*Echo méd. du Nord*, 31 mai.)

Giannattoni (P.). Resoconto statistico-clinico delle principali operazioni chirurgiche eseguite dal 1° gennaio 1901 al 1° ottobre 1902 nel reparto chirurgico dell'Ospedale civile di Vetralla. In-8°, 116 p. Pérouse.

Graf. Ueber die Prognose der Schädelbasisbrüche. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 5-6.) — Pronostic des fractures de la base du crâne.

Guthrie (G. W.). Direct fixation in fractures. (*Amer. Medicine*, 7 mars.)

Gutiérrez (A.). Tratamiento del pie bot varus-equino paralítico. (*Anales del Circulo méd. argentino*, avril.)

Hardin (B. L.). Chronic pancreatitis. (*Amer. Medicine*, 21 fév.)

Harvie (J. B.). Intestinal obstruction. (*New York Med. Journ.*, 11 avril.)

Hepner (E.). Operativ geheilter Fall von Blasendickdarmfistel. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 3.) — Un cas de fistule entre la vessie et le gros intestin, guérie par l'opération.

Horsley (J. S.). Report of a case of inguinal hernia with incomplete sac. (*New York Med. Journ.*, 14 mars.)

Illoway (H.). The prophylaxis of appendicitis. (*New York Med. Journ.*, 21 fév.)

Jacobsthal (H.). Beiträge zur Statistik der operativ behandelten Aneurysmen; 2. und 3. Mitteilung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 3-4 et 5-6.) — Statistique des anévrysmes traités opératoirement.

Judet (H.). Les traitements orthopédiques. In-8°, 16 p. avec fig.

Knotz (I.). Bemerkungen zur Indikation des Murphyknopfes. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 mai.)

Lee (E. W.). The treatment of felon. (*New York Med. Journ.*, 21 mars.) — Traitement du panaris.

Lieblein (V.). Ueber den artikulierenden Gipsverband und seine Anwendung zur Behandlung angeborener und erworbener Deformitäten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 3.) — Appareil plâtré articulé et son emploi dans le traitement des difformités congénitales et acquises.

Lilienthal (H.). Some unusual cases of appendicitis from private practice. (*New York Med. Journ.*, 7 fév.) — Quelques cas insolites d'appendicite.

Lotheissen (G.). Hernie, Unfall und Incarceration. (*Wien. med. Presse*, 17 et 24 mai.) — La hernie et son étranglement dans ses rapports avec les accidents.

Loumeau (E.). Plan opératoire portatif à volume réduit (remplaçant les tables à opérations). In-8°, 8 p. avec fig. Bordeaux.

Manley (Th. H.). Intestinal obstruction below the ileocecal junction. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 fév. et 5 mars.) — Occlusion intestinale au-dessous de la jonction iléocæcale.

Marion (G.). Manuel de technique chirurgicale des opérations courantes. In-8°, 544 p. avec fig.

Mariotti (G.). Note chirurgiche. In-4°, 48 p. Bologne.

Mayo (C. H.). Evolution in the treatment of cancer of the rectum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 avril.)

Mazzone (F.). Contributo clinico alla correzione del piede varo-equino congenito. (*Incurabili*, 1er-15 avril.)

McGuire (E. R.). Are antiseptics of any value in hand disinfection? (*Amer. Medicine*, 28 fév.) — Les antiseptiques ont-ils quelque valeur pour la désinfection des mains?

McMorrow (F.). The surgical treatment of empyema. (*New York Med. Journ.*, 25 avril.)

Morris (R. T.). Some of the complications of abdominal surgery. (*New York Med. Journ.*, 14 mars.)

Morton (A. W.). Excision of the superior maxillary under medullary narcosis. (*Amer. Medicine*, 21 mars.)

UROLOGIE

Asakura (B.). Ueber die Capacität der Urethra anterior bei Japanern. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 5.)

Bandler (V.). Ueber Blasentuberculose. (*Prag. med. Wochensch.*, 21 mai.) — Tuberculose vésicale.

Cathelin (F.). Le cloisonnement vésical et la division des urines; applications au diagnostic des lésions rénales. In-16, 36 p. avec fig.

Federici (N.). Patologia e terapia della iscuria prostatica. In-8°, 90 p. Sassari.

Fiori (P.). Gli effetti della allacciatura dell'uretere con scapsulamento e isolamento permanente del rene; nota preventiva. In-8°, 20 p. Pise.

Fortun (E.). Cystic bladder mistaken for an ovarian cyst. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Vessie kystique simulant un kyste de l'ovaire.

Impens (E.). Zur Harndesinfection. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 5.) — Désinfection de l'urine.

Rafin. Travaux cliniques de chirurgie urinaire (année 1902). In-8°, 115 p. Lyon.

Wieting et **Cassape Effendi** (N.). Resultate des hohen Steinschnittes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.) — Résultats de la taille sus-pubienne.

OPHTALMOLOGIE

Baudry (S.). Sur un cas de kératite parenchymateuse syphilitique acquise. (*Nord méd.*, 1er juin.)

Cosse (F.). Un cas de kyste séreux de l'orbite. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er juin.)

Fridenberg (P.). Expression of the lid margin as a therapeutic measure in blepharitis and its complications. (*New York Med. Journ.*, 7 mars.) — Expression du bord palpébral comme moyen de traitement de la blépharite et de ses complications.

Guiot. Aphakie congénitale: asthénopie irienne. (*Année méd. de Caen*, mai.)

Kipp (Ch. J.). Transient unilateral ophthalmoplegia exterior of peripheral origin with atrophy of the optic nerve. (*Amer. Medicine*, 25 avril.)

Lagrange (F.). Précis d'ophtalmologie. 2e éd. In-16, 806 p. avec fig. et planches.

Leprince (A.). Du traitement des affections lacrymales. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er juin.)

Le Roux (H.). Complications oculaires des oreillons. (*Année méd. de Caen*, mai.)

Mohr (M.). Die Augenentzündung der Neugeborenen (Ophthalmoblennorrhoea neonatorum). (*Pest. med.-chir. Presse*, 10 et 17 mai.)

Opdyke (R.). Eye affections complicating and resulting from rheumatism. (*Med. News*, 11 avril.)

Ovio (G.). Manuale di oculistica pratica. 3e éd. In 8o, 579 p. avec fig. Milan.

Rochon-Duvigneaud. Anatomie de l'appareil nerveux sensoriel de la vision (rétine; nerf optique; centres optiques). In-8o, 251 p. avec fig. Evreux.

Schilling (Th.). Zur Frage der rezidivierenden Okulomotoriuslähmung. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mai.) — Paralysie oculo-motrice récidivante.

Seggel. Doppelseitige Abduzens- und seitliche Blicklähmung. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mai.) — Paralysie double de l'abducteur de l'œil et « paralysie latérale du regard ».

Stefani (U.). Come si modifichi la reazione della pupilla all'atropina in seguito all'uso prolungato della sostanza; contributo allo studio dell'adattamento; nota preliminare. In-8o, 23 p. Parme.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Baumm (P.). Beitrag zur Pubiotomie nach Gigli. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Bleynie (L.). Un cas de tétanos pendant les suites de couches. (*Limousin méd.*, avril.)

Boursier (A.). Sur un cas d'hématocèle rétro-utérine. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er juin.)

Brickner (S. M.). Incomplete transverse congenital occlusion of the vagina, and a theory as to its origin. (*New York Med. Journ.*, 7 mars.)

Erck (Th. A.). Fibroma of the ovary with ascites. (*Amer. Medicine*, 14 mars.)

Esquerra (L.). Sobre un caso de pielo-nefritis gravidica. (*Rev. de med. y cirugia*, mai.)

Fournier (C.). Précis de gynécologie pratique. 2e éd. In-18, 392 p. avec fig.

Gilman (W. R.). The diagnosis and treatment of contracted pelvis. (*New York Med. Journ.*, 28 fév.)

Gradenwitz (R.). Vaginale Totalexstirpation ohne Narkose. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Hystérectomie vaginale totale sans anesthésie.

Hermes. Erfahrungen über Veränderungen des Wurmfortsatzes bei gynäkologischen Erkrankungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 3-4.) — Altérations de l'appendice dans les affections gynécologiques.

Higgins (F. A.). Pregnancy in a uterus bicornis simulating extra uterine pregnancy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 avril.)

Jean-Roger. Hystérectomie abdominale totale précésarienne. In-8o, 21 p. avec fig. Alexandrie.

Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. T. V, 3 fasc. In-8o, 366 p. Berlin.

Moran (J.). Uterine inertia: its causes and treatment. (*New York Med. Journ.*, 7 mars.)

Patellani Rosa (S.). L'interruzione artificiale della gravidanza. In-8o, 17 p. Ferrare.

Polak (J. O.). The kidney of pregnancy. (*New York Med. Journ.*, 25 avril.) — Le rein pendant la grossesse.

Ruoff (W.). Glycosuria gravidarum. (*Amer. Medicine*, 25 avril.)

Tsakyroglous (M.). Σκεσεις της ελομιανσεως προς την κυησιν, τον τοκετον και την λοχειαν και τανάπαλιν. In-8o, 50 p. Athènes. — Influence de la malaria sur la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Véron. Mort du fœtus par circulaires du cordon. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 1.)

PÉDIATRIE

Armann (W. F.). Die Behandlung des congenitalen Klumpfusses an der Poliklinik des Baseler Kinderspitales. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 5.) — Le traitement du pied bot congénital.

Basile (N. S.). La diazoreazione nei bambini cloroformizzati; nuove ricerche sperimentali originali. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, mars-avril.)

Bézy. Laryngospasme et signe du facial chez les enfants. In-8o, 24 p. Toulouse.

Burckhardt (E.). Ueber paroxysmale Haemoglobinurie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 5.)

Caillé (A.). Sudden death of an infant 6 months old due to compression of large blood vessels by an enlarged thymus gland. (*Arch. of Pediatrics*, mars.) — Mort subite chez un enfant de six mois, due à la compression des gros vaisseaux par le thymus hypertrophié.

Cozzolino (O.). Sul reperto del sangue in un caso di anemia pseudoleucemica infantum. (*Policlinico*, partie méd., X, 4.)

Fischer (L.). 2 instructive cases of cerebral pneumonia and their treatment. (*Arch. of Pediatrics*, fév.)

Galvagno (P.). Sulle peritoniti gonococciche delle bambine. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, mars-avril.)

Gherardi (G.). La cura della scrofola. In-8o, 98 p. Pesaro.

Grunert. Ueber Herniotomieen im Kindesalter, insbesondere im Säuglingsalter, darunter zwei seltene Fälle von Einklemmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 5-6.) — Herniotomies chez les enfants et, en particulier, chez les nourrissons; deux cas rares d'étranglement herniaire.

Guthrie (L.). The medical treatment of tubercular peritonitis in children. (*Arch. of Pediatrics*, avril.)

Herrman (Ch.). A case of paroxysmal hemoglobinuria in a boy four years old. (*Arch. of Pediatrics*, fév.) — Un cas d'hémoglobinurie paroxysmale chez un garçon de quatre ans.

Jennings (Ch. G.). Note on the temperature curve of acute croupous pneumonia in children. (*Arch. of Pediatrics*, avril.)

Latour. Un cas de scorbut. (*Policlinique*, 1er mai.)

Lowenburg (H.). Gonorrhea in children. (*Amer. Medicine*, 21 fév.)

Mitchell (E. W.). Amygdalitis followed by appendicitis, nephritis and endocarditis. (*Arch. of Pediatrics*, mars.)

TÉRATOLOGIE

Hall (H. S.). Complete absence of the superficial flexors of the thumb and concurrent muscular anomalies. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, avril.)

Hare (C. H.). Double uterus and vagina. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 avril.)

Langevin. Malformations multiples du tube digestif et de l'appareil génito-urinaire, chez un nouveau-né. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Rabaud (E.). Fragments de tératologie générale; l'union des parties similaires. In-8o, 24 p.

Sherman (H. M.). Congenital absence of the clavicles; cleidocranial dysostosis. (*Amer. Medicine*, 11 avril.)

Tricomi (G.). Un caso di *caput medusae* per mancanza della vena cava superiore. (*Policlinico*, partie chir., X, 4.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Berini (F.). Rinitis luposa primitiva de forma vegetante. (*Rev. de med. y cirugia*, mai.)

Botey (R.). Un caso de quiste hidatidico de la amigdala y de la cavidad faringo-maxilar derechas. (*Arch. latinos de rinol., laringol., otol.*, mars-avril.)

Holmes (E. M.). Suppuration of the frontal, ethmoid, and sphenoid sinuses. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 19 et 26 mars.)

Menzel (K. M.). Zur Behandlung der Nasenflügelansaugung; eine neue Methode. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mai.) — Un nouveau procédé de traitement de l'affaissement de l'aile du nez.

Poli (C.). Criterî e mezzi diagnostici in rinolaringologia e otologia. In-8o, 19 p. Gênes.

Washburn (F. H.). The hemorrhagic diathesis as a factor in the production of hemorrhage following removal of the tonsils and adenoids. (*New York Med. Journ.*, 21 mars.)

HYGIÈNE

Das Sanitätswesen des preussischen Staates während der Jahre 1898, 1899 und 1900. In-8o, 857 p. Berlin.

De Ambrosis (P.). Piede e calzature. In-16, 70 p. avec fig. Milan. — Pieds et chaussures.

Derscheid (G.). La lutte contre la tuberculose en Belgique. (*Policlinique*, 15 mai.)

Gréhant (N.). Hygiène expérimentale; l'oxyde de carbone. In-16, 208 p. avec fig.

Liebe (G.). Die Bedeutung der Heilstätten im Kampfe gegen die Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 mai.) — La signification des sanatoria dans la lutte contre la tuberculose.

Pietravalle (M.). Demografia ed igiene pubblica in terra di lavoro. In-8o, 154 p. avec planches. Caserte.

Plehn (B.). Der staatliche Schutz gegen Viehseuchen. In-8o, 549 p. Berlin. — La défense de l'Etat contre les épizooties.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Austin (A. E.). Limitations of the Uhlenhuth test for the differentiation of human blood. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 12 mars.) — Les limites de l'application de la réaction d'Uhlenhuth à la différenciation du sang humain.

Fonzes-Diacon. Traité de toxicologie. In-16, 425 p. avec fig.

Lacassagne (A.). Il vade-mecum del medico perito. (Trad. du français par R. Gurrieri.) In-16, 459 p. Milan.

Schlöss (H.). Wiederholte Brandstiftung unter dem Einflusse des Alkohols. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 mai.) — Incendiaire récidiviste par alcoolisme.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Baner (W.). The intravenous injection of formaldehyd. (*New York Med. Journ.*, 21 mars.)

Bernard. Manuel thérapeutique de médecine moderne (médicaments principaux). 3e éd. In-16, 215 p.

Bernatzik (W.) et **Vogl** (A. E.). Manuale di materia medica. (Trad. de l'allemand par P. Albertoni.) 2e éd. In-8o, 400 p. Milan.

Biernacki (E.). Ueber die Leistungsfähigkeit der Eisentherapie. (*Wien. med. Wochensch.*, 2, 9 et 16 mai.) — Valeur de la médication martiale.

Burzagli (G. B.). La cura del tifo con lo zolfo. (*Pratica del Medico*, mai.)

Carnot (P.). La médication hémostatique. In-8o, 44 p.

Crothers (T.). Dangers from the indiscriminate use of morphine. (*Amer. Medicine*, 21 fév.)

Harrington (Th. F.). Medical treatment of intestinal obstruction. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 19 fév.)

Kemp (R. C.). Hypodermoclysis; experiments, technic and clinical uses. (*New York Med. Journ.*, 28 fév.)

Martinet (A.). Thérapeutique clinique; les médicaments. In-8o, 288 p.

23e ANNÉE. — N° 28. **Vingt centimes le numéro.** 15 JUILLET 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Travaux originaux. — Le faisceau de Türck (faisceau externe du pied du pédoncule), par MM. les docteurs Pierre Marie et Georges Guillain........ 229

Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — La présence de corps étrangers dans les cellules nerveuses et la théorie de l'amiboïsme nerveux........ 234
Traitement du cancer par les rayons de Röntgen........ 234
De l'emploi du glycogène dans les pyrexies 234

Société de chirurgie. — Traitement des pleurésies purulentes anciennes........ 234
Diagnostic et traitement de la lithiase biliaire........ 234
Traitement des plaies par fils incandescents 234

Société médicale des hôpitaux. — Rhumatisme tuberculeux ankylosant........ 234
La scarlatine latente........ 234
Gangrène du membre inférieur d'origine phlébitique........ 234

Société de biologie. — Toxicité des corps de bacilles diphtériques........ 235
Cytologie des ascites........ 235
Le réflexe buccal chez les déments........ 235
Suppléance du facial droit, paralysé, par le facial gauche........ 235
Mécanisme de la mort par l'entrée de l'air dans les veines........ 235
Transmissibilité du cancer au rat........ 235

Littérature médicale : *Publications allemandes.* — Localisations rénales expérimentales à la suite d'infections intraveineuses par des cultures de streptocoques rendues spécialement virulentes pour le rein........ 235
Séroréaction de Widal dans un cas d'abcès du foie........ 235
Influence de l'effort musculaire sur la pression sanguine aux différents âges de la vie........ 235
Contribution à l'étude des grossesses gémellaires tubaires dans une seule trompe 236

Notes thérapeutiques. — Le sérum de Trunecek comme moyen de traitement du rhumatisme blennorrhagique........ 236
Un moyen pour fixer les enveloppes du testicule au cours du traitement de l'hydrocèle par l'injection d'une solution iodée.. 236
Un procédé rapide d'extraction de la filaire 236
Les inconvénients de l'emploi simultané de l'iodoforme et des préparations mercurielles........ 236
Le salicylate de soude contre les fièvres paludéennes........ 236

Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès du foie avec séroréaction positive........ 235[3]
Amiboïsme des cellules nerveuses........ 234[1]
Ascites et leur cytologie........ 235[1]
Bacilles diphtériques et leur toxicité........ 235[1]
Cancer et sa transmissibilité au rat........ 235[2]
Coefficients urinaires........ 235[1]
Corps étrangers des cellules nerveuses........ 234[1]
Effort musculaire et pression sanguine........ 235[3]
Extraction rapide de la filaire de Médine.... 236[2]
Facial paralysé et sa suppléance........ 235[1]
Faisceau de Türck........ 229[1]
Gangrène du membre inférieur d'origine phlébitique........ 234[3]
Glycogène contre les pyrexies........ 234[1]
Grossesses gémellaires tubaires dans une seule trompe........ 236[1]
Hystériques accusatrices........ 234[1]
Iodoforme et son incompatibilité avec les préparations mercurielles........ 236[3]
Lithiase biliaire........ 234[2]
Mort par entrée de l'air dans les veines..... 235[2]
Plaies par fils incandescents........ 234[2]
Pleurésies purulentes anciennes........ 234[1]
Radiothérapie du cancer........ 234[1]
Réflexe buccal chez les déments........ 235[1]
Rhumatisme blennorrhagique........ 236[1]
— tuberculeux ankylosant........ 234[2]
Salicylate de soude contre les fièvres paludéennes........ 236[3]
Scarlatine latente........ 234[3]
Sérum de Trunecek contre le rhumatisme blennorrhagique........ 236[1]
Streptocoque virulent pour le rein........ 235[2]
Traitement chirurgical des pleurésies purulentes anciennes........ 234[1]
— de la lithiase biliaire........ 234[2]
— de l'hydrocèle........ 236[2]
— des plaies par fils incandescents. 234[2]
— du rhumatisme blennorrhagique. 236[1]
Tuberculose rénale et son diagnostic........ 234[2]

VARIA

Faut-il écrire hallex ou hallus et non hallux?

Nous avons reçu de M. le docteur Dupin (de Toulouse) la lettre suivante :

« Dans le numéro du 27 mai de la *Semaine Médicale*, je lis la condamnation de l'orthographe *hallux*. Or, Noël donne (Dictionnaire latin-français, 1825), dans un même article, *hallus, i* et *hallux, ucis* : comme référence, Pompeius Festus. Cette dernière orthographe provient-elle d'une erreur de copiste, comme il s'en est tant produit au moyen âge? Noël est d'ailleurs muet à propos du mot *hallex*.

» Quant au mot *allex, icis*, il est employé par Plaute, toujours d'après Noël, dans le sens suivant: *Qui attire.* Il faudrait arriver à Isidore pour le voir signifier : *orteil.* Au point de vue étymologique, *allex* se rattache évidemment à *allicio*, j'attire, tandis que *hallus* ou *hallux* ont pour origine, d'après Noël, le mot ἄλλομαι, je bondis. Il en résulterait que deux étymologies distinctes, faisant allusion à deux fonctions différentes du gros orteil (préhension et saut) auraient fortuitement engendré des mots très voisins les uns des autres et qui, au premier abord, semblent provenir d'une commune origine. »

Ce petit point de linguistique nous paraissant mériter d'être élucidé d'une façon définitive, nous avons soumis la question à M. V. Henry, professeur de grammaire comparée des langues indo-européennes à la Faculté des lettres de Paris; voici la consultation très documentée qui nous a été adressée, et que nous croyons devoir reproduire *in extenso :*

« Très honoré de la confiance que vous voulez bien me témoigner, je voudrais pouvoir y mieux répondre. Malheureusement, sur les mots qui n'appartiennent pas à la langue latine littéraire, qui ne sont attestés que par les comiques et les grammairiens, et dont l'étymologie est introuvable, il n'est pas un linguiste qui ose se prononcer avec sécurité absolue.

» Je sépare et numérote les diverses questions que soulève le couple lexique *allus, i* et *allex, icis*, « gros orteil ».

» 1° L'orthographe vraie paraît être sans *h*. Au temps de la décadence latine, vu la faible prononciation de l'*h*, beaucoup de mots commençant par une voyelle ont pris indûment une *h* initiale, et inversement; mais ce détail est insignifiant.

» 2° Il n'y a pas de mot *hallux* ni *allux*. Si Noël le donne, il provient, soit d'une fausse lecture de Festus, soit d'une contamination qui se serait produite au moyen âge entre *allus* et *allex*, l'un prêtant à l'autre son *u* ou lui prenant son *x*. Quant à l'étymologie par le grec ἄλλομαι « je saute », c'est une de ces inventions surannées qu'il faut laisser pour compte aux lexicographes du temps jadis : le mot latin qui répond à ἄλλομαι est *salio;* s'il y avait « du saut » dans *allus*, le mot commencerait par une *s*.

» 3° La dérivation plus récente proposée par Wharton, de *ad*, comme qui dirait « doigt additionnel », n'est qu'une conjecture peu satisfaisante.

» 4° Les deux mots *allus* et *allex* signifient bien « gros orteil » et nullement autre chose: le premier, d'après Festus; le second, dans Plaute (*allex viri*, petit bout d'homme). Il n'y a pas de mot *allex* « qui attire ».

» 5° Et toutefois, bien que Plaute soit antérieur de six siècles à Festus (1), je serais assez disposé à croire que, des deux mots, *allus* est le plus ancien: d'abord, parce qu'il est plus simple de formation; ensuite, parce que l'on comprendrait facilement comment, *allus* étant donné, le langage populaire en eût fait *allex*, par contamination de *pollex*, puisque l'*allus* était le *pollex* du pied.

» 6° Resterait, pour atteindre une complète certitude, à déterminer l'étymologie de ce mot *allus*. Je n'en vois, je le répète, aucune précise (2). Mais du moins les données lexicographiques sont-elles assez nettes et concordantes pour permettre d'affirmer, ainsi que vous le faisiez dans votre article, que le latin n'a jamais connu que les deux mots *allex* et *allus*. »

Notre conclusion subsiste donc entière : on devrait écrire *hallex* (ou *hallus*) *valgus, extensor hallicis* (ou *halli*) *proprius*, étant acquis cependant que l'orthographe vraie serait, comme le dit M. V. Henry, *allex* ou *allus*.

(1) Noter que Festus n'offre presque rien de son cru et qu'il n'est que l'abréviateur d'un grammairien *du siècle d'Auguste*.

(2) On explique ordinairement *stella* « étoile » par un diminutif **ster-ula*. Dans ce cas, *allus* pourrait être **ar-ulu-s*, soit un diminutif d'un mot **ar-u-s* dérivé de la racine *ar*, « adapter, ajuster »; comparer *ar-tu-s*, « articulation, membre » dont le diminutif postérieur est précisément *articulus*, devenu en français *orteil*. Mais tout cela est bien trop incertain. (L'astérisque indique des formes non attestées, mais restituées par légitime conjecture linguistique.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Audistère (C.). De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac (ulcère simple et ulcère brunnérien).

Bouic (V.-E.). De la sécrétion sudorale dans la tuberculose pulmonaire.

Chaumont (A.). L'helminthiase dans ses rapports avec les maladies infectieuses.

Couvreur (E.). Essai sur la renaissance de la saignée.

David (L.). Les réactions sanguines dans les appendicites et les affections abdominales qui les simulent.

Delsart (P.). De la péricardite dothiénentérique.

Du Pasquier (E.). Les troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire chronique.

Fessard (G.). Etude sur le fonctionnement de la maternité de la Pitié du 1er avril 1898 au 1er avril 1903.

Goulard (R.). Contribution à l'étude clinique et pathogénique de l'athétose double.

Houzel (G.). Les hémorrhoïdes et l'état hémorrhoïdaire chez l'enfant.

Lissar (J.). Contribution à l'étude de l'avortement tubaire.

Merleau-Ponty. Montaigne et les médecins.

Monnier (P.). Du syndrome spasmodique dans les infections.

Montfort (E.). Contribution à l'étude du rôle de la prostate dans la production des tumeurs épithéliales infiltrées de la vessie.

Moreau (P.). Etude sur les calculs enchâtonnés de la vessie.

Pergola (F.). De la mort rapide et imprévue dans les rétrécissements cancéreux de l'intestin; symptomatologie, pathogénie des accidents et critique médico-légale.

Pirault (J.-B.). La bourdaine au point de vue pharmacologique et thérapeutique.

Poulard (A.). Adénopathies dans les infections oculaires.

Queinnec (F.). Contribution à l'étude des lipomes multiples symétriques et, en particulier, des lipomes circonscrits.

Quesnel (E.). Essai sur la pathogénie des dermoïdes et des dermo-lipomes du globe de l'œil.

Quilliot (A.). Rôle des nerfs dans la conduction des infections.

Rigaud (L.). Contribution à l'étude de l'angiome musculaire primitif.

Rochon (J.). Le scorbut infantile en France.

Terrien (A.). Contribution à l'étude de la syphilis rénale et, en particulier, du syphilobrightisme.

Voix (G.). L'allaitement mixte.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Brewer (G. E.). Some practical points in the anatomy of the gall-bladder region. (*Med. News*, 2 mai.) — Quelques points pratiques de l'anatomie de la région de la vésicule biliaire.

Donaggio (A.). Su speciali apparati fibrillari in elementi cellulari nervosi di alcuni centri dell'acustico (ganglio ventrale, nucleo del corpo trapezoide). (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Flint (J. M.). Note on the framework of thyroid gland. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, fév.) — Note sur la structure de la glande thyroïde.

Gérard (G.). De quelques anomalies du côlon transverse. (*Echo méd. du Nord*, 21 juin.)

Heidenreich (L.). Le meilleur liquide pour la conservation des préparations anatomiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 avril.)

Le Damany (P.). La torsion du fémur. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 1.)

Marino (F.). Sur la non-existence des « neutrophiles » d'Ehrlich dans le sang de l'homme et du singe. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Rüdiger (G. F.). Accessory pancreas. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 avril.)

Salvi (G.). Manuale della dissezione. In-16, 475 p. avec fig. Milan.

Spitzy (H.). Ueber Bau und Entwicklung des kindlichen Fusses. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 6.) — Structure et développement du pied infantile.

Tourneux (F.). Précis d'histologie humaine. In-16, 998 p. avec fig.

PHYSIOLOGIE

Fede (F.) et **Finizio** (G.). Ricerche della digeribilità delle carni e del valore su di esse dei fermenti proteolitici del commercio. (*Pediatria*, mai.)

Ioteyko (Mlle J.), **Bilande** (P.), **Narracott** (R.) et **Noël** (J.). Influence du menthol sur les nerfs cutanés. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

Popelsky (L.). Des propriétés fondamentales du suc pancréatique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 avril.)

Urso (G.). Sulla soluzione fisiologica. (*Gazz. degli Osped.*, 24 mai.)

Weinzirl (J.) et **Magnusson** (C. E.). Further observations on increased blood counts due to high altitude. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mai.) — Nouvelles recherches sur l'augmentation des éléments figurés du sang dans les hautes altitudes.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bombicci (G.). Sull'encefalite emorragica con speciale riguardo alla forma tubercolare. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4 et XXIX, 1-2.)

Diévitzky (V.). Abcès tropical du foie avec présence d'amibes dans le pus (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 10.)

Hitschmann (E.) et **Stross** (O.). Zur Kenntnis der Tuberkulose des lymphatischen Apparates. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 mai.)

Kurpjuweit. Ueber das Verhalten der grossen mononukleären Leukocyten und der Uebergangsformen (Ehrlich) bei Carcinoma ventriculi. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 mai.) — Sur l'état des gros leucocytes mononucléaires et des formes de passage d'Ehrlich dans le cancer de l'estomac.

Loubry (E.). Un cas de syphilis hépatique et ascite congénitales. (*Echo méd. du Nord*, 3 mai.)

Pighini (G.). Lesioni nervose e patogenesi delle amiotrofie di origine articolare; nota preliminare. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4 et XXIX, 1-2.)

Valiachko (G.). Le lymphangiome du rein (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 10.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Caffarena (T.). Sul potere agglutinante ed antitossico del siero di cavallo normale e di immunizzato contro la tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 7 juin.)

Cavazza (E.). Contributo alla dottrina della degenerazione grassa. (*Policlinico*, partie méd., X, 3 et 4.)

Clarke (J.). Protozoa and disease. 1re partie. In-8°, 177 p. avec fig. Londres. Baillière, Tindall et Cox. — Protozoaires et maladies.

De Dominicis (N.). La fisiopatologia del pancreas in rispetto al diabete ed alla glicosuria; studi sperimentali. (*Gazz. degli Osped.*, 17 mai.)

Ingelrans. Les anciennes classifications des fièvres. (*Echo méd. du Nord*, 7 juin.)

Jonas (A. F.). Cancer and immunity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 mai.)

Landsteiner (K.) et **Jagic** (N.). Ueber die Verbindungen und die Entstehung von Immunkörpern. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mai.) — Les combinaisons et l'origine des corps immunisants.

MacCallum (W. G.). On the transportation of cellular emboli through the thoracic duct into the lungs. (*Amer. Medicine*, 21 mars.) — Transport des embolies cellulaires dans les poumons à travers le canal thoracique.

Morax (V.) et **Marie** (A.). Recherches sur l'absorption de la toxine tétanique [2e mémoire]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Orlovsky (V.). L'alcalinité du sang dans les états de leucocytose et dans les infections (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 avril.)

Remy (L.). Contribution à l'étude des substances actives des sérums normaux; sur la pluralité des alexines. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Wright (A. E.). A note on the serum reaction of tubercle, with special reference to the intimate nature of agglutination reactions generally and to the therapeutic inoculation of the new tuberculin. (*Lancet*, 9 mai.)

MÉDECINE

Arkwright (J. A.). Acute rheumatism and sepsis. (*Brit. Med. Journ.*, 9 mai.)

Bendix (E.). Ein Fall von Pleuritis pulsans dextra. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 mai.)

Bonnet (L.-M.). Sur la lésion dite sténose congénitale de l'aorte dans la région de l'isthme. (*Rev. de méd.*, fév., mars, avril, mai et juin.)

Candela (M.). Un caso di emoglobinuria da chinina in un malarico. (*Gazz. degli Osped.*, 24 mai.)

Castellino (P.). Emoglobinuria parossistica. (*Gazz. degli Osped.*, 14 juin.)

Cesare (G.). Aneurisma dell'aorta discendente toracica. (*Gazz. degli Osped.*, 17 mai.)

Chappet (V.) et **Leclerc** (G.). Deux observations de frottement péricardique s'entendant dans presque toute la région thoracique; autopsies. (*Lyon méd.*, 14 juin.)

Donzello (G.). Un caso di stenosi aortica pura. (*Gazz. degli Osped.*, 17 mai.)

Elsner (H. L.). On the resemblances of malignant endocarditis to typhoid and paratyphoid infections. (*Med. News*, 9 mai.)

Franck (E.). Temperaturmessung und Fiebergrenze. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Mensuration de la température et limites de la fièvre.

Gibson (G. A.). The nervous affections of the heart; second series. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril, mai et juin.) — Les affections nerveuses du cœur.

Hemmeter (J. C.). Intestinal indigestion (dystrypsia). (*Med. News*, 18 avril.)

Ivanov (F.). Sur la perception des oscillations rythmiques par la périphérie du corps; sa signification au point de vue diagnostique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 avril.)

Lamari (A.). Situs viscerum inversus. (*Gazz. degli Osped.*, 24 mai.)

Ogden (J. B.). The significance of oxaluria. (*Med. News*, 4 avril.)

Schüller (M.). Parasitäre Krebsforschung und der Nachweis der Krebsparasiten am Lebenden. In-8°, 44 p. avec fig. Berlin. Vogel et Kreienbrink. — Recherche des parasites du cancer sur le vivant.

Stiller (B.). Ueber peritoneale Reibegeräusche. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 et 16 mai.) — Des frottements péritonéaux.

Sultan (G.) et **Schreiber** (E.). Die erste Hilfe in Notfällen. In-8°, 365 p. avec fig. Leipzig. — Les premiers secours d'urgence.

Tomaselli (S.). Febbre mediterranea (pseudotifo). In-8°, 20 p. Catane.

Walsh (J.). Obstinate subacute rheumatism. (*Amer. Medicine*, 14 mars.)

Whitney (H. B.). A contribution to the study of manubrial dulness, especially as related to enlarged bronchial glands. (*Amer. Medicine*, 25 avril.) — Contribution à l'étude de la matité dans la région du manubrium, surtout au point de vue de l'hypertrophie des ganglions bronchiques.

Yarrow (Th. J.). The albumoses. (*Amer. Medicine*, 21 mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Beggs (W. N.). Chronic parenchymatous pulmonary tuberculosis. (*Med. News*, 25 avril.)

Ceraulo (S.). L'adenopatia ascellare nella diagnosi della tubercolosi incipiente. (*Gazz. degli Osped.*, 24 mai.)

Freymuth (F.). Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen leichter Infektionen zum blutbildenden Apparat. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 mai.) — Recherches expérimentales sur les rapports entre les infections légères et l'appareil hématopoïétique.

Gotschlich (E.). Ueber Protozoën-Befunde (Apiosoma) im Blute von Flecktyphuskranken; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 mai.) — Présence de protozoaires (apiosoma) dans le sang des sujets atteints de typhus exanthématique.

Jürgens (G.). Beobachtungen über die Widal'sche Reaction und die Mitagglutination der Typhoidbacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 2.)

Libman. Notes on systemic infections by the staphylococcus aureus. (*Med. News*, 18 avril.)

Silvestri (T.). Può la tubercolosi polmonare arrestarsi e guarire per il sopraggiungere di una nuova infezione? (*Gazz. degli Osped.*, 24 mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Audiffrent. De l'hystérie. (*Arch. d'anthropol. crim.*, juin.)

Biancone. Contributo allo studio della emiatrofia della lingua. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4 et XXIX, 1-2.)

Ceni (C.) et **Besta** (C.). Reazione dei paralitici all'antisiero umano. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

De Buck (D.). Un cas de tremblement intentionnel; considérations sur la pathogénie du tremblement intentionnel et du tremblement au repos. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

Giannelli (A.). Contributo allo studio della paralisi bulbare da compressione. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Ingelrans. Chorée de Bergeron guérie par suggestion. (*Echo méd. du Nord*, 21 juin.)

Norbury (F. P.). Spinal cord injury, so-called concussion of the cord. (*Med. News*, 25 avril.) — Commotion de la moelle épinière.

Panegrossi (G.). Sulla diplegia facciale periferica. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVIII, 4 et XXIX, 1-2.)

Roncoroni (L.). Alcune esperienze intorno all'azione del calcio sulla corteccia cerebrale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Stadelmann (H.). Beitrag zur Behandlung der motorischen Aphasie und Agraphie nach apoplektischem Insult. (*Therap. Monatsh.*, mai.)

Tamburini (A.). Afasie ed amnesie. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Valli (A.). Eclampsia infantile ed epilessia. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Vogt (R.). Neurasteni. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.)

Zeri (A.). Sui rapporti della pressione intracranica e sui fenomeni della compressione bulbare; ricerche sperimentali. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bartolotti (R.). Un caso di sifilide gravissima guarito colle iniezioni endovenose di sublimato (metodo Baccelli). (*Policlinico*, 6 juin.)

Bronson (E. B.). Itching; its occurrence both as a concomitant and as a cause of disease. (*Med. News*, 18 avril.) — Le prurit comme phénomène concomitant et comme cause des maladies.

Dreuw. Ueber eine umschriebene, bisher unbekannte Degeneration der Cutis, zugleich ein Beispiel von Simulation einer Hautkrankheit. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juin.) — Sur une dégénérescence circonscrite de la peau, jusqu'à présent inconnue; un exemple de simulation d'une maladie cutanée.

Ehrmann (S.) et **Oppenheim** (M.). Ueber Melanoblasten, Hemichromasie und Faserung der Epithelzellen in breiten Condylomen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 3.) — Mélanoblastes, hémichromasie et formations fibrillaires dans les cellules épithéliales des condylomes larges.

Guerchoune (T.). De la pseudo-leucémie cutanée (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 10.)

Herxheimer (K.). Ueber die dermato-therapeutische Verwendung einiger Oele. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — Emploi de quelques essences en dermatologie.

Lenglet (E.). Dyskératoses congénitales et leurs associations morbides. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mai.)

CHIRURGIE

Karewski et **Unger** (E.). Ueber künstliche Erzeugung von Pleuraverwachsungen zu chirurgischen Zwecken. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 mai.) — Adhérences pleurales créées artificiellement dans un but chirurgical.

Kouzmine (P.). Oesophagotomie externe pour corps étrangers (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 10.)

Kreuter (E.). Dehnungsgangrän des Coecum bei Achsendrehung der Flexura sigmoidea und bei Abknickung des Blinddarms. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.) — Gangrène du cæcum par distension en cas de torsion de l'S iliaque ou d'étranglement du cæcum.

Labarrière. Sinusite maxillaire; considérations sur la technique opératoire. (*Gaz. méd. de Picardie*, mai.)

Le Fort (R.). Coup de couteau, plaie pénétrante de la plèvre, du péricarde et du péritoine, résection de l'épiploon dans le péricarde, suture du centre phrénique. (*Echo méd. du Nord*, 21 juin.)

Liéjnev (N.). Un cas d'entérotomie pour calculs intestinaux (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 avril.)

Mariani (C.). Risultati clinici sopra l'uso di un catgut preparato in un modo estremamente semplice. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mai.)

Monzardo (G.). Cura ambulatoria delle ulceri da varici. (*Gazz. degli Osped.*, 7 juin.)

Motta (M.). Nuovo contributo alla cura della scoliosi. In-8°, 34 p. Turin.

Murphy (J. B.). The diagnosis of gall-stones. (*Med. News*, 2 mai.) — Le diagnostic de la lithiase biliaire.

Neuhaus. Zur Kenntnis der Perityphlitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 1.)

Nordman. Fracture de la voûte du crâne; hémiplégie; trépanation; rétrocession des phénomènes paralytiques quinze jours seulement après l'opération. (*Loire méd.*, juin.)

Ochsner (A. J.). The mortality in appendicitis; its cause and limitation. (*Med. News*, 2 mai.)

O'Conor (J.). The treatment of hemorrhoids. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 fév.)

Oppe (W.). Appendizitis und Eingeweidewürmer. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 mai.) — Appendicite et vers intestinaux.

Painter (Ch. F.) et **Erving** (W. G.). Lipoma arborescens. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 mars.)

Papadakis (G. S.). Εισηγησις περὶ τῶν ὑποδιαφραγματικῶν ἀποστημάτων. In-8°, 66 p. La Canée. — Les abcès sous-diaphragmatiques.

Pascale (G.). La sinorchidia nelle operazioni conservatrici del testicolo. (*Riforma med.*, 10 juin.)

Patry (E.). L'œdème dur du dos de la main. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Pearson (L. W.). The surgical treatment of ascites of hepatic cirrhosis. (*New York Med. Journ.*, 25 avril.)

Picqué (L.) et **Dagonet** (J.). Chirurgie des aliénés. T. II (année 1902). In-8°, 528 p.

Pomara (D.). Contributo allo studio delle ernie vescicali. (*Gazz. degli Osped.*, 24 mai.)

Pruvost. Néphrectomie pour sarcome. (*Gaz. méd. de Picardie*, mai.)

Pusateri (S.). Contributo allo studio dei tumori derivanti da germi aberranti di capsule surrenali. (*Policlinico*, partie chir., X, 4.)

Richardson (M. H.). Indications for extirpation of the gall-bladder. (*Med. News*, 2 mai.) — Indications de l'extirpation de la vésicule biliaire.

Ricketts (B. M.). Lung surgery: historical and experimental. (*Med. News*, 11 avril.) — Chirurgie pulmonaire.

Riegner (O.). Traumatische Zwerchfellshernie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 3.) — Hernie diaphragmatique traumatique.

Santoro (G.). Un raro caso d'aneurisma falso traumatico alla piega del gomito destro. (*Policlinico*, 6 juin.) — Un cas rare de faux anévrysme traumatique au pli du coude droit.

Schlatter (C.). Verletzungen des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 3.) — Traumatismes de l'apophyse rostriforme de l'épiphyse supérieure du tibia.

Schloffer (H.). Gesichtsplastik mit Wangenverschiebung unter temporärer Aufklappung der knorpeligen Nase. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 3.) — Autoplastie de la face avec déplacement des joues et relèvement temporaire du nez cartilagineux.

Senn (E. J.). Transplantation of omentum in the operative treatment of intestinal defects; a clinical and experimental contribution. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 avril.)

Söhngen (A.). Ueber Prostatitis acuta mit Abscessbildung nach Furunkulose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 5-6.)

Spengler (C.). Ueber Thoracoplastik und Höhlendesinfektion bei Lungenphthise. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 avril et 7 mai.) — Thoracoplastie et désinfection des cavernes dans la phtisie pulmonaire.

Suter (F.). Ein Beitrag zur Diagnose und Behandlung der Nierentuberkulose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mai et 1er juin.) — Contribution au diagnostic et au traitement de la tuberculose rénale.

Talke (L.). Ueber Embolie und Thrombose der Mesenterialgefässe; Vorkommen und diagnostische Bedeutung der Purpura haemorrhagica bei Embolie der Art. meseraica. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 3.)

Tarantino (S.). Cancro ed angiomi cutanei. (*Policlinico*, 6 juin.)

Tomaselli (G.). L'ipodermoclisi nelle infezioni chirurgiche generali. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mai.)

Tousey (S.). An operation for paronychia, or «run-round». (*Med. News*, 11 avril.)

Traver (A. H.). An operation for cicatricial contractures of the upper extremities. (*Amer. Medicine*, 11 avril.) — Opération pour contractures cicatricielles des extrémités supérieures.

Trimble (I. R.). Wounds of the thorax. (*Amer. Medicine*, 25 avril.) — Plaies du thorax.

Warner (F.). The treatment of suppurative inflammation of the kidneys. (*Amer. Medicine*, 7 mars.) — Traitement des suppurations du rein.

Warren (J. C.). A case of habitual dislocation of the shoulder joint. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 12 mars.) — Un cas de luxation habituelle de l'épaule.

Weber (F.). Ueber die akute primäre Osteomyelitis der Wirbelsäule. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 mai.) — Ostéomyélite primitive aiguë de la colonne vertébrale.

Whitman (R.). A new method of correcting flexion deformity at the knee-joint. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Un nouveau procédé de correction de l'ankylose du genou en flexion.

Wolf (P.). Beiträge zur Aetiologie des Oesophaguskarzinoms. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 mai.)

Wolff. Ueber drei Fälle von Herznaht wegen Herzverletzung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 1.) — Trois cas de suture du cœur pour traumatisme.

Woodbury (F.). Report of a case of onesided dislocation of the mandible, reduced by a novel manipulation. (*Med. News*, 11 avril.) — Un nouveau procédé de réduction de la luxation unilatérale du maxillaire.

Zondek (M.). Beitrag zur Lehre von der Bauchaktinomykose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 1.) — Contribution à l'étude de l'actinomycose abdominale.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Alexandroff (S. A.). Retroflexio-Operation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 juin.)

Bacon (C. S.). Treatment of puerperal fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 avril.)

Balloch (E. A.). Pruritus vulvæ and allied conditions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Budberg-Bönninghausen (R. von). Ueber einige wesentliche Grundsätze bei Dammschutz und Expression. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 juin.) — Sur quelques principes essentiels dans la protection du périnée.

Byford (H. T.). A new method of shortening the round ligaments intraperitoneally for retroversion. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mai.) — Un nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds pour rétroversion de l'utérus.

Carmalt (Ch.). The uterine incision in cesarean section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Coston (H. R.). Puerperal hematoma. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Drennan (Jennie G.). The reason why lactation cannot be prolonged under existing circumstances. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Pourquoi la lactation ne peut pas être prolongée dans certaines circonstances.

Ehrenfest (H.). A method of determining the internal dimensions, configuration and inclination of the female pelvis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Feinberg (B.). Die Abhängigkeit der Hyperemesis gravidarum von Hysterie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 juin.) — Les vomissements de la grossesse et l'hystérie.

Fournier. Grossesse extra-utérine opérée à chaud. (*Gaz. méd. de Picardie*, mai.)

Geyl. Exstirpation der schwangeren Gebärmutter einer nahezu 56 jährigen Frau. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 juin.) — Extirpation de l'utérus gravide chez une femme de près de cinquante-six ans.

Kober (K.). Ein Beitrag zur Frage der wahren und vorgetäuschten Extrauterin-Gravidität. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 mai.) — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine vraie ou fausse.

Lambret (O.). Des fibromes non pédiculés infectés. (*Echo méd. du Nord*, 14 juin.)

Latis. Contributo alla sinfisiotomia. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mai.)

Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. T. VI, fasc. 1 et 2. In-8°, 238 p. avec planches. Berlin.

PÉDIATRIE

Ashby (H.) et **Stephenson** (S.). Acute amaurosis following infantile convulsions. (*Lancet*, 9 mai.)

Baumel (L.). La tuberculose infantile; sa fréquence, ses formes principales, rôle de l'hérédité et de la contagion, déductions pratiques. In-8°, 20 p. Montpellier.

Bonnet (L.). Des rapports de la dysthyroïdie avec la cachexie gastro-intestinale des nourrissons. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, avril.)

Busalla. Die Behandlung der Decanülements-Schwierigkeiten bei tracheotomirten diphtheriekranken Kindern, mit besonderer Berücksichtigung der «retrograden Intubation». (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.) — Conduite à tenir en cas de difficultés de décanulement chez les enfants trachéotomisés pour croup; « intubation rétrograde ».

Carrière (G.). Sur un cas de dilatation bronchique chez un enfant. (*Nord méd.*, 15 juin.)

Demay de Certant (M.). Le babeurre. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, mai.)

Doukelsky (V.). Des vulvo-vaginites chez les enfants (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 et 19 avril.)

Ferraresi (P.). Resoconto della tubercolosi chirurgica curata nell'ambulatorio Soccorro e lavoro per le malattie dei bambini [in Roma] dal gennaio 1896 al dicembre 1901. In-8°, 54 p. Rome.

Fischer (L.). A case of intussusception in a baby, 5 months old. (*New York Med. Journ.*, 21 fév.) — Intussusception chez un enfant de cinq mois.

Maurel (E.). Hygiène alimentaire du nourrisson; allaitement; sevrage. In-8°, 215 p.

Motta (M.). Plastica del calcagno per correggere nei bambini talune forme di piede torto congenito. In-8°, 21 p. Turin.

Muggia (A.). Esame del bambino ammalato. In-8°, 15 p. Turin.

Neurath (R.). Ueber ein bisher nicht gewürdigtes Symptom der Rhachitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 juin.) — Sur un symptôme encore non apprécié du rachitisme.

Pottenger (F. M.). A study of tuberculous infection : special susceptibility of childhood; causes and methods of infection; factors of development of the disease. (*New York Med. Journ.*, 21 mars.) — La susceptibilité particulière de l'enfance à l'égard de l'infection tuberculeuse.

Schramm (H.). Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose der Knochen und Gelenke am kindlichen Fusse. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 et 25 avril, 2 et 9 mai.) — Contribution à l'étude de la tuberculose des os et des articulations du pied chez l'enfant.

Sutherland (G. A.). The prognosis of tuberculous peritonitis in children. (*Arch. of Pediatrics*, fév.)

Wieland (E.). Das Diphtherieheilserum, seine Wirkungsweise und Leistungsgrenzen bei operativen Larynxstenosen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 5.) — Le sérum antidiphtérique, le mode de son action et les limites de son efficacité dans les sténoses du larynx nécessitant une intervention opératoire.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Escomel (E.). Les amygdales palatines et la luette chez les tuberculeux. (*Rev. de méd.*, juin.)

Jemma (R.). Gangrena primitiva del faringe. (*Pediatria*, mai.)

Nikitine (V.). Influence de l'hypertrophie des différentes parties de l'anneau lymphatique pharyngé et, en particulier, des végétations adénoïdes du rhino-pharynx sur l'état général de l'organisme (en russe). (*Prakt. Vratch*, 17 et 24 mai.)

Schmidt (M.). Die Krankheiten der oberen Luftwege. 3e éd. In-8°, 955 p. avec fig. et planches. Berlin. — Les affections des voies aériennes supérieures.

Seiss (R. W.). Fibrosis of the larynx and trachea. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 avril.)

Solenberger (A. R.). Bromid of ethyl in adenotomy and tonsillotomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 avril.)

HYGIÈNE

Compte rendu des travaux du conseil central d'hygiène publique et de salubrité et des conseils d'hygiène d'arrondissement du département d'Indre-et-Loire du 1er janvier 1902 au 28 février 1903. In-8°, 462 p. Tours.

Couteaud. Lutte contre la tuberculose à bord. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

De Giulj (E.). Commento alla legge sulla igiene e sanità pubblica. 2 vol. In-8°, 986 p. Milan.

Féré (Ch.). L'hygiène du baiser. (*Rev. de méd.*, juin.)

Guézennec. Considérations relatives à la suppression de la filtration de l'eau distillée sur les bâtiments. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

Le Méhauté. La prophylaxie par l'eau de boisson dans la marine. (*Arch. de méd. navale*, janv., fév. et mars.)

Mosny (E.). La loi relative à la protection de la santé publique (loi du 15 février 1902); étude critique d'hygiène sociale. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai et juin.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Belletrud et **Mercier**. Perversion de l'instinct génésique; anosmie; affaire Ardisson. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Biondi (C.). Sulla valutazione delle denuncie e testimonianze delle isteriche nella pratica forense. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Dale (G. P.). Morphin and cocain intoxication. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mai.)

Giraud (A.). Un début dans la pratique de médecine légale. In-8°, 16 p. Rouen.

Kramer (A.). Ueber eine seltene Intoxication. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 16 mai.) — Sur une intoxication rare.

Martin (E.). De l'asphyxie du foie dans la submersion. (*Arch. d'anthropol. crim.*, juin.)

Meslier. La hernie et les accidents du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Regnier (L.-R.). Rôle médico-légal de la radiographie et l'électro-diagnostic dans la médecine des accidents du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Severi (A.). I sentimenti nel meccanismo psicologico del delitto. In-8°, 41 p. Gênes.

Torel. Accidents provoqués par les gaz délétères de la poudre sans fumée. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bandelier. Ueber die Heilwirkung des Neutuberculins (Bacillenemulsion). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 2.) — La valeur curative de la nouvelle tuberculine.

Cairns (D. L.). On the treatment of bubonic plague by Yersin's serum, with observations on its mode of action. (*Lancet*, 9 mai.)

Cathomas (J. B.). Die hydriatische Behandlung der Ischias. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — Traitement hydrothérapique de la sciatique.

Clemens (J. R.). The treatment of acute gout. (*Med. News*, 25 avril.)

Dibaïlov (S.). Contribution au traitement de l'érysipèle (en russe). (*Prakt. Vratch*, 10 mai.)

Escherich (Th.). Die Erfolge der Serumbehandlung des Scharlach an der Universitätskinderklinik in Wien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 juin.) — Les résultats de la sérothérapie de la scarlatine à la clinique pédiatrique de Vienne.

Kharitonov (L.). Le permanganate de potasse en thérapeutique (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Degouy. Exploration radioscopique de l'œsophage et de l'estomac. (*Gaz. méd. de Picardie*, mai.)

Delphey (E. V.). The Röntgen ray : its mechanics, physics, physiology and pathology. (*Med. News*, 18 avril.)

Doumer (E.). Note sur la technique du traitement de l'entéro colite muco membraneuse par la voltaïsation intense. (*Nord méd.*, 15 juin.)

Krefft (P.). Zur Ischiasbehandlung. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — Traitement de la sciatique.

Moseley (H. P.). The detection of renal and vesical calculi by means of the X-rays. (*New York Med. Journ.*, 7 mars.)

Senn (N.). The therapeutical value of Röntgen ray in the treatment of pseudoleucæmia. (*New York Med. Journ.*, 25 avril.)

Torel. Transformation momentanée d'une baignoire en étuve électrique à air chaud. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

Walker (E.). Some experiences with the X-ray as a therapeutic agent; report of the cure of a case of alveolar melanotic sarcoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Abel (R.). Manuale di tecnica batteriologica contenente le nozioni più importanti per ricerche nel laboratorio e nella prassi medica. (Trad. de l'allemand par A. Insinna.) In-16, 188 p. Palerme.

Austin (A. E.). Products of prolonged bacterial action on proteïns. (*Journ. of Med. Research*, fév.)

Besson (A.). Tecnica microbiologica e sieroterapica (germi patogeni per l'uomo e per gli animali). (Trad. du français par E. Bertarelli.) In-8°, 333 p. avec fig. Turin.

Cronquist-Norrköping (C.). Ein neuer Coccus, unter eigenartigen Umständen auf der Haut angetroffen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juin.) — Un nouveau coccus, trouvé sur la peau dans des circonstances insolites.

Harrington (Ch.) et **Walker** (H.). The reaction time of corrosive sublimate in different dilutions against various species of bacteria. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 avril.) — La rapidité de l'action du sublimé corrosif, en solutions plus ou moins concentrées, sur différentes espèces bactériennes.

Kurpjuweit. Ueber den Einfluss warmer Sodalösungen auf Typhusbacillen, Bacterium coli und den Ruhrbacillus Kruse. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 2.) — Action des solutions tièdes de bicarbonate de soude sur le bacille de la fièvre typhoïde, sur le *Bacterium coli* et sur le bacille de la dysenterie.

Row (R.). Further observations on the reaction of Bacillus pestis in plague. (*Brit. Med. Journ.*, 9 mai.)

Shaw (E. A.). On exaltation of bacterial virulence by passage *in vitro*. (*Brit. Med. Journ.*, 9 mai.)

23e ANNÉE. — N° 29. Vingt centimes le numéro. 22 JUILLET 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Thérapeutique chirurgicale. — La thérapeutique « in extremis », par M. le docteur F. Lejars........ 237
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Gastrotomie pour extraction de corps étrangers multiples de l'estomac........ 240
Académie des sciences. — Etude expérimentale sur la formation du cal........ 241
Sur les mouvements de torsion de l'œil pendant la rotation de la tête........ 241
Rapport de la profondeur du sommeil avec la nature des rêves........ 241
Société de chirurgie. — Traitement des fistules recto-vaginales........ 241
De la résection du rebord costal dans la splénectomie........ 241
Société médicale des hôpitaux. — Elimination comparée du bleu de méthylène et de l'iodure de potassium........ 241
Sur un cas de septicémie charbonneuse.... 242
Extraction de la filaire de Médine avec l'aide des vapeurs de chloroforme...... 242
Gangrène du foie au cours d'un cancer de l'estomac........ 242
Pachyméningite cervicale hypertrophique.. 242
Le typhus récurrent en Tunisie........ 242
Compression du tronc veineux brachio-céphalique par un ganglion tuberculeux. 242
Société de biologie. — De l'importance quantitative de la composition du « non dosé » organique de l'urine normale........ 242
Influence des sels de lithium sur la solubilité de l'acide urique et des urates...... 242
Des lésions du système nerveux dans la clavelée........ 242
Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Nouvelles expériences sur la transmissibilité de la tuberculose humaine aux bovidés........ 242
Tuberculose cutanée d'origine bovine........ 243
Société de médecine interne de Berlin. — Etiologie et pathogénie de la fièvre hémoglobinurique........ 243
Atrophie jaune aiguë du foie ayant terminé une cirrhose latente........ 243
Glomérulo-néphrite avec maladie de Barlow........ 243
Notes thérapeutiques. — Traitement des rétentions rénales par la distension de la vessie........ 243
La photothérapie des fluxions dentaires.... 244
L'usage de l'eau distillée ou de l'eau de pluie comme moyen de traitement du goitre........ 244
Le traitement de la fièvre typhoïde par le soufre........ 244
Le sérum de Trunecek contre la sclérose de l'oreille et le labyrinthisme........ 244
Un moyen pour éviter les effets émétiques de l'ipéca dans le traitement de la dysenterie........ 244
Traitement des plaies suppurées par des pulvérisations de solutions de bicarbonate ou de benzoate de soude........ 244
Application de compresses imbibées d'eau salée dans le traitement des épanchements pleurétiques........ 244
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Atrophie jaune aiguë du foie et cirrhose latente........ 243³
Bicarbonate de soude en solution contre les plaies suppurées........ 244³
Bleu de méthylène et iodure de potassium pour l'exploration des fonctions rénales... 241³
Cals et leur formation........ 241¹
Cancer de l'estomac et gangrène du foie.... 242²
Clavelée et ses lésions nerveuses........ 242³
Compression du tronc veineux brachio-céphalique........ 242²
Corps étrangers multiples de l'estomac..... 240³
Distension de la vessie contre les rétentions rénales........ 243³
Dysenterie........ 244³
Eau distillée contre le goitre........ 244²
— salée en applications contre les épanchements séreux de la plèvre........ 244³
Fièvre hémoglobinurique........ 243²
— typhoïde........ 244²
Filaire de Médine........ 242¹
Fistules recto-vaginales........ 241²
Gangrène du foie et cancer de l'estomac.... 242²
Gastrotomie pour corps étrangers multiples de l'estomac........ 240³
Glomérulo-néphrite et maladie de Barlow... 243³
Ipéca contre la dysenterie........ 244³
Myxosarcome du rein........ 241³
« Non dosé » urinaire........ 242³
Œil et ses mouvements de torsion........ 241²
Pachyméningite cervicale hypertrophique... 242²
Photothérapie des fluxions dentaires........ 244¹
Polyadénomes du gros intestin........ 241³
Prématuré ne pesant que 500 grammes..... 243²
Résection du rebord costal pour la splénectomie........ 241³
Rétentions rénales........ 243³
Rêves et leur nature selon la profondeur du sommeil........ 241²
Sels de lithium et solubilité de l'acide urique........ 242³
Septicémie charbonneuse........ 242¹
Sérum artificiel et ses indications........ 237¹
— de Trunecek contre l'otite scléreuse et le labyrinthisme........ 244²
Soufre contre la fièvre typhoïde........ 244²
Splénectomie et sa technique........ 241³
Syphilides pigmentaires........ 242³
Thérapeutique «in extremis»........ 237¹
Traitement de la dysenterie........ 244³
— de la fièvre typhoïde........ 244²
— de la filaire de Médine........ 242¹
— de l'otite scléreuse et du labyrinthisme........ 244²
— des corps étrangers de l'estomac. 240³
— des épanchements pleurétiques.. 244³
— des fistules recto-vaginales...... 241²
— des fluxions dentaires........ 244¹
— des plaies suppurées........ 244³
— des rétentions rénales........ 243³
— du goitre........ 244²
Tuberculose cutanée d'origine bovine........ 243²
— humaine et son inoculation aux bovidés........ 242³
Typhus récurrent en Tunisie........ 242³
Vapeurs de chloroforme pour l'extraction de la filaire de Médine........ 242¹

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La lutte contre le charlatanisme en Allemagne.

Nous vivons dans un temps où, plus que jamais, le charlatanisme est florissant. Dans tous les pays, le nombre, l'audace et la diversité des procédés des charlatans ont considérablement augmenté dans ces dix dernières années. En France, comme à l'étranger, la réclame charlatanesque dans les journaux politiques a pris une telle extension que, parfois, elle occupe même une page entière des grands quotidiens. Mais nulle part peut-être les charlatans ne sont plus nombreux ni mieux à leur aise qu'en Allemagne (1) où, l'exercice de la médecine étant libre, chacun peut traiter des malades sans craindre d'être inquiété, pourvu qu'il s'abstienne de prendre le titre de médecin (*Arzt*) ou de médecin-praticien (*praktischer Arzt*).

Depuis quelque temps, le gouvernement prussien a pris des mesures administratives pour réfréner le plus possible le charlatanisme. Etant reconnu que tous les moyens employés jusqu'ici restent insuffisants, le chancelier de l'empire a demandé aux Etats confédérés s'il ne conviendrait pas, en vue de protéger efficacement le public et la profession médicale, d'interdire la pratique de la médecine à toute personne non approuvée (*approbiert*) qui, par sa manière de faire, met en danger la vie et la santé des malades se confiant à ses soins, ou se rend suspecte d'une tentative d'escroquerie. Pour arriver à ce but, il suffirait d'ajouter un tout petit membre de phrase à l'article 35 de la loi impériale sur l'industrie, visant l'interdiction de l'exercice professionnel de la médecine par les personnes non approuvées (*und von der gewerbsmässigen Ausübung der Heilkunde durch nicht approbierte Personen*).

Si nous nous en rapportons à ce qu'on nous écrit, il semble que la majorité des Etats confédérés est disposée à approuver la proposition de la chancellerie impériale, parce que de toutes parts les autorités reconnaissent que c'est un bon moyen de lutter contre le flot toujours envahissant des charlatans; mais le Corps médical estime — comme il est dit dans la pétition adressée le 20 janvier dernier au Conseil fédéral au nom de 213 Sociétés médicales représentant 16,919 médecins — que la façon la plus sûre de détruire le charlatanisme, c'est de revenir à l'ancienne législation qui prohibait formellement l'exercice de la médecine par toute personne non approuvée. Tel est l'état actuel de la question pour l'Allemagne.

La voie à suivre pour atteindre le résultat désiré peut varier suivant les divers pays, mais celui-ci ne doit jamais faire défaut quand les autorités ont la ferme intention de réprimer le charlatanisme. En France, la chose serait particulièrement facile, si les parquets faisaient un emploi plus fréquent de leur droit de poursuite et les tribunaux une application plus sévère de la loi.

(1) Pour ne citer qu'un des pays de l'empire allemand, il résulte du rapport officiel sur les affaires médicales de la Saxe pour l'année 1901 que l'on compte dans ce royaume 1,957 médecins contre 945 charlatans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Alayrac (F.). L'emploi du sérum de Trunecek en thérapeutique.

Anger (Ch.). Contribution à l'étude du traitement de l'hydrocèle simple; méthode de l'inversion simple de la tunique vaginale.

Bellin. Etude sur l'anatomie des cellules mastoïdiennes et leurs suppurations.

Cabanne-Tellé. De la périgastrite douloureuse.

Crétel (H.). Contribution à l'étude du diagnostic des anévrysmes de l'aorte thoracique; forme pseudo-tuberculeuse de l'anévrysme de l'aorte.

Desclaux (L.). Les nerfs oculo-moteurs dans l'hémiplégie organique de l'adulte.

Dominici (H.). Globules rouges et infection.

Forret (P.). De l'onychogryphose.

Frenkel (M.). De la forme tardive de phlegmatia alba dolens.

Gay. Contribution à l'étiologie de l'ozène, et, en particulier, sur la coexistence de cette maladie chez plusieurs membres d'une même famille.

Georget (G.). Le signe de Kernig dans la pneumonie.

Giraudet (Ch.). Etude sur les lésions du cotyle et de l'os iliaque au cours de la coxalgie.

Gripon (J.-B.). Essai sur le thiocol et ses applications thérapeutiques.

Guyon (E.). Sur les hallucinations hypnagogiques en général et dans la chorée.

Heitz (J.). Les nerfs du cœur chez les tabétiques (étude clinique et anatomo-pathologique).

Hellion (A.). Etude sur la résolution par la photothérapie des fluxions dentaires.

Honoré (S.). De l'appendicite herniaire.

Laigre (J.). Etude physiologique du convallaria maialis et de ses principes actifs.

Laisney (H.). Contribution à l'étude des exostoses multiples.

Lecerf (L.). Les abcès multiples de la peau des nourrissons.

Lemerle (M.). Etude clinique sur un cas de sarcomatose généralisée; considérations sur le diagnostic de la généralisation insidieuse des cancers latents.

Leplat (L.). Le médecin et l'éducation.

Lesueur (F.). Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'appendicite chez les tuberculeux.

Minvielle (E.). La médecine au temps de Henri IV; médecins, maladies, autopsie du roi.

Moisnard (P.). De l'excès de volume du fœtus (grossesse et accouchement) et de l'avenir du gros enfant.

Morisse (E.). Contribution à l'étude du traitement électrique des névralgies.

Morlet. Des indications de la colpotomie dans les inflammations pelviennes.

Mouchotte (J.). Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum.

Négellen (P.-R.). De l'ostéite déformante (maladie osseuse de Paget) (étude clinique, radiographique, anatomo-pathologique; essai de pathogénie).

Olivier (M.). Etudes cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels.

Percheron (P.). Du diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant; valeur de la ponction lombaire.

Queyrat (A.). Du service de santé dans les armées de l'ancien régime.

Robin (G.). Etude sur la syphilis infantile.

Salsac (E.). Papillomes cutanés du mamelon.

Schwarzschild (A.). Guérison possible des pleurésies purulentes sans intervention opératoire.

Viguier (E.). Contribution à l'étude de la démorphinisation.

Zaphiriadès (A.). Contribution à l'étude du frottement sous-scapulaire.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Figari (F.). Ricerche sperimentali sull'uso di una antitossina tubercolare per via gastrica. (*Gazz. degli Osped.*, 14 juin.)

Finkelnburg (R.). Experimentelle Untersuchungen über Drucksteigerungen im Rückenmarkssack. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 4-5.) — Recherches expérimentales sur les élévations de la pression dans le canal rachidien.

Fiori (P.). Sull'azione delle iniezioni di sangue venoso emulgente e di emulsione di parenchima renale negli animali della stessa specie. In-8°, 18 p. Pise.

Kravkov (N.). Influence des poisons sur les échanges gazeux chez les animaux (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 mai.)

Masnata (G.). Emostasi, resezioni e suture del fegato; 2ª comunicazione preventiva. In-8°, 26 p. avec fig. Milan.

Turck (F. B.). Shock produced by general anesthesia, with relation to disturbances of the blood and gastrointestinal tract. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mai.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Galeotti (G.). Sul potere vaccinante dei nucleoproteidi estratti dagli organi di animali immunizzati; ricerche sperimentali. (*Morgagni*, mars.)

Grober (J. A.). Die Entstehung des Milztumors (Hyperplasie oder Hyperämie?). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 4-5.) — L'origine de la tuméfaction de la rate (hyperplasie ou hyperémie?).

Katholicky (R.). Prispevky k poznáni dedicnosti tuberkulosy. (*Casopis lékaru ceskych*, 23 et 30 mai.) — Contribution à l'étude de l'hérédité de la tuberculose.

Löwenstein (E.). Ueber die baktericiden Wirkungen des menschlichen Blutserums bei Gesunden und Kranken. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — Action bactéricide du sérum sanguin humain chez l'homme sain et chez le malade.

Mathews (A. P.). The relation of inorganic salts to protoplasmic activities. (*Yale Med. Journ.*, juin.) — Les rapports entre les sels inorganiques et l'activité protoplasmique.

Silva (B.). Essudati e trasudati. (*Boll. delle cliniche*, avril.)

MÉDECINE

Bulletins de la Société médicale de l'Yonne. T. XLIII (année 1902). In-8°, LXXIX-117 p. Auxerre.

Cardarelli (A.). Due casi di diabete insipido trasformati in diabete mellito. (*Boll. delle cliniche*, mai.)

Cavazzani (T.). Sulla etiologia del cancro. In-8°, 114 p. Parme.

De Meis (V.). Patologia e terapia del diabete. (*Morgagni*, fév.)

De Renzi (E.). Diabete mellito. (*Boll. delle cliniche*, janv.)

De Ruyter (L.) et **Zeehuisen** (H.). Ueber Schultermessung bei normalen Personen und über den diagnostischen Wert derselben bei Lähmungen respective Neurosen der Schulter; 4. Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 23 et 30 mai.) — La mensuration des épaules chez les sujets normaux et sa valeur diagnostique dans les cas de paralysies scapulaires.

Einhorn. Zur Klinik der Achylia gastrica und der perniciösen Anämie. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 2.)

Elliott (A. R.). Terminal coma in diabetes. (*New York Med. Journ.*, 4 avril.)

Eulenburg (A.), **Kolle** (W.) et **Weintraud** (W.). Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden und ihrer Anwendung auf die specielle ärztliche Diagnostik. T. Ier, 1re partie. In-8°, 352 p. avec fig. et planches. Vienne. — Traité d'examen clinique et de diagnostic médical.

Frigo (F.). Missoedema e sua cura. (*Boll. delle cliniche*, mai.)

Heveroch (A.). Kasuisticky prispevek k achondroplasii. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 juin.)

Hoagland (H. W.). The influence of altitude on the mortality of pneumonia. (*Amer. Medicine*, 4 avril.)

Kast (L.). Hyper- und metaplastische Hämatopoëse bei universeller Carcinose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.)

Laubie (A.). Les accès de suffocation dans la congestion thyroïdienne; tractions rythmées de la langue. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 31 mai.)

Leyden (E. von). Ueber Hemisystolie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 mai.)

Mircoli (S.). Fasi del lavoro renale; grafica e latenze di lesioni renali. (*Gazz. degli Osped.*, 14 juin.)

Pal (J.). Paroxysmale Hämatoporphyrinurie. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 20 juin.)

Pérochaud. L'entéro-colite muco-membraneuse. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 juin.)

Riegel (F.). Ueber Pulsus paradoxus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 mai.)

Rössler (O.). Die volumetrische Eiweissbestimmung im Harn. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 mai.) — Le dosage volumétrique de l'albumine dans les urines.

Roux (J.). Méningite purulente guérie. (*Loire méd.*, juin.)

Van Leent (J. B.). Note sur une forme mixte et peu connue de béri-béri et de scorbut, avec quelques remarques sur la thérapeutique alimentaire. (*Arch. de méd. navale*, avril.)

Warden (C.). A note on the value of auscultatory-resonance and auscultatory-percussion as aids in diagnosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bañeres y Melcior (D. J.). Critica de las principales medicaciones empleadas en el tratamiento del cólera morbo asiático y beneficios alcanzados por las inyecciones de las sales de quinina, en la epidemia de 1885. In-8°, 16 p. Lérida.

Biéliaév (V.). Du paratyphus (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 et 24 mai.)

Castellani (A.). Researches on the etiology of sleeping sickness. (*Journ. of Tropical Med.*, 1er juin.) — Recherches sur l'étiologie de la maladie du sommeil.

Corsini (G.). Un'epidemia di febbre tifoide; note cliniche e terapeutiche. (*Morgagni*, janv.)

Gerassimovitch (V.). De la scarlatine dite chirurgicale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 avril et 10 mai.)

Kühn (A.). Zur Kenntnis der Pyocyaneussepsis. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 juin.)

Prausnitz (C.). Zum gegenwärtigen Stand der Choleradiagnose unter besonderer Berücksichtigung derjenigen Vibrionen, deren Unterscheidung vom Choleravibrio Schwierigkeiten bereitet. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 2.) — L'état actuel du diagnostic du choléra, surtout au point de vue des vibrions dont la différenciation d'avec le vibrion cholérique présente des difficultés.

Székely (A. von). Beitrag zur Kenntnis der Scharlachinfection. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 6.) — Contribution à l'étude de l'infection scarlatineuse.

Viérioujsky (D.). Radioscopie et autres procédés de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 avril.)

Voïnov (B.). La diphtérie et les bacilles diphtériques dans la scarlatine (en russe). (*Prakt. Vratch*, 3, 10, 17 et 24 mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Canali (M.). Contributo alla cura della corea del Sydenham mediante la puntura lombare alla Quincke. (*Morgagni*, mai.)

Ceni (C.). Autocitotossine e anti-autocitotossine specifiche degli epilettici; nota preventiva. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Cisler (J.). K pathologii laryngealnich poruch u paralysis agitans. (*Casopis lékaru ceskych*, 11 et 18 avril.) — Troubles laryngés dans la paralysie agitante.

Collins (J.). Amyotrophic lateral sclerosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Crisafulli (E.). Contributo clinico-terapeutico alla patogenesi della epilessia. (*Morgagni*, avril.)

Cushing (H.). The blood-pressure reaction of acute cerebral compression, illustrated by cases of intracranial hemorrhage. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — La tension sanguine dans ses rapports avec la compression cérébrale aiguë; étude basée sur plusieurs cas d'hémorrhagie intracrânienne.

De Renzi (E.). Morbo di Parkinson. (*Boll. delle cliniche*, mars.)

Erb (W.). Ueber die spastische und die syphilitische Spinalparalyse und ihre Existenzberechtigung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 5-6.)

Finkelnburg (R.). Ueber Pupillenstarre bei hereditärer Syphilis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 5-6.) — Sur l'immobilité de la pupille dans la syphilis héréditaire.

Freund (E.). Ueber die Beziehungen der Tetanie zur Epilepsie und Hysterie, nebst Mitteilung eines Falles von Tetanie bei Osteomalacie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — Des rapports entre la tétanie, d'une part, et l'épilepsie et l'hystérie, d'autre part; un cas de tétanie chez une femme atteinte d'ostéomalacie.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Hyde (J. N.) et **McEwen** (E. L.). The dermatoses occurring in exophthalmic goitre. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Macleod (J. H.). A case of « granulosis rubra nasi » (Jadassohn). (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juin.)

Miller (A. C.). Furunculosis; a survey and an application. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.)

Nobl (G.). Ueber blennorrhoische Synovialmetastasen. (*Wien. Klinik*, mai.)

Parádi (F.). Ueber die Behandlung der Uterusgonorrhoe bei Prostituierten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 3.) — Traitement de la blennorrhagie utérine chez les prostituées.

Pernet (G.). Drug eruptions. (*Brit. Med. Journ.*, 16 mai.) — Eruptions médicamenteuses.

Perrin (L.). Chéloïde du lobule de l'oreille; son origine infectieuse; récidive après ablation chirurgicale; guérison par l'électrolyse bipolaire. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mai.)

Philippson (L.). Ueber das flüchtige Reizödem der Haut und sein klinisches Vorkommen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 3.) — De l'œdème irritatif fugace de la peau.

Posthumus Meyjes (W.). Over tertiaire neussyphilis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 juin.)

Riéchetillo (D.). La forme nerveuse ou maculo-anesthésique de la lèpre est-elle contagieuse ? (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 avril.)

Stoudzinsky (I.). Un cas rare de staphylococcomycose de la peau dans le diabète (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 avril.)

Tchlenov (M.). La lèpre est-elle contagieuse ? (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 et 29 mars.)

Trenwith (W. D.). The treatment of syphilis. (*Med. News*, 25 avril.)

Viganò (L.). Un caso di sarcoma idiopatico della cute. (*Morgagni*, janv.)

Vollmer (E.). Ueber Elephantiasis lymphangiectatica congenita; ein Beitrag zur Lehre von der Erkrankung der Lymphgefässe. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 3.)

Vörner (H.). Ueber Ulcus molle miliare, sogenannten Follikularschanker. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 3.)

PARASITOLOGIE

Baker (C. J.). 3 cases of trypanosoma in man in Entebbe, Uganda. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mai.)

Buchholz (J.). Stivkrampe, foraarsaget ved spolorme. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.) — Tétanos causé par des ascarides.

Cattaneo (C.). Nota preventiva sulla tossicità degli ascaridi. (*Pediatria*, mai.)

Ceni (C.). Nuove ricerche sullo sviluppo degli aspergilli in rapporto colla diffusione della pellagra. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Inouye (Z.). Ueber das Distomum spathulatum (Leuckart). (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 2.)

Kouliech (G.). Sur un nouveau parasite décelé dans une tumeur sarcomateuse de l'estomac (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 mars.)

Leger (M.). Notes sur la filariose de Médine au Soudan. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 mai.)

Leishman (W. B.). On the possibility of the occurrence of trypanosomiasis in India. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mai.)

Manson (P.) et **Daniels** (C. W.). Remarks on a case of trypanosomiasis. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mai.)

Trekaki (P.). De la bilharziose urinaire. In-8°, 50 p. Alexandrie.

CHIRURGIE

Alevoli (E.). Le fonti dottrinali nell'indirizzo chirurgico della deviazione del sangue dal territorio portale (cirrosi epatica, ascite, pileflebite). (*Morgagni*, mars.)

Allingham (H. W.) et **Bridges** (E. C.). Chronic volvulus of the sigmoid flexure; intestinal obstruction; operation; recovery. (*Lancet*, 13 juin.)

Bacon (L. W.). The indications for operation on the thyroid gland in Graves' disease. (*Yale Med. Journ.*, juin.)

Balduzzi (A.). Patogenesi e trattamento dell'appendicite. (*Morgagni*, janv.)

Barker (A. E.). A case of trans-sacral removal of an intussusception with malignant growth by a method unusual at present. (*Lancet*, 9 mai.) — Extirpation transsacrale d'une intussusception avec tumeur maligne par un procédé inusité.

Beckmann (H.). Zur Kenntnis der Callusbildung bei osteomalacischen Fracturen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — Contribution à l'étude de la formation du cal dans les fractures ostéomalaciques.

Bernays (A. C.). Prompt operation in the beginning of the attack will save nearly all cases of appendicitis. (*Med. News*, 2 mai.) — La nécessité de l'intervention précoce dans l'appendicite.

Berndt (F.). Zur Empfehlung der Witzel'schen Aethertropfnarkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 mai.) — Emploi de l'éthérisation goutte à goutte d'après le procédé de Witzel.

Bessem (W. N.). Over de behandeling van het genu valgum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 juin.)

Biondi (D.). Due casi di actinomicosi umana. (*Boll. delle cliniche*, mars.)

Blauel (C.). Zur Kasuistik der Bauchblasengenitalspalten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.) — Fentes abdomino-vésico-génitales.

Borgo (C.). Due anni di chirurgia in condotta (1901-1902). In-8°, 23 p. Vicenza.

Bornhaupt (L.). Zur Frühoperation der Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.) — Opération précoce de l'appendicite.

Bovée (J. W.). Nephrorrhaphy in intermittent hydronephrosis. (*Med. News*, 9 mai.)

Box (Ch. R.) et **Wallace** (C. S.). Appendicitis with profuse intestinal hæmorrhage closely resembling typhoid fever. (*Lancet*, 6 juin.)

Brabec (A.). O empyemu dutiny celni. (*Casopis lékaru ceskych*, 25 avril, 2, 9 et 16 mai.) — Empyème du sinus frontal.

Brunn (M. von). Die Pneumokokken-Peritonitis; ein typisches Krankheitsbild. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.)

Bruns (von). Ueber das Rhinophyma. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.)

Büngner (O. von). Zur Anatomie und Pathologie der Gallenwege und des Pankreas. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.) — Anatomie et pathologie des voies biliaires et du pancréas.

Castellino (P.). Stasi e sindrome emorroidaria. (*Boll. delle cliniche*, janv.)

Cavazzani (G.). Ascesso polmonare. (*Boll. delle cliniche*, avril.)

Chavannaz (G.). Sur la disparition de la matité hépatique dans les lésions traumatiques de l'abdomen. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 31 mai.)

Corsini (G.). La diagnosi di rene mobile. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mai.)

Cumston (Ch. G.). Eine kurze Betrachtung der Leber-Syphilis vom chirurgischen Standpunkte. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.) — La syphilis du foie au point de vue chirurgical.

Dunogier (S.). Déglutition d'un appareil prothétique volumineux; évacuation de cet appareil par les voies naturelles. (*Bull. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, mai.)

Enderlen. Invagination der vorderen Magenwand in den Oesophagus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 1.) — Invagination de la paroi antérieure de l'estomac dans l'œsophage.

Fabris (F.). Contributo alla chirurgia della parotide. (*Gazz. degli Osped.*, 17 mai.)

Folet (H.). Péritonite par perforation; un symptôme peu signalé de perforation stomacale. (*Echo méd. du Nord*, 3 mai.)

Frommer (A.). Zur Technik der osteoplastischen Amputation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.)

Gontermann (C.). Experimentelle Untersuchungen über die Ab-oder Zunahme der Keime in einer accidentellen Wunde unter rein aseptischer trockner und antiseptischer feuchter Behandlung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.) — Recherches expérimentales sur la diminution ou l'augmentation des germes dans une plaie accidentelle, sous l'influence d'un pansement aseptique sec ou d'un pansement antiseptique humide.

Gross. De l'extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.)

Hammesfahr (A.). Die Gastroenterostomie mit Gastrostomie nach Rutkowsky. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 6 juin.)

Höpfner (E.). Ueber Gefässnaht, Gefässtransplantationen und Replantation von amputirten Extremitäten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.) — Sur la suture et la transplantation des vaisseaux dans les amputations.

Patel (M.). Nouvelle observation de foie infectieux simulant l'abcès du foie. (*Lyon méd.*, 28 juin.)

Riegner (O.). Ausgedehnte Kontinuitätsresektion an der untern Extremität. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXVIII, 3.) — Résection étendue de l'extrémité inférieure.

Riesman (D.) et **Pfahler** (G. E.). A case of gangrene of the lung cured by operation. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Un cas de gangrène pulmonaire guérie par intervention opératoire.

Schöne. Beiträge zur Magendarmchirurgie : Ueber Incarceration des Wurmfortsatzes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.) — Incarcération de l'appendice.

Schönholzer. Die Chirurgie des Magenkrebses an der Krönlein'schen Klinik in den Jahren 1881-1902. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.) — La chirurgie du cancer de l'estomac à la clinique de M. Krönlein pendant la période de 1881 à 1902.

Tonarelli (C.). Sopra gli endoteliomi delle glandole salivari; osservazioni cliniche ed istologiche. (*Morgagni*, avril et mai.)

Trendel. Ueber die mit der Gastroenterostomia posterior in der Tübinger Klinik gemachten Erfahrungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.)

Vignard. A propos du diagnostic de l'appendicite. (*Gaz. méd. de Nantes*, 13 juin.)

OPHTALMOLOGIE

Collomb (A.). Les infections graves de la cornée et la perforation précoce de la membrane de Descemet. (*Arch. d'ophtalmol.*, mars.)

Gallemaerts. Névrite optique d'origine grippale chez un enfant. (*Policlinique*, 1er juin.)

Hotz (F. C.). 3 essential points in the operation for cicatricial ectropium. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mai.)

Krotov (A.). L'action du citrate de cuivre dans quelques affections oculaires (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 avril.)

Michel (J. von). Klinischer Leitfaden der Augenheilkunde. 3e éd. In-8°, 480 p. Wiesbaden. — Précis clinique d'ophtalmologie.

Panas (P.). Etudes de clinique ophtalmologique. In-8°, 255 p. avec fig.

Ramsay (A. M.). Case of a man blind from congenital cataract who acquired sight after an operation when he was 30 years of age. (*Lancet*, 16 mai.) — Un cas de cécité par cataracte congénitale, guéri à la suite d'une opération pratiquée à l'âge de trente ans.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Behm (C.). Ueber Hyperemesis gravidarum mit Aufstellung einer neuen Intoxicationstheorie vom Wesen der Krankheit. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 2.)

Blumreich (L.). Zur Lehre vom Fracturenbecken. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 1.) — Contribution à l'étude des fractures du bassin.

Bondi (J.). Die syphilitischen Veränderungen der Nabelschnur. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 2.) — Les altérations syphilitiques du cordon ombilical.

Bucura (C. J.). Wochenbettstatistik. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 2.) — Statistique des suites de couches.

Coe (H. C.). Pregnancy complicated by fibroid tumor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — Grossesse compliquée de fibrome de l'utérus.

De Paoli (W.). Ueber die Behandlung der Placenta praevia mit der Methode Bossi. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 1.)

Dührssen (A.). Nochmals die Bossi'sche Methode. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 1.)

Fuchs (H.). Anatomische und klinische Beiträge zur Vaporisation des Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 1.)

Green (Ch. M.). Repetition of cæsarean section on the same patient : the experience of the Boston Lying-in Hospital. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Harris (Ph. A.). Should the uterus be removed when operating for double pyosalpinx, either from above or below? (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — L'utérus doit-il être extirpé par la voie abdominale ou par la voie vaginale, lorsqu'on intervient pour pyosalpinx bilatéral?

Hausman (J.). Pokus o novy zpusob operativniho léceni pisteli mechyropochvovych. (*Casopis lékaru ceskych*, 2 mai.) — Un nouveau traitement opératoire des fistules vésicovaginales.

Muus (N.). Klavikularfrakturen Neugeborener bei Geburt in Schädellage. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 juin.) — Fractures de la clavicule chez les nouveau-nés dans les présentations de la tête.

Newton (G. W.). The treatment of gonorrhea of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Poliansky (N.). La naphtaline dans les endométrites puerpérales (en russe). (*Prakt. Vratch*, 31 mai.)

Reifferscheid (K.). Zwei Fälle von wiederholter Tubargravidität. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 mai.) — Deux cas de grossesse tubaire répétée.

Schücking (A.). Versenkte circuläre Vaginalligaturen bei Retroflexio uteri. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 juin.)

Van Rensselaer (J.). Septicemia with uncommon symptoms. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Wells (B. H.). The surgical treatment of uterine fibroma. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Westermark (F.). Om de viktigaste gynekologiska bukoperationernas utveckling. (*Hygiea*, juin.)

Wetherill (H. G.). The rational treatment of puerperal infection. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

PÉDIATRIE

Carpenter (G.). On cases of uncomplicated myocarditis in children. (*Lancet*, 30 mai.)

Guindesse (E.). Cryoscopie de l'urine chez les enfants; cryoscopie de l'urine des néphritiques soumis à l'alimentation carnée ou au régime lacté (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 mai.)

Iovane (A.). Un caso di spleno-pulmonite in fanciulla di 8 anni (malattia di Grancher). (*Pediatria*, mai.)

Lovett (R. W.). Flatfoot in infants and children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 avril.) — Pied plat chez les enfants.

Neugebauer (F.). Ascaris im Ductus choledochus; Choledochotomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.)

Pierantoni (G.). Laringo-spasmo e pseudo-meningite da ascaridi lombricoidi. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mai.)

Schlöss (H.). Ueber einen Fall von infantiler Paranoia. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 juin.)

Selter (P.). Der Plattfuss des Kindes. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 6.) — Le pied plat chez l'enfant.

Soulé (E.). Paralysie diphtérique traitée par le sérum; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 mai.)

Steinitz (F.). Zur Kenntnis der chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 6.) — Contribution à l'étude des troubles digestifs chroniques chez les nourrissons.

Swoboda (N.). Ein Fall von chondrodystrophischem Zwergwuchs (Achondroplasie). (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 juin.)

Valenza (P.). Splenopneumonite o malattia di Grancher da grippe infantile. (*Pediatria*, mai.)

Wettendorff (H.). Les ascaris lombricoïdes chez les enfants. (*Policlinique*, 1er juin.)

HYGIÈNE

Fabre. De la centrifugation comme moyen rapide d'apprécier la valeur nutritive du lait. (*Lyon méd.*, 21 juin.)

Petruschky (J.) et **Pusch** (H.). Bacterium coli als Indicator für Fäkalverunreinigung von Wässern. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 2.) — Le *Bacterium coli* comme indice de pollution fécale des eaux.

Romberg et **Hädicke** (G.). Ueber den Einfluss der Wohnung auf die Erkrankung an Tuberkulose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 4-5.) — Influence de l'habitation sur la morbidité tuberculeuse.

Romijn (G.) et **Voorthuis** (J. A.). Quantitative Bestimmung von Formaldehyd in der Luft. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 6 juin.) — Dosage de l'aldéhyde formique dans l'air.

Simon. Die desinfectorische Kraft erwärmter Sodalösungen; ein Beitrag zur praktischen Wohnungsdesinfection. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 2.) — Le pouvoir désinfectant des solutions tièdes de bicarbonate de soude; contribution à la désinfection des habitations.

Tambon. Nouvelle méthode d'analyse pour reconnaître la falsification des huiles. (*Ann. de méd. navale*, juin.)

Thouvenet. De la valeur de la désinfection par les vapeurs d'ammoniaque. (*Limousin méd.*, mai.)

Torel. La peste chez les animaux, spécialement dans ses rapports avec la prophylaxie sanitaire. (*Arch. de méd. navale*, janv.)

Valence (A.). Le couchage du matelot. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Brown (L.). Zomotherapy in tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Fabris (U.). L'atropina nell'occlusione intestinale. (*Boll. delle cliniche*, mai.)

Fuchs (E.). Ueber die prophylaktische Wirksamkeit des Urotropins bei Typhusbakteriurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.)

Hutchison (R.). The use of acid phosphate of sodium in alkalinity of the urine. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mai.)

Karb (R.). Ueber die Wirkungsweise des Cotoins und Fortoins auf den Darminhalt. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — Mode d'action de la cotoïne et de la fortoïne sur le contenu intestinal.

Kharitonov (L.). Traitement de la dysenterie (en russe). (*Voenno-méd. journ.*, avril.)

Luckett (W. H.). The rational treatment of tetanus : a report of successful treatment by spinal subarachnoid injections of antitetanic serum. (*Med. News*, 18 avril.)

Mancini (C.). Contributo al trattamento degli aneurismi colla gelatina. (*Boll. delle cliniche*, janv.)

Matteucci (G.). Il lupus vulgaris curato con l'aldeide formica. (*Boll. delle cliniche*, fév.)

Miraglia (E.). Un caso gravissimo di tetano traumatico guarito con l'antitossina Tizzoni. (*Boll. delle cliniche*, fév.)

Mircoli (S.) et **Gervino** (A.). Di alcune basi scientifiche del valore curativo dell'alcool. (*Gazz. degli Osped.*, 31 mai.)

Monteuuis (A.). Abdominales méconnues; les déséquilibrés du ventre sans ptose (thérapeutique pathogénique). In-16, 367 p. avec fig.

Pfromm (G. W.). The treatment of cough. (*Med. Bull.*, juin.) — Le traitement de la toux.

Possetto (G.). Rassegna dei nuovi medicamenti chimici. 5e éd. In-16, 249 p. Turin.

Powell (A. M.). Clinical observations on the treatment of inoperable cancer by formalin. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mai.)

Richardson (H.). The treatment of insomnia. (*Amer. Medicine*, 18 avril.)

Ridge (J.). Guaiacol in the treatment of smallpox. (*Brit. Med. Journ.*, 30 mai.) — Gaïacol dans le traitement de la variole.

Rudolf (R. D.). The use of antitoxin in the treatment and prevention of diphtheria. (*Brit. Med. Journ.*, 9 mai.)

Silvestri (T.). Sull'uso del calcio come emostatico; ricerche sperimentali. (*Gazz. degli Osped.*, 14 juin.)

Skála (J.). O exanthemech po antidifthericként seru. (*Casopis lékaru ceskych*, 20 et 27 juin.)

Skinner (C. E.). Dry hot air as a therapeutic agent, with demonstration of the body treatment. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 avril.) — L'air surchauffé sec en tant qu'agent thérapeutique.

Thompson (H. F.). The use of normal salt solution. (*Med. News*, 25 avril.) — L'emploi de la solution physiologique du chlorure de sodium.

Viérioujsky (D.). Emploi de l' « auto-sérothérapie » dans le traitement des épanchements pleurétiques (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

Wehrle (G.). Lobar pneumonia and its treatment. (*Amer. Medicine*, 4 avril.)

Winternitz (R.). Zur Wirkung der Balsamica. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXV, 3.) — L'action des balsamiques.

Zanoni (G.) et **Lattes** (C.). Alcuni risultati di cure della arteriosclerosi col siero inorganico di Trunecek. (*Boll. delle cliniche*, janv.)

Zecca (C.). Di un sistema di cura radicale dell'erisipela. (*Boll. delle cliniche*, fév.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bois. Des divers accidents causés par la foudre et les courants électriques de haut voltage, et de leur traitement. (*Lyon méd.*, 21 juin.)

Finsen (N. R.). Remarks on the red-light treatment of small-pox. (*Brit. Med. Journ.*, 6 juin.) — Remarques sur le traitement de la variole par la lumière rouge.

Fittig (O.). Ueber einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Rhinosklerom. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.) — Un cas de rhinosclérome traité par les rayons de Röntgen.

Gamlen (H. E.). Treatment of lupus by X rays and ultra-violet rays. (*Brit. Med. Journ.*, 6 juin.)

Macintyre (J.). Recent electrotherapeutics, with special reference to malignant disease. (*Brit. Med. Journ.*, 6 juin.)

Morris (M.) et **Dore** (S. E.). The X rays in the treatment of lupus, rodent ulcer and other skin diseases. (*Brit. Med. Journ.*, 6 juin.)

Rollins (W.). Notes on the X light. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 2 avril.) — Des rayons de Röntgen.

Schamberg (J. F.). An examination into the claims of the red-light treatment of smallpox. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 mai.) — Traitement de la variole par la lumière rouge.

Senn (N.). The therapeutic value of the Röntgen rays in the treatment of pseudo-leukemia. (*New York Med. Journ.*, 18 avril.)

Sequeira (J. H.). Further observations upon the treatment of rodent ulcer by the X rays. (*Brit. Med. Journ.*, 6 juin.)

Sloan (S.). The therapeutic value of alternating currents applied to the abdominal sympathetic nervous system. (*Lancet*, 30 mai.)

Stephenson (S.). Tuberculosis of the conjunctiva cured by X rays. (*Brit. Med. Journ.*, 6 juin.)

23e ANNÉE. — N° 30. Vingt centimes le numéro. 29 JUILLET 1903.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE. — M. le professeur L. Bard : Les phénomènes de sténose dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin 245
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Inoculation de la syphilis aux singes anthropoïdes 247
La phlegmatia alba dolens des typhoïdiques et le régime hypochlorurique 247
Traitement chirurgical des névrites optiques toxiques et infectieuses 247
Académie des sciences. — Sur la pathogénie de l'anencéphalie 247
Les gaz de la respiration dans le diabète sucré 248
Société de chirurgie. — Des indications de la trépanation dans la mastoïdite 248
Branchiomes malins 248
Sur le traitement des amyotrophies réflexes 248
L'anastomose spino-faciale contre la paralysie faciale 248
Société médicale des hôpitaux. — Le réflexe cardiaque d'Abrams 248
Kyste hydatique du poumon avec hémoptysies à répétition 248
De la pancréatite d'origine ourlienne 248
De la pluralité des chancres syphilitiques.. 249
Société de biologie. — De la prolongation anormale de la grossesse dans l'anencéphalie. 249
Sur l'origine toxique de la catalepsie 249
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Sur la transmissibilité de la tuberculose humaine aux bovidés 249
Société de médecine interne de Berlin. — La déminéralisation dans la phtisie pulmonaire 249
Sur le diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne organique coexistant avec une lésion valvulaire du cœur gauche 249
Lettres d'Amérique. — La chirurgie de l'estomac aux Etats-Unis 249
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Sur le transport embolique des projectiles, avec des remarques sur les plaies par armes à feu du cœur et des gros vaisseaux 251
Le sérum antidiphtérique, son mode d'action et les limites de son activité dans les sténoses laryngées exigeant une intervention opératoire 251
Contre le drainage 251
La teneur des cellules en iode à l'état physiologique 252
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La valeur et les indications de l'électrothérapie dans le traitement des hémiplégies 252
Emploi de l'adrénaline contre les hémorrhoïdes 252
Traitement du muguet par l'emploi simultané de l'eau oxygénée et du borate de soude 252
Le pansement au bicarbonate de soude dans le traitement des ulcères de jambe 252
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Adrénaline contre les hémorrhoïdes 252²
Amyotrophies réflexes 248¹
Anastomose spino-faciale contre la paralysie faciale 248²
Anencéphalie et sa pathogénie 247³
Bicarbonate de soude contre les ulcères de jambe 252³
Borate de soude et eau oxygénée contre le muguet 252³
Branchiomes malins 248¹
Catalepsie et son origine toxique 249¹
Cellules et leur teneur en iode 252¹
Chancres syphilitiques et leur pluralité 249¹
Chirurgie de l'estomac aux Etats-Unis 249³
Déminéralisation et phtisie pulmonaire 249²
Diabète sucré et gaz de la respiration 248¹
Drainage et ses inconvénients en gynécologie 251³
Eau oxygénée et borate de soude contre le muguet 252³
Electrothérapie et ses indications dans le traitement des hémiplégies 252²
Grossesse et sa prolongation anormale dans l'anencéphalie 249¹
Hémiplégies 252²
Hémorrhoïdes 252²
Insuffisance tricuspidienne avec rétrécissement mitral et son diagnostic 249³
Kyste hydatique du poumon avec hémoptysies à répétition 248³
Mastoïdite 248¹
Muguet 252³
Névrites optiques toxiques et infectieuses... 247³
Pancréatite d'origine ourlienne 248³
Paralysie faciale 248²
Phlegmatia alba dolens des typhoïdiques et régime hypochlorurique 247²
Phtisie pulmonaire et déminéralisation 249²
Plaies par armes à feu du cœur et des gros vaisseaux 251¹
Projectiles et leur transport embolique 251¹
Réflexe cardiaque d'Abrams 248²
Sérum antidiphtérique et limites de son activité 251²
Sténose dans la tuberculose ulcéreuse de l'intestin 245¹
Syphilis chez un leucémique 249¹
— et son inoculation aux singes anthropoïdes 247¹
Traitement chirurgical des névrites optiques toxiques et infectieuses 247³
— de la mastoïdite 248¹
— de la paralysie faciale 248²
— de la phlegmatia alba dolens des typhoïdiques 247²
Traitement des amyotrophies réflexes 248¹
— des hémiplégies 252²
— des hémorrhoïdes 252²
— des ulcères de jambe 252³
— du muguet 252³
Trépanation et ses indications dans la mastoïdite 248¹
Tuberculose humaine et sa transmissibilité aux bovidés 249¹
— ulcéreuse de l'intestin et phénomènes de sténose 245¹
Ulcères de jambe 252³

VARIA

L'Académie des sciences de Paris a élu M. Baccelli (de Rome) correspondant pour la section de médecine et de chirurgie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Alfredo Villa, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Groningue. — M. le docteur E. Wiersma, privatdocent de neurologie et de psychiatrie, est nommé professeur de psychiatrie.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur V. I. Zaroubine, privatdocent à la Faculté de médecine de Kharkov, est nommé professeur de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Oskar Wandel est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Leipzig. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs F. Rolly (*médecine interne*); H. Preysing (*oto-rhino-laryngologie*).

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Theodor Bohosiewicz est nommé privatdocent de stomatologie et d'odontologie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Paul Römer est nommé privatdocent d'hygiène.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Weber, ancien médecin inspecteur du service de santé militaire français. — M. le docteur Bouglé, chirurgien des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Vacher, ancien député de la Corrèze. — M. le docteur Joseph Motchoutkovsky, professeur de neurologie à l'Institut clinique de la grande-duchesse Hélène Pavlovna à Saint-Pétersbourg. — M. le docteur D. I. Timoféievsky, professeur extraordinaire de pathologie générale et expérimentale à la Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur Rudolf Trzebicky, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur William Harrison Foster, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale au Medical College of Georgia d'Augusta. — M. le docteur Orpheus Everts, ancien professeur de neurologie et de psychiatrie au Medical College of Indiana d'Indianapolis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Alexandre (G.). L'omentopexie dans les cirrhoses hépatiques.

Armand-Delille (P.-F.). Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux (étude expérimentale et anatomo-pathologique).

Audard (E.). Le drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées.

Baffet (E.). La dépopulation, plus spécialement envisagée au point de vue obstétrical.

Bardin (Mme). Contribution à l'étude clinique et étiologique du scorbut infantile; la fièvre dans la maladie de Barlow.

Berthon (R.). Contribution à l'étude du traitement des chéloïdes par l'électricité.

Billard (J.). Sur la forme de tuberculose pulmonaire hémoptoïque à étapes éloignées.

Boyer (J.). La consolidation dans les accidents du travail.

Bozo (A.). Des amputations spontanées de la langue (étude clinique et pathogénique).

Brenot (H.). De l'influence de la copulation pendant la grossesse.

Carton (P.). Contribution à l'étude des modifications du sang pendant l'accouchement et les suites de couches normales et pathologiques (numération et équilibre leucocytaire).

Claret (A.-J.). Contribution à l'étude de quelques tumeurs primitives de la paroi abdominale antérieure.

Clary (M.). La position de Rose en oto-rhino-laryngologie.

Coldefy (G.). Les accidents du sérum antidiphtérique.

Cousyn (P.). Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus et des annexes.

Dambrin (C.). Recherches sur l'anatomie pathologique et le traitement des lésions de l'intestin dans les contusions abdominales.

Delbecque (A.). Contribution à l'étude des fractures de la clavicule chez le nouveau-né pendant l'accouchement.

Dibos (P.). Contribution à l'étude des gangrènes typhoïdes des membres.

Durand (Mme J.). Un cas de splénomégalie.

Feillard (J.). De l'argent colloïdal et de son emploi dans le traitement des angines avec adénopathie.

Herrouet (P.). De la névralgie syphilitique du trijumeau.

Hoffmann (Mme S.). Blépharite ciliaire d'origine lacrymale.

Jouanin (L.-A.). Des incisions laparotomiques médianes : incision submédiane de L. Longuet.

Lacombe (E.). Des principales formes d'amnésie, et plus spécialement de l'amnésie traumatique, envisagées au point de vue médicolégal.

Laubry (Ch.). Etude et interprétation de quelques phénomènes critiques morbides.

Lecouillard. Des effets thérapeutiques de la distension vésicale.

Levassort (J.). Etude sur les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales.

Lhuillier (H.). De la rétention d'urine dans les kystes hydatiques du petit bassin.

Liégard. Les saints guérisseurs de la Basse-Bretagne.

Louveau (H.). Plaies du foie par armes à feu; traitement, résultats opératoires.

Lutier (A.). Les nouveaux procédés d'investigation dans le diagnostic des méningites tuberculeuses (cytodiagnostic, bactériologie, cryoscopie, perméabilité).

Manet. L'auto-hétéro-accusation chez les hystériques.

Noé (J.). Recherches sur la vie oscillante; essai de biodynamique.

Vigroux (A.). Traitement de l'arthrite aiguë blennorrhagique, et, en particulier, par le courant continu.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Deaver (J. B.). Surgical anatomy. T. III : Abdomen, pelvic cavity, lymphatics of the abdomen and pelvis, thorax, lower extremity. In-8°, 816 p. avec fig. Philadelphie.

Donaggio. Una questione istofisiologica riguardante la trasmissione nervosa per contatto dalla terminazione acustica del Held alle cellule del nucleo del corpo trapezoide. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Rabaud (E.). Anatomie et physiologie du corps humain. In-8°, 223 p. avec fig. et planches.

Ranvier (L.). Travaux du laboratoire d'histologie du Collège de France pendant l'année 1901. In-8°, 160 p. avec fig.

Romiti (G.). Per la storia del tessuto connettivo reticolare. (*Giorn. ital. delle scienze med.*, 1er-15 mai.)

Schambacher (A.). Ueber die Persistenz von Drüsenkanälen in der Thymus und ihre Beziehung zur Entstehung der Hassall'schen Körperchen. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 3.) — Persistance de canaux glandulaires dans le thymus et leurs rapports avec les corpuscules de Hassal.

White (C. Y.). Karyokinesis in the macroblast. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juin.)

Yachtchinsky (S.). Emploi des injections de verre liquide pour les préparations macroscopiques du système vasculaire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 mai.)

PHYSIOLOGIE

Borissov (P.). La signification de l'irritation des nerfs gustatifs pour la digestion (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 juin.)

Chase (R. F.). The influence of certain alcoholic liquors, and tea and coffee, upon digestion in the human stomach. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 juin.)

Garten (S.). Beiträge zur Physiologie der marklosen Nerven. In-4°, 124 p. avec fig. et planches. Iéna. — Contribution à la physiologie des nerfs sans myéline.

Lagrange (F.). Physiologie des exercices du corps. 8e éd. In-8°, 372 p.

Mosso (A.). La fatigue intellectuelle et physique. (Trad. de l'italien par P. Langlois.) 4e éd. In-18, 192 p. avec fig.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Badia (J.). Quistes hidatídicos encontrados en 2,739 autopsias. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Bregman (L.) et **Steinhaus** (J.). Lymphosarkom des Mittelfells mit Uebergang in den Rückgratskanal. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 3.) — Lymphosarcome du médiastin avec envahissement du canal rachidien.

Carducci (A.). Le alterazioni dei vasi della piccola circolazione e le conseguenze sul cuore destro. (*Policlinico*, partie méd., X, 5.)

Chevandine (M.). Sarcome du testicule retenu dans la cavité abdominale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 11.)

Dévé (F.). Sur les rapports des kystes hydatiques du foie avec le système veineux cave. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Trochine (G.). Anatomie pathologique de la spondylose neuropathologique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3, 10 et 24 mai.)

Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft. 5. Tagung, gehalten zu Karlsbad vom 22. bis 26. Oktober 1902. In-8°, 433 p. avec fig. Berlin.

MÉDECINE

Atti della Accademia medico-fisica fiorentina (anno 1901). In-8°, 108 p. Florence.

Bassi (A.). Discorsi sulla natura e cura della pellagra. In-8°, 35 p. Turin.

Brown (Th. R.). The origin of the eosinophiles and their diagnostic and prognostic importance. (*Med. News*, 13 juin.)

Cassaët (E.). Note à propos de la disparition de la matité hépatique et de sa valeur séméiologique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 juin.)

Crämer (F.). Magenerweiterung, motorische Insufficienz und Atonie des Magens. In-8°, 152 p. Munich. J. F. Lehmann. — Dilatation de l'estomac, insuffisance motrice et atonie gastrique.

Debove et **Sallard** (A.). Manual de patologia interna. (Trad. du français par S. Sainz.) In-8°, 720 p. avec fig.

De la Camp. Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Zwerchfellathmung, einschliesslich der zugehörigen Herzbewegungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 5-6.) — Contribution à la physiologie et à la pathologie de la respiration diaphragmatique et des mouvements du cœur qui s'y rapportent.

De Renzi (E.). Su di un caso di sifilide del polmone con splenomegalia. (*Boll. delle cliniche*, mai.)

Leclerc (F.) et **Cade** (A.). Etude clinique, hématologique et anatomo-pathologique d'un cas d'anémie pernicieuse progressive. (*Lyon méd.*, 28 juin.)

Lhota (J.). Posunlivé srdce. (*Casopis lékaru ceskych*, 6 juin.) — Cœur mobile.

Malagodi (A.). Un caso di pseudotetano. (*Boll. delle cliniche*, mars.)

Montalan (G.). Alcune ricerche sulla funzione renale nell'iposistolia. In-8°, 28 p. Florence.

Moreschi (C.). Le anomalie del ricambio azotato nel pellagroso. (*Morgagni*, fév.)

Moynihan (B. A.). A case of typhoid pancreatitis. (*Lancet*, 6 juin.)

Neno (G.). Per la lotta contro la pellagra nel comune di Onano. In-8°, 75 p. Pesaro.

Orglmeister (G.). Zum diagnostischen Wert der Lumbalpunction. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — La valeur diagnostique de la ponction lombaire.

Orlovsky (V.). De l'anémie progressive pernicieuse d'origine helminthique et des souffles cardiaques dits anémiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 mai et 7 juin.)

Pelnár (J.). Achondroplasie u 55letého muze; nalez pitevni. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 juin.) — Achondroplasie chez un homme de cinquante-cinq ans; autopsie.

Philipp (C.). Zur Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — Etiologie du rhumatisme articulaire aigu.

Pribram (E.). Klinische Beobachtungen bei 10 Fällen von Diabetes insipidus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — 10 cas de diabète insipide.

Schlippe (P.). Physikalische Untersuchungen bei der Anwendung des Magenschlauches. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 4-5.) — Recherches physiques sur l'emploi de la sonde stomacale.

Schwarz (L.). Untersuchungen über Diabetes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — Recherches sur le diabète.

Simon (Ch. E.). A case of myelogenous leukæmia, with several unusual features (absence of eosinophilic leucocytes). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Stähelin (R.). Blutuntersuchungen bei einem Fall von Milzexstirpation. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 4-5.) — Recherches sur le sang d'un sujet ayant subi l'extirpation de la rate.

Tuma (J.). Posunlivé srdce. (*Casopis lékaru ceskych*, 6 juin.) — Cœur mobile.

Zupnik (L.). Ueber die Tuberkulinreaktion. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.)

MALADIES INFECTIEUSES

Gross (A.). Beobachtungen über Amöbenenteritis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 4-5.)

Haakma Tresling (Th.). Nog iets over mazelen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 juin.) — De la rougeole.

Janosó (N.). Ueber eine in der Universitätsklinik entstandene Malaria-Hausendemie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 4-5.) — Sur une endémie de malaria survenue à la clinique [de Kolozsvar].

Kasarinov (G.). Bacilles d'Eberth dans les taches rosées (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 mai.)

Malinconico (E.). Un caso di morbo maculoso di Werlhoff simulando il tifo petecchiale. (*Morgagni*, mai.)

Mark (S.). Parasitologie et clinique des formes mixtes de la malaria (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 et 24 mai.)

Pieraccini (G.). Un caso di gangrena del piede da influenza. (*Clinica moderna*, 20 mai.)

Quadrone (C.). Polso raro nell'ileo-tifo e sua importanza pratica. (*Morgagni*, avril.)

Rogers (L.). The differentiation of the continued and remittent fevers of the tropics by the blood changes. (*Lancet*, 30 mai.) — Les altérations du sang dans la différenciation des fièvres continues d'avec les fièvres rémittentes des pays chauds.

Sawada (K.). Zur Kenntnis der hämatogenen Miliartuberkulose der Lungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 4-5.) — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire miliaire hématogène.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aldrich (Ch. J.). Neuritis following Ludwig's angina. (*Med. News*, 27 juin.)

Andropov (P.). Contribution à l'étude de la myotonie congénitale ou de la maladie de Thomsen (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Bailey (P.). Fracture at the base of the skull; neurological and medico-legal considerations. (*Med. News*, 16 mai.) — Considérations neurologiques et médico-légales sur les fractures de la base du crâne.

Brissaud et **Lereboullet** (P.). Deux cas d'hémicraniose. (*Rev. neurol.*, 15 juin.)

Collins (J.). The morbid anatomy and pathology of tabes. (*Med. News*, 3 janv., 7 et 14 mars, 13 et 20 juin.)

Compaired (C.). Neurasthénie et pseudophobies d'origine intra-nasale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Doutrebente. Deux cas de délire du toucher. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 juin.)

Edsall (D. L.) et **Miller** (C. W.). A contribution to the chemical pathology of acromegaly. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juin.)

Fröhlich (A.) et **Grosser** (O.). Beiträge zur metameren Innervation der Haut. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 5-6.) — Contribution à l'étude de l'innervation métamérique de la peau.

Galvagni (E.). Sopra un caso di spasmo ritmico localizzato (mioclono). (*Boll. delle cliniche*, janv.)

Glorieux. Un cas d'atrophie du membre inférieur gauche et d'hypertrophie du membre inférieur droit chez un jeune homme de vingt-deux ans. (*Journ. de neurol.*, 5 juin.)

Guida (T.). Contributo clinico all'etiologia e patogenesi ed alla terapia della corea di Sydenham. (*Boll. delle cliniche*, fév.)

Kornilow (A. von). Zur Frage der Associationslähmungen der Augen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 5-6.) — Paralysies oculaires associées.

Luzzatto (A. M.). Ueber vasomotorische Muskelatrophie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 5-6.)

Mazzi (A.). Contributo clinico allo studio delle funzioni psichiche del cervello. (*Morgagni*, mars.)

Mondio (G.). Allucinazioni e frenosi sensoria. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.)

Müller (E.). Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Geschwülste des Stirnhirns. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 5-6.) — Etiologie et anatomie pathologique des tumeurs du lobe frontal.

Neumann (F.). Beiträge zur Klinik des Wärmesinnes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — Contribution à l'étude clinique de la sensibilité à la chaleur.

Padoa (G.). Contributo allo studio delle alterazioni del sistema nervoso nel tetano umano e sperimentale. (*Riv. critica di clinica medica*, 6 et 13 juin.)

Pick (F.). Ueber transcorticale Störungen des Bewegungsapparates. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — Altérations transcorticales de l'appareil locomoteur.

Portigliotti (G.). Psicoterapia. In-16, 317 p. Milan.

Ria. Un caso di atrofia muscolare progressiva, tipo Duchenne-Aran. (*Boll. delle cliniche*, avril.)

Rizzuti (G.). Su di un caso di malattia di Thomsen da lesione cerebrale. (*Boll. delle cliniche*, fév.)

Tanzi (E.). Relazione sul manicomio di Firenze al Presidente della deputazione provinciale. In-4°, 79 p. Florence.

Turner (W. A.). A statistical inquiry into the prognosis and curability of epilepsy, based upon the results of treatment. (*Lancet*, 13 juin.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Frick (W.). Report of a case of pemphigus chronicus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mai.)

Galiénkovsky (A.). Contribution à l'étude des maladies simulées des organes génito-urinaires (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Gravagna. Le iniezioni endovenose di sublimato nella cura della sifilide. (*Gazz. degli Osped.*, 21 juin.)

Habhegger (C. J.). A report of a case of malignant gonorrheal endocarditis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 mai.)

Jackson (G. Th.). The treatment of ring-worm. (*Med. Record*, 11 avril.) — Le traitement de la teigne tondante.

Kermorgant (A.). Aperçu sur les maladies vénériennes dans les colonies françaises. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Kuhn (Ph.). Ueber Erythema nodosum. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.)

Montgomery (D. W.). Leucoplasia in secondary syphilis. (*Med. News*, 13 juin.)

Schalek (A.). Theories of the transmission of hereditary syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 mai.)

Somerset (W. L.). A few differential diagnoses in connection with the exanthemata. (*New York Med. Journ.*, 23 mai.)

Wossidlo (H.). Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplicationen. In-8°, 306 p. avec fig. et planches. Berlin. — La blennorrhagie chez l'homme et ses complications.

CHIRURGIE

Andrews (E. W.). The drowning of patients in fæcal vomit during operations for intestinal obstruction and septic peritonitis. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Asphyxie par vomissements fécaloïdes au cours d'opérations pour occlusion intestinale et pour péritonite septique.

Anzilotti. L'estirpazione della porzione toracica dell'esofago. (*Clinica moderna*, 13 mai.)

Arrizabalaga (G.). Cisto-papiloma de un conducto galactóforo; extirpación del seno. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai.)

Bissell (J. B.). The treatment of fracture of the neck of the femur at Bellevue, St. Vincent's and New York Hospitals. (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 mai.) — Le traitement des fractures du col du fémur.

Bloodgood (J. C.). Angioneurotic erythema and its surgical treatment by neurectomy. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, mai.)

Brown (S. Th.). Movable right kidney as a cause of pancreatic diabetes, with a report of cases cured by nephropexy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 4 avril.) — Le rein droit mobile comme cause du diabète pancréatique; cas guéris par la néphropexie.

Bureau (E.). Du traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 juin.)

Castro (M.). Quiste hidatídico del lóbulo frontal. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Cavazzani (G.). Occlusione intestinale. (*Boll. delle cliniche*, juin.)

Christiansen (V.). Et tilfælde af endarteriitis obliterans hos en 32 aarig mand. (*Hospitalstidende*, 24 juin.)

Coley (W. B.). Results of 1,000 operations for the radical cure of inguinal and femoral hernia performed between 1891 and 1902. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Résultats d'un millier d'opérations de cure radicale des hernies inguinales et fémorales, pratiquées de 1891 à 1902.

Cook (A. G.). The orbital route for removal of the second branch of the fifth nerve at the foramen rotundum. (*Ann. of Surgery*, juin.) — La voie orbitaire pour la résection de la seconde branche du trijumeau au niveau de la fenêtre ronde.

Cranwell (D. J.). Extirpación total del recto canceroso por la via perineal. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Crile (G. W.). Tubage of the pharynx for facilitating the administration of anæsthetics and preventing the inhalation of blood in certain operations on the mouth and face. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Le tubage du pharynx pour faciliter l'anesthésie dans certaines opérations sur la bouche et la face.

Cumston (Ch. G.). Congenital dislocation of the shoulder. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Luxation congénitale de l'épaule.

Curtis (F.) et **Le Fort**. Occlusion intestinale; kyste du pancréas ou péritonite enkystée. (*Echo méd. du Nord*, 28 juin.)

D'Auria (S.). Incurvamenti delle diafisi per rachitide. (*Morgagni*, janv.)

De Cortes (A.). Plastica della guancia e del palato con lembo muscolo-mucoso linguale. (*Clinica moderna*, 10 et 17 juin.) — Autoplastie de la joue et du palais à l'aide d'un lambeau musculo-muqueux lingual.

Di Bella (G.). Sull'operazione di Talma. (*Boll. delle cliniche*, fév.)

Dunn (J. H.). Intestinal resection, with a report of 16 cases : 9 with the Murphy button and 7 with the suture. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mai.) — 16 cas de résection intestinale, dont 9 avec bouton de Murphy et 7 avec suture.

Erdmann (J. F.). The treatment of some of the surgical complications in typhoid fever. (*New York Med. Journ.*, 18 avril.)

Federici (N.). Contributo clinico sperimentale allo studio degli effetti della cloronarcosi. In-8°, 26 p. Sassari.

Fogg (E. S.). Gastroptosis and gastrectasis. (*Amer. Medicine*, 28 mars.)

Gordon (T. E.). Some observations on moveable kidney. (*Lancet*, 6 juin.) — Du rein mobile.

Guermonprez. Fractures du calcanéum. In-8°, 16 p. avec fig.

Hofmeister (F.). Ueber den Prolapsus intestini invaginati; ein Beitrag zur operativen Behandlung der Darminvagination. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.)

Key (E.). Ett fall af pigmenteradt penissarkom. (*Hygiea*, juin.)

Kissinger (Ph.). Luxation des Nervus ulnaris. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juin.)

Kühne. Ein Beitrag zur Entstehung von Gelenkrheumatismus nach stumpfen Verletzungen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juin.) — Contribution à l'étude du rhumatisme articulaire survenant à la suite de contusions.

Lee (E. W.). Opium in surgery. (*New York Med. Journ.*, 28 mars.)

Lippert (K.). Ueber Wachstumsstörungen der Knochen bei multiplen cartilaginären Exostosen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 1-3.) — Les troubles de la croissance des os en cas d'exostoses cartilagineuses multiples.

Littlewood (H.). Malignant disease of the colon; 14 colectomies with 10 recoveries. (*Lancet*, 30 mai.)

Lund (F. B.). A case of interscapulo-thoracic amputation for sarcoma of the brachial plexus. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 avril.)

Manley (Th. H.). Temporary expedients in the primary treatment of fractures. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.*, juin.)

Milton (F. S.). A form of removeable deep suture. (*Lancet*, 6 juin.) — Suture profonde pouvant être enlevée.

Orlov (V.). Déchirure de la cicatrice abdominale après laparotomies (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 mai.)

Pascale (A.). La terapia delle lesioni violente in condotta. In-16, 46 p. Naples.

Séménov (A.). Traitement du genu valgum et du genu varum par les appareils plâtrés ambulatoires de J. Wolff (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 et 24 mai.)

UROLOGIE

Casper (L.). Ueber die Behandlung der Prostatahypertrophie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 juin.) — Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Chandler (S.). Foreign bodies in the bladder. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 mai.) — Corps étrangers de la vessie.

Ciechomski (A.). W sprawie postepowania operacyjnego przy ropniach gruczolu krokowego. (*Gaz. lekarska*, 2 et 9 mai.) — Intervention chirurgicale dans les suppurations de la prostate.

Cordero (A.) et **Amadoni** (G.). Ricerche sperimentali e cliniche sulla sutura della vescica. (*Clinica moderna*, 27 mai et 3 juin.)

Greene (R. H.) et **Brooks** (H.). A contribution to the pathology and prognosis of the diseases of the bladder. (*Med. News*, 20 juin.) — Anatomie pathologique et pronostic des maladies de la vessie.

Nordentoft. Ulcus simplex vesicæ. (*Hospitalstidende*, 10 juin.)

Rafin. Forme exceptionnelle de lithiase vésicale; incrustation de la muqueuse par l'acide urique. (*Lyon méd.*, 14 juin.)

Silvestrini (R.). Cachessia uretrale. (*Boll. delle cliniche*, mai.)

OPHTALMOLOGIE

Bondi (M.). Anleitung zur Bestimmung der Refraktions- und Akkomodations-Anomalien des Auges. In-8°, 94 p. avec fig. Vienne.

De Michele (P.). Un caso di amaurosi isterica bilaterale. (*Boll. delle cliniche*, avril.)

Dijckmeester (H.). Een geval van gepigmenteerde papilla nervi optici. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 juillet.)

Doskár (J.). Pripad rychlého oslepnuti u tabesu. (*Casopis lékaru ceskych*, 23 et 30 mai.) — Un cas d'amaurose rapide au cours du tabes.

Dutoit (A.). Ein Fall von pseudoleukämischen Lymphomen der Augenlider mit generalisirter Lymphombildung. (*Thèse de Berne.*) — Un cas de lymphomes pseudo-leucémiques des paupières avec lymphomatose généralisée.

Hollen (H. B.). Ocular symptomatology in diagnosis. (*Med. Record*, 16 mai.)

Lapersonne (F. de). Syphilis oculaire. (*Echo méd. du Nord*, 28 juin.)

Pansier (P.). La réaction électrique du nerf optique et son rôle en pathologie oculaire. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Reid (A. Ch.). Xanthelasmoidea in an adult. (*Lancet*, 30 mai.)

Rollet (M.). Note sur un cas de cécité bilatérale consécutive à la rougeole. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 juin.)

Smith (W. E.). Iritis, its treatment, local and general. (*South African Med. Record*, avril.)

Snell (S.). On peritomy for diffuse corneitis and other affections of the cornea. (*Lancet*, 30 mai.)

Szabó (S.). Ueber die Bekämpfung des Trachoms. (*Pest. med.-chir. Presse*, 24 et 31 mai.) — La lutte contre le trachome.

Thomson (E. S.). The treatment of purulent conjunctivitis. (*Med. Record*, 30 mai.)

Wiesner (D. H.). Retinoscopy. (*New York Med. Journ.*, 28 mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ayers (E. A.). Eclampsia; its prevention and treatment. (*New York Med. Journ.*, 23 mai.)

Harrison (G. T.). Pregnancy and labor complicated by myomata. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — Myome compliquant la grossesse et le travail.

Higgins (F. A.). Further remarks on the treatment of placenta prævia. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 2 avril.)

Hõhne (O.). Zur Differentialdiagnose von Nabelschnurgeräusch und fötalem Herzgeräusch und zur Indikationsstellung bei intra partum erkanntem fötalen Herzfehler. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 1.) — Diagnostic différentiel entre le souffle ombilical et le souffle fœtal cardiaque; indications en cas de lésion du cœur diagnostiquée pendant la vie intra-utérine.

Jung (Ph.). Erfahrungen bei der Behandlung eitriger Affectionen der Adnexe und des Becken-Bindegewebes. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 1.) — Traitement des suppurations des annexes et du tissu cellulaire pelvien.

Kayser (F.). Ueber die Bedeutung des Ligamentum rotundum uteri bei Herniotomien. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 2.) — La signification du ligament rond dans les herniotomies.

Kundrat (R.). Ueber die Ausbreitung des Carcinoms im parametranen Gewebe bei Krebs des Collum uteri. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 2.) — Extension du cancer du col de la matrice aux tissus péri-utérins.

Meyer (L.). Gentaget kejsersnit hos samme patient. (*Bibliotek for Læger*, avril.) — Opérations césariennes itératives chez les mêmes malades.

Müller (A.). Rektalstenose und Parametritis. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 2.)

Nebesky (O.). Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Adenomyome des Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 2.)

Noble (G. H.). Combined bisection of tumor and uterus with partial enucleation of bisected tumor in abdominal hysterectomy for large fibroid tumors in body of uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Palmer (Ch. D.). The relation and co-relation of gynecological and nervous affections. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Peterson (R.). Primary carcinoma of the vulva. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Reamy (Th. A.). Carcinoma of the cervix uteri. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Runge (E.). Ueber die Veränderungen der Ovarien bei syncytialen Tumoren und Blasenmole, zugleich ein Beitrag zur Histogenese der Luteincysten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 1.) — Altérations des ovaires dans les cas de tumeurs syncytiales ou de môle hydatiforme; contribution à l'histogenèse des kystes du corps jaune.

Seitz (L.). Zwei sub partu verstorbene Fälle von Eklampsie mit vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta; mikroskopische Befunde an Placenta und Eihäuten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 1.) — Deux cas d'éclampsie mortelle pendant le travail avec décollement prématuré du placenta normalement inséré; constatations microscopiques sur le placenta et sur les membranes de l'œuf.

Truesdale (P. E.). Cesarean section for placenta prævia. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 2 avril.)

Wheeler (J. T.). The prevention of puerperal eclampsia. (*Albany Med. Ann.*, juin.)

Wiesner (A.). Prispevek k seznáni ucinnosti chininu pri slabych bolestech porodnich. (*Casopis lékaru ceskych*, 20 juin.) — Action de la quinine en cas de douleurs faibles.

Wolff (B.). Weiterer Beitrag zur Therapie der Geburt beim engen Becken. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 2.) — Nouvelle contribution à la thérapeutique de l'accouchement en cas de bassin rétréci.

PÉDIATRIE

Beardsley (H.). Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (*Arch. of Pediatrics*, mai.)

Bernard (J.). Ueber ein diagnostisch wertvolles Frühsymptom beim Abdominaltyphus der Kinder. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.) — Symptôme précoce de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Blum (S.). The etiology of endocarditis in childhood. (*Arch. of Pediatrics*, mai.)

Diaz (P.). Sobre un caso de enfermedad de Parrot. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Friedjung (J. K.). Die Diastase der Musculi recti abdominis in der Pathologie des Kindes, nebst einigen Bemerkungen über die Hysterie des Kindesalters. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.) — Diastase des muscles droits de l'abdomen dans la pathologie infantile; quelques remarques sur l'hystérie chez les enfants.

Heinemann (M.). Ueber Psychosen und Sprachstörungen nach acut fieberhaften Erkrankungen im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.) — Psychoses et troubles de la parole, consécutifs aux affections fébriles chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Botey (R.). Traitement consécutif aux opérations endo-auriculaires. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Broeckaert. De la prétendue vulnérabilité du muscle crico-aryténoïdien postérieur (examen critique de la loi de la paralysie abductrice primitive). (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Burk. Ueber Verbreiterung der knöchernen Nase durch Schleimpolypen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1.) — Dilatation du nez osseux par des polypes muqueux.

Castex (A.). L'oreille et les accidents du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Cuvillier et **Vassal**. Note sur l'emploi de l'adrénaline dans la thérapeutique des maladies du nez et de la gorge. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Duel (A. B.). The operative treatment of stenosis of the larynx following intubation and tracheotomy. (*New York Med. Journ.*, 2 mai.)

Dunbar. Zur Frage betreffend die Aetiologie und specifische Therapie des Heufiebers. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15, 22 et 29 juin.) — Contribution à l'étiologie et au traitement spécifique de la fièvre de foin.

Escat (E.). Traitement de la pharyngite catarrhale hypertrophique chronique par les scarifications réticulées. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Hanszel (F.). Ueber Fremdkörper in den oberen Luftwegen. In-8°, 53 p. avec fig. Vienne. — Les corps étrangers des voies aériennes supérieures.

Harland (W. B.). Upon the local use of cocaine in the nose. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 mai.) — Sur l'emploi local de la cocaïne en rhinologie.

Heiman (A.). O prawdziwej wartosci leczniczej adrenaliny w chorobach uszu i nosa. (*Gaz. lekarska*, 16 mai.) — La valeur thérapeutique vraie de l'adrénaline dans les maladies des oreilles et du nez.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Andrews (G. P.). Notes on cases treated by venesection. (*Med. Record*, 30 mai.)

Arányi (S.). Die mechano-therapeutische Behandlung der gonorrhoischen Gelenksentzündungen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 7 juin.) — Traitement mécanothérapique des arthrites blennorrhagiques.

Boas (J.). Zur Behandlung chronischer Dickdarmkatarrhe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er juin.) — Traitement des catarrhes chroniques du gros intestin.

Bonney (S. G.). 4 months'experience with antistreptococcic serum in pulmonary tuberculosis. (*Med. News*, 13 juin.)

Bradfute (C. S.). Some remarks on the treatment of croupous pneumonia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 avril.)

Cionini (E.). Per la statistica della sieroterapia del carbonchio. (*Giorn. ital. delle scienze med.*, 1er-15 mai.)

Engman (M. F.) et **Loth** (W. P.). The therapeutic use of suprarenal gland in certain diseases of the skin. (*Med. News*, 30 mai.) — Emploi de la substance surrénale dans certaines maladies de la peau.

Fanoni (A.). Intravascular medication with especial reference to septicemia. (*Post-Graduate*, juin.)

Friebös (W.). Beiträge zur Kenntnis der Guajakpräparate. In-8°, 119 p. avec fig. Stuttgart.

Gilbert (A.) et **Yvon** (P.). Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie (ancien formulaire de Dujardin-Beaumetz). 15e éd. In-18, 829 p.

Kassowitz. Die Erfolge des Diphtherieheilserums; 4. Mitteilung. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Les résultats de la sérothérapie antidiphtérique.

Meyer. Die Behandlung der Hydropsien nach neueren Gesichtspunkten. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 30 mai et 6 juin.) — Traitement des hydropisies d'après des vues nouvelles.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes (treizième session tenue à Bruxelles du 1er au 7 août 1903). — Catatonie et stupeur 253
Histologie de la paralysie générale 255
Sociétés savantes : *Société de chirurgie.* — Ectopie de la rate avec torsion du pédicule 258
Branchiomes malins 258
Appendicite par présence d'anneaux de tænia dans l'appendice 258
Société médicale des hôpitaux. — La psychologie des cholémiques; mélancolie et neurasthénie d'origine biliaire 258
Rétention des chlorures et pathogénie de l'œdème 259
Pleurésie purulente interlobaire à streptocoques avec ostéomyélite 259
Etranger : *Académie de médecine de Belgique.* — Influence de la température et de l'aération sur l'évolution des œufs et des larves de l'ankylostome duodénal 259
Le traitement chirurgical de la névralgie trifaciale 260
Contribution à l'étude de l'œdème aigu paroxystique héréditaire 260
Notes thérapeutiques. — Injections sous-conjonctivales d'une solution sucro-salée dans le traitement des affections aiguës de la portion antérieure du globe de l'œil ... 260
Les inconvénients de l'emploi des cachets de magnésie chez les hypochlorhydriques 260
Quelques indications des collyres à l'iodure de potassium 260
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Affections aiguës de la portion antérieure du globe de l'œil 260²
Anévrysme traumatique de l'artère poplitée. 258³
Ankylostome duodénal et son développement 259³
Appendicite par présence d'anneaux de tœnia dans l'appendice 258³
Branchiomes malins 258²
Catatonie et stupeur 253¹
Chlorures et leur rétention 259¹
Cholémiques et leur psychologie 258³
Collyres à l'iodure de potassium et leurs indications 260³
Ectopie de la rate avec torsion du pédicule. . 258²
Kyste hydatique du poumon avec guérison spontanée 258³
Magnésie en cachets et ses inconvénients chez les hypochlorhydriques 260³
Névralgie trifaciale 260¹
Œdème aigu paroxystique héréditaire 260²
— et sa pathogénie 259¹
Paralysie générale et son histologie 255³
Pleurésie purulente interlobaire à streptocoques avec ostéomyélite 259³
Solution sucro-salée en injections sous-conjonctivales contre les affections de la portion antérieure du globe de l'œil 260²
Splénectomie pour endothéliome de la rate.. 258³
Stupeur et catatonie 253¹
Traitement chirurgical de la névralgie trifaciale 260¹
— de l'anévrysme traumatique de l'artère poplitée 258³
— des affections aiguës de la portion antérieure du globe de l'œil 260²

VARIA

Création à l'Université de Paris d'un bureau de renseignements scientifiques pour les étrangers.

Comme suite à une délibération antérieure du Conseil municipal de Paris, il vient d'être décidé que le bureau de renseignements scientifiques pour les étrangers (Voir *Semaine Médicale*, 1903, Annexes, p. II) sera établi à la Sorbonne dans une salle située à la bifurcation de la galerie des sciences et de la galerie Sorbon.

Ce bureau fonctionnera sous l'autorité et le contrôle du vice-recteur de l'Université de Paris et de la commission mixte des relations de l'Université avec la ville de Paris; l'organisation et la direction en sont confiées à M. le docteur Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la presse médicale, qui depuis plus de deux ans a fait tous ses efforts pour faire aboutir la proposition qu'il avait adressée à ce sujet au Conseil municipal de Paris. Un employé, parlant plusieurs langues, se tiendra à la disposition du public de neuf heures du matin à quatre heures du soir, pendant toute l'année, sauf les dimanches et jours fériés. A l'aide de fiches, établies d'avance et constamment tenues à jour, cet employé pourra fournir gratuitement des renseignements précis sur l'enseignement, l'assistance publique et les divers services spéciaux de la ville de Paris.

A l'origine, il était question de se borner à donner les renseignements en ce qui touche la médecine, mais la ville de Paris a tenu à généraliser l'œuvre et à l'étendre à l'ensemble de l'enseignement supérieur. Toutefois, les renseignements destinés aux médecins occuperont le premier plan, car c'est parmi nos confrères étrangers que le Bureau trouvera sa clientèle la plus nombreuse, et c'est à eux surtout qu'il sera utile. On pourra facilement s'en rendre compte en parcourant la liste ci-dessous, qui comprend les trois catégories dans lesquelles seront classées les fiches devant servir à fournir les divers renseignements scientifiques :

Enseignement. — Cours et démonstrations, publics et privés, gratuits et payants, groupés par établissement et par spécialité; heures, conditions des cours, personnel, etc.

Facultés, Ecoles, Laboratoires, Collège de France, Muséum d'histoire naturelle, Ecole des hautes études, Institut Pasteur, Bibliothèques, Académies, Sociétés savantes, Conférences, etc.

Assistance publique. — Services centraux.

Hôpitaux, publics et privés; heures de consultations, d'opérations, de visite des malades, personnel, etc., le tout classé par hôpital et par spécialité.

Hospices de convalescents, de vieillards, d'aliénés, d'enfants assistés, y compris ceux qui sont installés hors de Paris et dépendent de divers services de la capitale (Vincennes, Le Vésinet, Brévannes, Angicourt, Berck, etc.), bureaux de bienfaisance, consultations de nourrissons.

Sanatoria, asiles, cliniques, dispensaires, écoles d'infirmières, etc.

Services spéciaux de la ville de Paris. — Fours crématoires, Morgue.

Laboratoire municipal de chimie (substances alimentaires).

Laboratoire de diagnostic des maladies contagieuses.

Laboratoire d'électricité, école municipale de physique et de chimie, écoles professionnelles et primaires supérieures.

Stations de voitures d'ambulances urbaines et municipales, stations de désinfection.

Service de vaccination à domicile.

Service de statistique municipale.

Bureau d'hygiène de la ville de Paris.

Dispensaires de salubrité, Saint-Lazare, service des mœurs.

Service des épidémies.

Dispensaires tuberculeux.

Service d'identification judiciaire.

D'après les indications qui nous ont été données, le Bureau de renseignements scientifiques sera ouvert dans le courant du mois de septembre ou au plus tard au début de la nouvelle année scolaire.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Carlier, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de pathologie externe et de clinique des maladies des voies urinaires.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Beauvisage, agrégé, est nommé professeur de matière médicale et botanique.

NÉCROLOGIE

M. le professeur Nocard, ancien directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur I. Munk, professeur extraordinaire de physiologie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Leopold Fischer, privatdocent de psychiatrie à la Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Siegmund Fuchs, privatdocent de physiologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur William H. Parish, professeur d'anatomie au Woman's Medical College of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur De Laskie Miller, ancien professeur d'obstétrique et de pédiatrie au Rush Medical College de Chicago.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Apte (M.). Les stigmatisés; étude historique et critique sur les troubles vasomoteurs chez les mystiques.

Auzat (J.). Du traitement des pleurésies purulentes chroniques.

Balthazard (V.). Toxine et antitoxine typhiques.

Beguinot (J.). Des vices de l'alimentation dans la genèse des dermatoses prurigineuses infantiles; du diagnostic de ces affections avec le prurigo de Hebra.

Bibet (M.). La tuberculose chez les instituteurs.

Bonnel (H.). A propos de la différenciation du sang humain et du sang animal par les cristaux d'hémoglobine.

Bonnet (Ch.). Dépopulation et repopulation.

Boucher de la Ville Jossy (J.). Contribution à l'étude des réflexes dans la maladie de Parkinson.

Bouyssou (H.). Traitement des kystes paradentaires.

Clomesnil (G. de). Contribution à l'étude des tumeurs de l'orbite.

Combes (X.). Myosis et paralysie alterne.

Comoy (E.). Des ulcérations vraies de l'amygdale palatine.

Crépin (G.). Les œdèmes neuro-arthritiques.

Debains (M[lle] G.). Contribution à l'étude des infections veineuses d'origine amygdalienne.

Delbos (J.). Etude clinique et expérimentale sur la diazoréaction d'Ehrlich.

Devilliers (D.). Contribution à l'étude des hémorrhoïdes; leur traitement par l'Hamamelis virginica et par l'adrénaline.

Dobratvorsky (Marie). Contribution à l'étude des tumeurs solides bilatérales des ovaires.

Dubois (F.). Les injections préventives de sérum antidiphtérique pratiquées systématiquement.

Dujour (M[me] R.). Du rapport du poids fœtal au poids placentaire dans les malformations fœtales (étude statistique).

Durand (E.). Contribution à l'étude des déformations et mutilations consécutives à la tuberculose osseuse des extrémités.

Etienne (P.). La zone dangereuse de la syphilis au point de vue des risques héréditaires.

Fabre (P.). De l'atrophie tabétique du nerf optique et de son traitement.

Flambart (A.). La femme enceinte dans la société moderne; ce qui a été fait à Paris par l'Etat, la municipalité et l'initiative privée en faveur des mères privées de ressources et de leurs enfants.

Forget (R.). L'infection typhique chez le nourrisson.

Fréchou (J.). Des rapports de l'hérédo-syphilis osseuse tardive (type Lannelongue) avec l'ostéite déformante progressive (type Paget).

Gambaroff (M[me] S.). La stéatose hépatique latente des alcooliques.

Garçon (E.). Du phagédénisme mercuriel à la suite d'injections de sels mercuriels insolubles.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Elliesen. Ueber idiopathische Hypertrophie der Oesophagusmuskulatur. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 3.)

Giorgi (M. S.). Sulle ulceri tubercolari dello stomaco. (*Policlinico*, partie méd., X, 5.)

Githens (Th. S.). A fatal case of anthracosis, with autopsy. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 mai.)

Hadlich (R.). Ein Fall von Tumor cavernosus des Rückenmarks, mit besonderer Berücksichtigung der neueren Theorien über die Genese des Cavernoms. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 3.) — Un cas de tumeur caverneuse de la moelle épinière, étudié surtout au point de vue des nouvelles théories sur la genèse des cavernomes.

Meyer (A.). On a case of complete fibrous obstruction (congenital?) of both superior and inferior venæ cavæ in a young man of 18 years; 1st recorded case. (*Med. Record*, 23 mai.) — Occlusion fibreuse complète des deux veines caves chez un jeune homme de dix-huit ans.

Risel (W.). Ueber das maligne Chorionepitheliom und die analogen Wucherungen in Hodenteratomen. In-8°, 170 p. avec fig. et planches. Leipzig. — Le chorio-épithéliome malin et les productions analogues dans les tératomes testiculaires.

Schweinitz (G. E. de) et **Shumway** (E. A.). A note on the histology of vernal conjunctivitis (Frühjahr's catarrh). (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juin.)

Sick (K.). Flimmerepithelcysten in der Nebennierenkapsel und in einer Beckenlymphdrüse. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 3.) — Kystes à épithélium vibratile dans la capsule surrénale et dans un ganglion lymphatique pelvien.

Simmonds (M.). Ueber Nebennierenschrumpfung bei Morbus Addison. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 3.) — Rétraction des capsules surrénales dans la maladie d'Addison.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Casavecchia. Sulla tubercolosi sperimentale del cane e sulla tossiemia che ne consegue. (*Gazz. degli Osped.*, 21 juin.)

Cristiani (H.). Néothyroïdites infectieuses expérimentales. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Jacob (J.). Die Wirkungen des indifferent temperirten 36-35° C. Süsswasser- und Kohlensäurebades auf den Blutdruck; zugleich ein Beitrag zur Messung der relativen Geschwindigkeit des Blutlaufes des Menschen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 5-6.) — Les effets des bains d'eau douce et des bains d'acide carbonique à 36 ou 35° sur la tension sanguine; contribution à la mensuration de la vitesse relative du courant sanguin.

Loeb (L.). Ueber Transplantation von Tumoren. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 3.)

Rizzo (L.). Sul potere di assorbimento delle articolazioni in condizioni normali e patologiche. In-8°, 28 p. Naples.

Zoppi (A.). Contributo sperimentale alla teoria secretoria della ghiandola tiroide : tossicità del sangue degli animali tiroidectomizzati. In-16, 16 p. Milan.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Deutsch (L.) et **Feistmantel** (C.). Die Impfstoffe und Sera; Grundriss der ätiologischen Prophylaxe und Therapie der Infektionskrankheiten. In-8°, 285 p. Leipzig. — Vaccins et sérums.

Dzierzgowski (S.). Przyczynek do kwestyi powstawania antytoksyny bloniczej w zwykłych warunkach zycia zwierzat i przy sztucznem uodpornianiu ich. (*Gaz. lekarska*, 4 et 11 avril.) — Formation de l'antitoxine diphtérique dans les conditions ordinaires de la vie animale et dans l'immunisation artificielle.

Goldwater (S.). Notes on blood pressure in man. (*Med. News*, 16 et 23 mai.) — Notes sur la tension sanguine.

Hitchens (A. P.). Some interesting phenomena of specific immune sera. (*Med. News*, 23 mai.)

Kaminer (S.). Hat die Glykogenreaktion der Leukocyten Bedeutung für die Metschnikoff'sche Theorie? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1[er] juin.) — La réaction glycogénique des leucocytes a-t-elle une signification pour la théorie de Metchnikoff?

MÉDECINE

Burr (Ch. R.). Albumosuria. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 30 avril.)

Einhorn (M.). Cardioptosis and its association with floating liver. (*Med. Record*, 25 avril.) — Cardioptose avec foie mobile.

Faber (K.). Obstipation, enteroptosis, anæmi, dyspepsi med hyperaciditet. (*Hospitalstidende*, 17 juin.)

Ferrannini (A.). Cirrosi portale atrofica asplenomegalica come malattia prevalentemente congenita. (*Gazz. degli Osped.*, 21 juin.)

Ghirelli (G.). Azione fisiologica della kinesiterapia. In-8°, 16 p. Milan.

Grossman (J.). Zur Kenntnis des Harnsäurestoffwechsels und des Harnindicans bei Gichtkranken. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 juin.) — Les échanges de l'acide urique et l'indicanurie chez les goutteux.

Gwyn (N. B.). Gastric carcinoma associated with hyperchlorhydria and with attacks of stupor. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 mai.)

Hirschman (L. J.). A study of the rectum, with reference to the causative factors of obstipation. (*Med. Record*, 16 mai.)

Immelmann. Ueber die Untersuchung des Herzens mittels des Orthodiagraphen unter Kontrolle der Phonendoskopie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 juin.) — Examen du cœur à l'aide de l'orthodiagraphe et sous le contrôle de la phonendoscopie.

Krokiewicz (A.). Przyczynek do nauki « o niedokrwistosci zlosliwej postepowej samoistnej (anaemia perniciosa progressiva idiopatica) ». (*Gaz. lekarska*, 4 et 11 avril.)

Kuhn (F.). Die Prophylaxe und operationslose Behandlung des Gallensteinleidens. (*Berlin. Klinik*, mars et juin.) — Prophylaxie et traitement médical de la lithiase biliaire.

Laghi (A.). La formula leucocitaria nelle peritoniti da propagazione e da perforazione. (*Clinica moderna*, 3 et 10 juin.)

Lang (G.). Anémie splénique et maladie de Banti (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai.)

Long (J. H.). The estimation of urea by mercuric nitrate. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mai.)

Lorand (A.). Ueber 2 Fälle von schwerem Diabetes, durch Schreck verursacht, mit tötlichem Ausgange. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 13 juin.) — 2 cas de diabète grave causé par une frayeur, avec issue fatale.

Masing (E.). Lassen sich die an der Rückenfläche des Thorax hörbaren Herztöne und Herzgeräusche für die Diagnose verwerten? (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 23 mai.) — Valeur diagnostique des bruits et des souffles cardiaques perceptibles à la face postérieure du thorax.

Mayer (A.). Ueber das Verhältnis des Eisens im Blut zum Eisen im Harn, zum Blutfarbstoff und zu den roten Blutkörperchen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 5-6.) — Des rapports entre le fer du sang, le fer de l'urine, la matière colorante du sang et les hématies.

Miller (D. M.). A case of femoral thrombosis in acute croupous pneumonia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 16 mai.)

Pariser (C.). Zur Diagnose der Darmkatarrhe. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 18 et 21 mai.) — Diagnostic du catarrhe intestinal.

Quadrone (C.). Aneurisma sacciforme della porzione discendente dell'aorta toracica, che si esplica nel cavo addominale. (*Gazz. degli Osped.*, 21 juin.)

Reckzeh (P.). Ueber die Löwit'schen Körperchen in den Lymphocytenkernen und bei der Myelämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1[er] juin.)

Reichmann (E.). Percussorische Auscultation, Phonendoscopie und Stäbchenauscultation. (*Berlin. Klinik*, juillet.)

Rippé (E.). Un cas d'endocardite septique (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juin.)

Satterlee (G. R.). A case of bacteriuria resembling Weil's disease. (*Med. News*, 6 juin.)

Senator (H.). Die Diagnostik der Krankheiten und der Leistungsfähigkeit der Nieren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 mai et 1[er] juin.) — Le diagnostic des affections et de la capacité fonctionnelle des reins.

Silvagni (L.). Rarità ed anomalie di sintomi e di decorso nei carcinomi dell'apparato digerente. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, juin et juillet.)

Squires (G. W.). Reflex symptom from biliary calculus. (*Med. Record*, 30 mai.)

Stähelin (R.). Ein Fall von allgemeinem idiopathischem Oedem mit tötlichem Ausgang. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 5-6.) — Un cas d'œdème idiopathique généralisé avec issue fatale.

Stark (H. S.). The pathogenesis of diabetes. (*Med. Record*, 25 avril.)

Stengel (A.). Sensations interpreted as live animals in the stomach. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.) — Sensations rapportées à la présence d'animaux vivants dans l'estomac.

Sterjémensky (G.). Un cas de crachement de sang, provoqué par une sangsue (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Study (J. N.). Bronchopneumonia. (*Med. Record*, 11 avril.)

Stürtz. Ein Fall von schwerer intestinaler Autointoxication. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 juin.) — Un cas grave d'auto-intoxication d'origine intestinale.

Thomson (W. H.). Uræmia and its treatment. (*Med. Record*, 16 mai.)

Wegele (C.). Ueber adhäsive Gastroptose. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1er juin.)

Wheeler et **Jack** (W. R.). Handbook of medicine and therapeutics. 2e éd. In-8°, 448 p. Londres. — Manuel de médecine et de thérapeutique.

MALADIES INFECTIEUSES

Amigues. Variole et vaccine à Anjouan pendant les années 1901-1902. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Benedict (H.) et **Surányi** (N.). Die Stoffwechselvorgänge während der Typhusreconvalescenz. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLVIII, 3-4 et XLIX, 5-6.) — Les échanges organiques pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

Boucher. La peste à la fin du XIXe et au XXe siècles. In-8°, 21 p. Rouen.

Bruno (A.). Sopra il decorso del tifo senza lesioni intestinali. (*Policlinico*, 13 juin.)

Carroll (J.). The transmission of yellow fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mai.) — La transmission de la fièvre jaune.

Codeca (M.). Un caso di morbo maculoso di Werlhof in una bambina di 9 mesi. (*Boll. delle cliniche*, juin.)

Dyé (L.). Les moustiques et la fièvre jaune. (*Bull. du Comité de l'Afrique française*, juin.)

Freer (O. T.). Tuberculosis of the larynx and aspiration tuberculosis of the lungs following dermatitis blastomycetes. (*Med. News*, 30 mai.)

Kermorgant (A.). Notes sur une épidémie de fièvre jaune qui a régné à Orizaba (Mexique). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Lewis (H. E.). The diagnosis and treatment of incipient pulmonary tuberculosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 avril.)

Loeb (L. M.). The serum diagnosis of tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mai.)

Manouvriez (A.). Choléra saisonnier paraissant dû à un régime végétarien spécial. (*Echo méd. du Nord*, 28 juin.)

Naumann (H.). Blutdruckmessungen an Lungenkranken. (*Zeitsch. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen*, IV, 6.) — Mensuration de la tension sanguine chez les tuberculeux.

Oddo (C.). Tétanos suivi de guérison. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

Paquin (P.). Illustrations of mixed infections in pulmonary phthisis, with notes on comparative treatments. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 mai.)

Rogers (L.). Further work on amœbic dysentery in India. (*Brit. Med. Journ.*, 6 juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Holm (N.). Dementia senilis. (*Bibliotek for Læger*, juillet.)

Kopczynski (S.). W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy plasawicy (*chorea minor s. Sydenham*). (*Gaz. lekarska*, 25 avril, 2 et 9 mai.)

Landau (H.). Trzy przypadki polowicznego zaniku jezyka (hemiatrophia linguae). (*Gaz. lekarska*, 18 et 25 avril, 2, 9, 23 et 30 mai et 6 juin.)

Levien (H.). Tuberculous (basilar) cerebrospinal meningitis and delusional insanity complicating pulmonary and laryngeal tuberculosis. (*Med. Record*, 18 avril.)

Queirolo. Tumore del cerevelletto con sindrome bulbare. (*Giorn. ital. delle scienze med.*, 1er-15 mai.)

Rabajoli (C. R.). Spondilosi rizomelica Marie-Strümpell o poliartrite reumatica con rigidità vertebrale? (*Nuovo raccoglitore med.*, mai.)

Raymond (F.). Sur un autre cas de tumeur du canal rachidien (segment dorso-lombaire). (*Journ. de neurol.*, 5 juin.)

Róbin (W.). O wymiotach krwawych u tabetyków. (*Gaz. lekarska*, 30 mai.) — De l'hématémèse chez les tabétiques.

Rudler (F.) et **Chomel** (C.). Le tic de l'ours chez le cheval et les tics d'imitation chez l'homme. (*Rev. neurol.*, 15 juin.)

Salmon (A.). La nevrosi di angoscia. (*Clinica moderna*, 3 juin.)

Schuster (P.). Unfallheilkunde und Neuropathologie in ihren Wechselbeziehungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 juin.) — Les accidents et la neuropathologie dans leurs rapports réciproques.

Spiller (W. G.) et **Weisenburg** (Th. H.). Partial paralysis of one upper limb, resulting from a vascular lesion of the lateral column and anterior horn on the corresponding side of the spinal cord. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juin.) — Paralysie partielle d'un membre supérieur, due à une lésion vasculaire du cordon latéral et de la corne antérieure de la moelle épinière du même côté.

Zagari (G.). Siringomielia ad inizio brusco ed ematomielia centrale, traumatiche. (*Clinica moderna*, 20 et 27 mai.)

CHIRURGIE

Erdmann (J. F.). Primary typhoidal perforation of the gall-bladder. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Perforation primtive de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde.

Fairchild (D. S.). The surgical treatment of tubercular peritonitis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 18 avril.)

Fowler (G. R.). The toxicity of appendicitis, with a report of 2 cases of « appendicular vomito negro ». (*Med. Record*, 25 avril.)

Galine (M.). De la thoracoplastie dans les empyèmes invétérés (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Gaylord (H. R.). On the pathology of so-called bone aneurisms. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Pathologie des anévrysmes des os.

Giani (R.). La formula leucocitaria nell'osteomielite acuta. (*Clinica moderna*, 13 mai.)

Gromyko (M.). Ruptures traumatiques du foie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Guiteras (R.). The technic of nephropexy, with special reference to a method of attaching the kidney as nearly as possible in its normal position. (*Med. Record*, 11 avril.) — La technique de la néphropexie; un procédé de fixation du rein dans une position se rapprochant le plus possible de la normale.

Hopkins (W. B.). Excision of the scapula for progressive chronic interstitial myositis associated with obliterating endarteritis. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Isaacs (A. E.). Resection of intestine. (*Med. Record*, 18 avril.)

Knapp (M. I.). Atony of the duodenum diagnosticated and corroborated by operation. (*New York Med. Journ.*, 23 mai.)

Lauder (R.). A case of meningocele. (*Yale Med. Journ.*, juillet.)

Legnani (T.). La splenectomia in Italia. In-8°, 58 p. Modène.

Lewis (S.). The cure of anal fissure without operation. (*Med. News*, 30 mai.) — La cure de la fissure à l'anus sans opération.

Lyle (A.). Cocain herniotomy. (*New York Med. Journ.*, 30 mai.)

Marchetti (O.). Falso nevroma del nervo sottoorbitario. (*Clinica moderna*, 13 mai.)

Martin (G.). Notes sur les abcès du foie au Cambodge. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Mauclaire. Greffe de l'épiploon dans un kyste hydatique marsupialisé et compliqué de cholerrhagie; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Meyer (W.). Appendicostomy (Weir) for the treatment of chronic ulcerous colitis. (*Med. News*, 27 juin.)

Michel (G.) et **Bichat** (H.). Cholécystite suppurée et appendicite. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Morestin (H.). Cure esthétique des hernies inguinales chez la femme. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Moschcowitz (A. V.). Primary carcinoma of the appendix. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Motta (M.). Lo stato attuale della questione della cura della lussazione congenita dell'anca e la mia esperienza personale dal 1884 in poi. In-8°, 51 p. Turin.

Moynihan (B. A.). The surgery of the simple diseases of the stomach. (*Med. News*, 6 juin.) — Traitement chirurgical des maladies simples de l'estomac.

Müller (E.). Leukocytæmi og appendicitis. (*Hospitalstidende*, 24 juin.)

Muskens (L. J.). Over die ruggemergoperaties wegens nieuwvorming. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 juillet.) — Opérations sur la moelle épinière pour néoplasmes.

Navratil (E. von). Ueber die Operation der Jackson'schen traumatischen Epilepsie (gehirnchirurgische Studie). (*Pest. med.-chir. Presse*, 3, 10, 17, 24 et 31 mai.)

Pousson (A.). Traitement chirurgical de la néphroptose. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 juin.)

Ransohoff (J.). Unilateral disease of the kidney simulating stone. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mai.) — Affection rénale unilatérale simulant la lithiase.

Savelli (E.). Due casi di enterectomia ed enterorafia primitiva per gangrena da strozzamento ernioso. (*Pratica del Medico*, juin.) — Deux cas d'entérectomie et d'entérorrhaphie primitive pour gangrène par étranglement herniaire.

Schnitzler (J.). Zur Symptomatologie der Gelenkfremdkörper. (*Wien. med. Presse*, 7 juin.) — Symptomatologie des corps étrangers des articulations.

Stavely (A. L.). Splenic infections, with report of 2 cases recovering after operation. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Taylor (W. J.). Myositis ossificans. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Van Hook (W.). The treatment of empyema by continuous aspiration. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mai.)

Vassiliev (V.). Les bubons des cavaliers (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Weir (R. F.). Some unusual cases of appendicitis. (*Med. Record*, 23 mai.)

Williams (H. J.). Fracture of the spine. (*Med. News*, 23 mai.) — 3 cas de fracture de la colonne vertébrale.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Lehrbuch der Geburtshilfe. 3e éd. In-8°, 757 p. avec fig. Leipzig. F. W. Grunow. — Traité d'obstétrique.

Beauréal (A. de). Σκωληκοειδῖτις καὶ ὠοθηκοσαλπιγγῖτις. In-8°, 62 p. Athènes. — Appendicite et salpingo-ovarite.

Brothers (A.). Pelvic suppuration in the female. (*Med. News*, 6 juin.)

Burtenshaw (J. H.). The importance of repair of small cervical lacerations. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 mai.) — L'importance qu'il y a à réparer les petites déchirures du col utérin.

Castelli (E.). Course of diseases during pregnancy. (*Amer. Medicine*, 28 mars.) — L'évolution des maladies au cours de la grossesse.

Davis (E. P.). The present treatment of puerperal septic infection. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 mai.)

Dobbert (Th.). Ist die Ventrifixur der Gebärmutter eine berechtigte Operation? (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 30 mai et 6 juin.) — La ventrofixation de l'utérus est-elle une opération justifiée?

Esmann (V.). Tilfælde af for tidlig lösning af den normalt insererede placenta. (*Bibliotek for Læger*, juillet.) — Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Findley (P.). The diagnosis of diseases of women. In-8°, 494 p. avec fig. Philadelphie. — Diagnostic gynécologique.

Fraser (N.). Report of a case of rupture of the uterus; laparotomy; recovery. (*Med. News*, 27 juin.)

Knauer (E.). Einige seltenere Fälle von Gebärmutterzerreissung, mit besonderer Berücksichtigung der Mechanik der Zerreissung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Quelques cas rares de rupture de l'utérus, étudiés surtout au point de vue du mécanisme de la déchirure.

Kolipinski (L.). On simplicity in the operation for laceration of the cervix uteri. (*Med. News*, 30 mai.)

Menge. Ueber den suprasymphysären Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — L'incision transversale sus-pubienne d'après le procédé de Pfannenstiel.

Meurer (R.). Ueber schnelle Erweiterung des Muttermundes nach Bonnaire. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Dilatation rapide du col utérin d'après le procédé de Bonnaire.

Oliver (J. H.). Quiste del ovario á pedículo torcido, simulando un embarazo. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai.)

Popoff (D.). Ueber die Erkennung und nichtoperative Behandlung der Gebärmutterzerreissungen bei der Geburt. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 23 et 30 mai.) — Diagnostic et traitement non sanglant des ruptures de l'utérus pendant le travail.

Robertson (Ch. A.). Etiology and treatment of retrodeviations of the uterus. (*Amer. Medicine*, 30 mai.)

Rolandi (U.). Dieci casi di gravidanza extrauterina. (*Policlinico*, 20 juin.)

Schlossmann (A.). Ueber die Leistungsfähigkeit der weiblichen Milchdrüsen und über Indikationen und Contraindikationen zum Stillen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Capacité fonctionnelle des glandes mammaires de la femme; indications et contre-indications de l'allaitement.

Shoemaker (G. E.). Uterine fibroma near the menopause. (*Philadelphia Med. Journ.*, 30 mai.)

Smith (A. J.) et **Radkey** (O. H.). Note upon a case of mycosis vaginæ. (*Med. News*, 27 juin.)

Trolle (A.). Et tilfælde af graviditas tubo-abdominalis. (*Hospitalstidende*, 17 juin.)

Van de Velde (Th. H.). Hebotomie met blijvende verwijding van het bekken. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 mai.) — Hébotomie avec élargissement persistant du bassin.

PÉDIATRIE

Elterich (Th. J.). Malnutrition. (*Philadelphia Med. Journ.*, 23 mai.)

Nathan (F.). Beiträge zur Behandlung der Empyeme im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung der Folgezustände. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.) — Contribution à la thérapeutique de l'empyème chez les enfants, surtout au point de vue des résultats éloignés.

Neter (E.). Beiträge zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.) — Contribution à l'étude de la tuberculose des organes génitaux chez les petites filles.

Ortiz Coffigny (J.). Oclusión intestinal de origen verminoso, simulando una apendicitis; gangrena y perforación del intestino; muerte por estercorhemia. (*Rev. med. cubana*, 15 juin.)

Röder (H.). Die Anwendung der Moulagentechnik für Lehrzwecke in der Pädiatrie; ein Beitrag zur Semiotik des Säuglingsstuhls. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.) — Emploi des moulages dans l'enseignement de la pédiatrie; contribution à la séméiologie des selles du nourrisson.

Sommerfeld (P.) et **Röder** (H.). Zur Kenntnis des physikalisch-chemischen Verhaltens der kindlichen Gewebssäfte; 2. und 3. Mitteilung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.) — Contribution à l'étude de l'état physico-chimique des sucs de tissus chez les enfants.

Southworth (Th. S.). Acute suppurative cervical adenitis of infancy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mai.)

Stewart (J.). Rheumatic tonsillitis in children. (*Med. News*, 23 mai.)

Whitman (R.). A report of final results in 2 cases of polyarthritis in children of the type first described by Still, together with remarks on rheumatoid arthritis. (*Med. Record*, 18 avril.)

Wollenberg (A.). Ein Fall von Vergiftung durch chlorsaures Kali im Säuglingsalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.) — Un cas d'intoxication par le chlorate de potasse chez un nourrisson.

TÉRATOLOGIE

Dodd (H. W.) et **McMullen** (W. H.). A case of congenital deformity of the skull associated with ocular defects. (*Lancet*, 13 juin.) — Un cas de difformité congénitale du crâne avec anomalies oculaires.

Matteucci (G.). Un caso di ectopia cordis congenita in feto vivo. (*Gazz. degli Osped.*, 24 mai.)

Seiliger (D.). Un cas d'arrêt de développement du grand pectoral, absence de mamelon, déviation d'une côte, hypospadias et trajet insolite de l'urèthre chez un même sujet (en russe). (*Prakt. Vratch*, 28 juin et 5 juillet.)

Stieda (A.). Ueber Atresia ani congenita und die damit verbundenen Missbildungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 2.) — Atrésie congénitale de l'anus et malformations qui lui sont liées.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Hertz (M.). Powiklania przy operacyi wyrosli adenoidalnych. (*Gaz. lekarska*, 16, 23 et 30 mai et 6 juin.) — Complications de l'opération des végétations adénoïdes.

Königstein (M.). O wartosci leczniczej adrenaliny w cierpieniach nosa, uszu, gardla i krtani. (*Gaz. lekarska*, 18 et 25 avril.) — Valeur de l'adrénaline dans les maladies du nez, des oreilles, du pharynx et du larynx.

Lockard (L. B.). The operative treatment of laryngeal tuberculosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 18 avril.)

Melzi (U.). Contribution au traitement de l'otite moyenne catarrhale par les injections intratympaniques de pilocarpine. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Roy (L.-G.). L'oreille moyenne; ses affections, sa chirurgie. In-8°, 188 p. avec fig.

Smith (S. MacCuen). The treatment of otitis media suppurativa acuta. (*Philadelphia Med. Journ.*, 6 juin.)

Taylor (F. L.). Practical points on intubation of the larynx for croup. (*New York Med. Journ.*, 4 avril.)

Vialle (J.). Contribution à l'étude de la paralysie faciale tardive dans les fractures du rocher. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

HYGIÈNE

Barraja (A.). De l'emploi du formol comme conservateur des produits alimentaires. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

Blin. Alcoolisme et tuberculose chez les indigènes du Dahomey. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Cohn (H.). Warum müssen besondere Schul-Augenärzte angestellt werden? (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 6 et 13 juin.) — Pourquoi doit-on instituer des oculistes spéciaux pour les écoles?

Lespinasse. Les sapeurs-pompiers de Paris; causes professionnelles de maladies, hygiène prophylactique. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Matzen (N.). Die Berufskrankheiten der Lehrer nach Ursachen, Verhütung und Behandlung. In-8°, 94 p. Radebeul. — Les maladies professionnelles des instituteurs; étiologie, prophylaxie et traitement.

Rietsch. Sur l'épuration bactérienne de l'eau par l'ozone. (*Marseille méd.*, 15 mai et 15 juin.)

Rubinstein (S.). Ueber das Verhalten einiger pathogener Bakterien in der Buttermilch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVI, 3-6.) — Du sort de quelques bactéries pathogènes dans le babeurre.

Tissié (P.). L'éducation physique au point de vue historique, scientifique, technique, critique, pratique et esthétique. 2e éd. In-4°, XXXII-180 p. avec fig.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Kobert (R.). Compendium der praktischen Toxikologie. 4e éd. In-8°, 206 p. Stuttgart.

Kovalevsky (P.). Psychopathologie légale. T. II: psychopathologie légale générale. In-8°, 338 p.

Long (E. H.). Poisoning by corrosives. (*Med. News*, 27 juin.)

Samberger (F.). Vzácny priznak otravy arsenové. (*Casopis lékaru ceskych*, 11 avril.) — Un symptôme rare de l'intoxication arsenicale.

Schwalbe (C.). On the active principle of Rhus diversiloba (poison oak). (*Med. Record*, 30 mai.)

Thiem. Beitrag zur Lehre von Hitzschlag und Sonnenstich. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juin.) — Contribution à l'étude du coup de chaleur et de l'insolation.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Jacques (V.). Le traitement de la coqueluche par le sérum de Leuriaux. (*Clinique*, 27 juin.)

Oefele (von). Butter als Arzneimittel bei Leber- und Gallenkranken. 5e éd. In-8°, 32 p. Neuenahr. — Le beurre comme moyen de traitement des maladies du foie et des voies biliaires.

Ohmann-Dumesnil (A. H.). The treatment of leprosy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 mai.)

Paulin (E.). Accidents consécutifs à l'emploi du sérum gélatiné. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Pospiélov (P.). La posologie exacte des substances médicamenteuses est-elle possible et sur quoi doit-elle être basée en thérapeutique (en russe)? (*Voienno-méd. journ.*, juin.)

Ransom (Ch.). Colchicum in the treatment of gout. (*Med. News*, 13 juin.)

Ricaldoni (A.). Inyecciones epidurales en el tratamiento de las poluciones nocturnas. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai.)

Rothschild (D.). Zur Nachbehandlung pleuritischer Exsudate. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 25 juin.) — Soins à donner après le traitement des épanchements pleurétiques.

Vinci (G.). Azione antisettica e tossica di alcuni preparati organici di mercurio. (*Policlinico*, partie méd., X, 5.)

Wischnowitzer (S.). Theoretisches und Praktisches zur Eisentherapie. (*Wien. med. Presse*, 31 mai.) — Considérations théoriques et pratiques sur la médication martiale.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Béclère (A.). L'examen radioscopique chez les candidats à l'assurance sur la vie. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Below (E.). Das Wesentliche und Unwesentliche der Lichttherapie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 20 juin.) — Les points essentiels et les points secondaires de la photothérapie.

Benedikt (M.). Zur Röntgendiagnostik der traumatischen Neurose. (*Wien. med. Presse*, 28 juin.)

Bergonié (J.) et **Dunogier** (S.). Des rayons X dans la recherche des appareils de prothèse dentaire. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Bonnefoy. Quelques observations d'insomnie rebelle traitée et guérie par la franklinisation. (*Arch. d'électricité méd.*, mai.)

Chanoz (M.) et **Lévêque** (H.). Essai de traitement des arthrites tuberculeuses par le courant continu. (*Arch. d'électricité méd.*, mai.)

Cleaves (Margaret A.). Methods of Röntgen ray treatment of malignant diseases of the uterus, rectum and bladder, with description of tubes. (*Philadelphia Med. Journ.*, 18 avril.) — Méthodes de radiothérapie des tumeurs malignes de l'utérus, du rectum et de la vessie.

Codman (E. A.). The use of the X ray in surgery. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, mai.)

Costa (J. R.). Tratamiento del epitelioma con los rayos X. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Freund (L.). Novelties in the physical treatment of skin diseases. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 mai.) — Nouveaux procédés de traitement physique des maladies de la peau.

Jourdran. Exostoses syphilitiques (diagnostic confirmé par la radiographie). (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Morton (W. J.). Primary and recurrent mammary carcinoma treated by the X ray. (*Med. Record*, 30 mai.)

Pantaloni et **Perrin** (A.). De la nécessité de l'examen radiographique dans la pratique de la médecine des accidents. In-8°, 12 p. avec fig.

23e ANNÉE. — N° 32. **Vingt centimes le numéro.** 12 AOUT 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES. — La sténose du pylore chez les nourrissons, par M. le docteur L. Cheinisse. 261
CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES (treizième session tenue à Bruxelles du 1er au 8 août 1903). — Traitement de l'agitation et de l'insomnie... 263
La période terminale de la paralysie générale et la mort des paralytiques généraux 265
Association du tabes et de la paralysie générale... 265
Prolongation de la réaction pupillaire aux toxiques comme signe précoce de la paralysie générale... 265
Des rémissions spontanées au cours de la paralysie générale tabétique... 265
Caractères cliniques distinctifs du spasme facial... 265
Epilepsie thyroïdienne... 266
De la fatigue chez l'homme sain, le neurasthénique, le myopathique et dans l'atrophie musculaire névritique... 266
Acrocyanose et crampe des écrivains... 266
Rachitisme et idiotie... 266
Sur la localisation corticale du réflexe à l'accommodation... 266
Un phénomène palpébral constant dans la paralysie faciale périphérique... 266
Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale... 266
Atrophies musculaires progressives spinales et syphilis... 266
Syndromes solaires expérimentaux... 267
Régénération autogène d'un nerf chez l'homme... 267
ETRANGER : *Lettres d'Amérique.* — La défense contre la fièvre jaune sur le golfe du Mexique 267
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Contribution à l'étude du mécanisme de l'immunité artificielle à l'égard de la peste 268
Actinomycose centrale du maxillaire inférieur... 268
Des modifications de l'utérus au cours des maladies infectieuses... 268
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — L'emploi de l'opothérapie placentaire à titre de galactagogue... 268
Le glycogène comme moyen de traitement de l'amaigrissement des hyperchlorhydriques... 268
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acrocyanose et crampe des écrivains... 266²
Actinomycose centrale du maxillaire inférieur... 268²
Agitation... 263²
Amaigrissement des hyperchlorhydriques... 268³
Atrophies musculaires progressives spinales et syphilis... 266³
Crampe des écrivains et acrocyanose... 266²
Epilepsie thyroïdienne... 266¹
Fatigue à l'état normal et dans diverses affections nerveuses... 266¹
Fièvre jaune et mesures de protection du golfe du Mexique... 267¹
Glycogène contre l'amaigrissement des hyperchlorhydriques... 268³
Hystérie et morphinomanie... 267¹
Idiotie et rachitisme... 266²
Immunité artificielle à l'égard de la peste et son mécanisme... 268¹
Insomnie... 263²
Lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale... 266³
Maladies infectieuses et modifications de l'utérus... 268²
Morphinomanie et hystérie... 267¹
Mort des paralytiques généraux... 265¹
Opothérapie placentaire comme moyen galactagogue... 268³
Paralysie faciale périphérique et troubles de l'occlusion des paupières... 266³
— générale au début et prolongation de la réaction pupillaire aux toxiques... 265³
— — et lésions du fond de l'œil. 266³
— — et sa période terminale... 265¹
— — et tabes... 265²
— — tabétique et ses rémissions spontanées... 265³
Peste et mécanisme de l'immunité artificielle à l'égard de cette infection... 268¹
Rachitisme et idiotie... 266²
Réaction pupillaire aux toxiques chez les paralytiques généraux au début... 265³
Réflexe à l'accommodation et sa localisation corticale... 266²
Régénération autogène d'un nerf... 267¹
Rémissions spontanées de la paralysie générale tabétique... 265³
Spasme facial... 265³
Sténose du pylore chez les nourrissons... 261¹
Syndromes solaires expérimentaux... 267¹
Syphilis et amyotrophies spinales progressives... 266³
Tabes et paralysie générale... 265²
Traitement de l'agitation et de l'insomnie... 263²
— de l'amaigrissement des hyperchlorhydriques... 268³
— de la sténose du pylore chez les nourrissons... 261¹
Utérus et ses modifications au cours des maladies infectieuses... 268²

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Billard, chargé de cours, est nommé professeur de physiologie.

M. le docteur Mally, chargé de cours, est nommé professeur de physique.

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur Zipfel, suppléant, est nommé professeur d'anatomie.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur Biais, suppléant, est nommé professeur de physique.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Brossard, professeur d'histologie, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie médicale.

Ecole de médecine de Reims. — M. le docteur Bruandet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Emil Knauer, privatdocent à la Faculté de médecine de Vienne, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. A. von Rosthorn.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Johann Hnátek, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Vincenzo Giudiceandrea (*pathologie interne*); Luigi Martino Spolverini (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Rostock. — M. le docteur Johannes Müller est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Benedetto Morpurgo, professeur à la Faculté de médecine de Sienne, est nommé professeur ordinaire de pathologie générale.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Joseph Halban (*obstétrique et gynécologie*); Wilhelm Mitlacher (*pharmacologie*).

Université de Dublin. — M. le docteur Andrew Francis Dixon, professeur à l'University College de Cardiff, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. D. J. Cunningham.

University College de Liverpool. — Sont nommés lecteurs : MM. les docteurs A. F. Grünbaum (*médecine expérimentale*); A. Bernard (*syphiligraphie*).

Western Reserve University Medical College de Cleveland. — M. le docteur John R. Macleod (de Londres) est nommé professeur de physiologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Ladreit de Lacharrière, ancien médecin en chef de l'Institution nationale des sourds-muets à Paris. — M. le docteur Chalot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Herbet, député de l'Ain. — M. le docteur J. Bouquet, ancien député des Bouches-du-Rhône. — M. le docteur Jean Roger, inspecteur général du Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte. — M. le docteur Van der Lith, ancien professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine d'Utrecht. — M. le docteur Donald McLean, ancien professeur de clinique chirurgicale à l'University of Michigan d'Ann Arbor.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Gasching (P.). La putréfaction du lait; ses rapports avec la pathologie humaine.

Gautier (G.). De l'hypertrophie de la rate dans les maladies du cœur (étude clinique).

Giroux (A.). Le purpura et les maladies infectieuses.

Granjon (L.). De l'emploi de l'adrénaline en chirurgie dentaire.

Gratier (M.). La vipère en thérapeutique.

Guérault (H.). L'acanthosis nigricans (dystrophie papillaire et pigmentaire); état actuel de la question.

Guille-Desbuttes. De la forme hépato-gangreneuse du cancer de l'estomac; contribution à l'étude des formes du cancer de l'estomac.

Haas (R.). Contribution à l'étude du képhir maigre.

Hervoit (P.). Etats fébriles consécutifs aux injections de sels mercuriels.

Jacoel. Traitement des fractures par les agrafes osseuses.

Joxe (R.). Sur un cas de manifestation anthracosique au cours d'une pleurésie purulente.

Kalita (Mlle A.). Contribution à l'étude des splénomégalies méta-ictériques.

Katz (A.). Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie.

Kerambrun (D.). Contribution à l'étude du traitement intensif de la syphilis par les injections d'huile grise à haute dose.

Klein (R.). La leucodermie syphilitique post-papuleuse.

Lair (M.). Des éléments de diagnostic et de pronostic dans les méningites cérébro-spinales.

Landon (L.). Contribution à l'étude médico-légale des méningites.

Le Marchand (J.). Contribution à l'étude physiologique et expérimentale de l'héroïne.

Manget (F.). Manifestations oculaires de quelques pseudo-rhumatismes infectieux.

Marquet (C.). De quelques cas d'épithéliomas de la face à marche rapide.

Meuriot (H.). Des hallucinations des obsédés; pseudo-hallucinations.

Moog (A.). Les éliminations urinaires dans les néphrites subaiguës dites parenchymateuses.

Naegelin (Ch.). Sur une observation d'onyxis par intoxication professionnelle (teintures à base d'aniline).

Panthès (M.). De l'analgésie chirurgicale par rachicocaïnisation lombaire.

Pépin (W.). Le créosal (phospho-tannate de créosote) dans certaines formes de tuberculose pulmonaire; quelques considérations sur le traitement associé (cure hygiéno-diététique et médication pharmaceutique) dans la tuberculose pulmonaire.

Pichereau. Les hautes doses de mercure dans le traitement de la syphilis.

Pissareff (A. de). L'action des radiations nouvelles (rayons de Röntgen et rayons de Becquerel) sur les êtres vivants.

Prat (L.). Sur la résection du ganglion de Gasser.

Richard (M.). De la luxation de Huguier (luxation du pied par rotation en dehors).

Rodocanachi (G.). Des ictères chroniques simples.

Rondeau (Ph.). Contribution à l'étude des cancers primitifs du poumon et de la plèvre (diagnostic histologique et histogenèse).

Rousseau (P.). Les incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et en gynécologie.

Roussel (Mlle G.). Contribution à l'étude de l'étiologie de la scoliose.

Roy (J.). Influence de l'extraction de la première grosse molaire sur l'évolution de la dent de sagesse.

Sari (E.). Recueil d'observations au sujet de l'application du sérum de Trunecek dans le traitement de la sclérose de l'oreille, du labyrinthisme et du décollement de la rétine.

Softazadé. De l'empoisonnement par les huîtres.

Solon (L.). Contribution à l'étude de la lithiase intestinale d'origine médicamenteuse.

Stein (Mlle S.). Cholémie simple familiale et grossesse.

Steinhart (J.). De la manœuvre de Mauriceau.

Taubmann (J.). Les états psychiques morbides et les vésanies dans la maladie de Basedow.

Theuveny (L.). Diagnostic clinique des accès éclamptiques.

Trouvé (G.). Etude historique et statistique sur les preuves anatomo-pathologiques de la guérison de la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Vésignié (H.). Contribution à l'étude des hernies de l'appendice et du cæcum.

Zacchiri (E.). Recherches sur la généralisation du bacille diphtérique (étude clinique et bactériologique).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bloodgood (J. C.). Giant cell sarcoma of bone. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, mai.) — Ostéosarcome à cellules géantes.

Diamond (I. B.). The cellular changes in tuberculous leptomeningitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Ellis (A. G.). Heart showing chronic tuberculosis of the pericardium, with involvement of the myocardium. (*Amer. Medicine*, 6 mai.) — Tuberculose chronique du péricarde et du myocarde.

Hemmeter (J. C.). Histological character and diagnosis of malignant neoplasms of the digestive organs and peritoneum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Manouilov (A.). Un cas de cancer primitif de la tête du pancréas avec dégénérescence kystique du reste de la glande (en russe). (*Prakt. Vratch*, 7 juin.)

Marullo (A.). Die hyaline Degeneration im Hautcarcinom. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.) — La dégénérescence hyaline dans le cancer cutané.

Meyer (R.). Ueber adenomatöse Schleimhautwucherungen in der Uterus-und Tubenwand und ihre pathologisch-anatomische Bedeutung. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 3.) — Proliférations adénomateuses de la muqueuse de l'utérus et des trompes et leur signification anatomo-pathologique.

Petrén (K.). Beobachtung über aufsteigend degenerirende Fasern in der Pyramidenbahn, nebst einem Beitrage zur Beurteilung der Marchi-Präparate. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.) — Dégénérescence ascendante des fibres du faisceau pyramidal; contribution à la valeur de la méthode de Marchi.

Sick (K.). Ueber Lymphangiome. (*Virchow's Arch.*, CLXXII, 3.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Abbott (A. C.). The adrenal gland and its active principle in their relations to cytolysins and antitoxin production. (*Journ. of Med. Research*, mai.) — Le principe actif des capsules surrénales et ses rapports avec les cytolysines et la production d'antitoxine.

Buxton (B. H.). Enzymes in tumors. (*Journ. of Med. Research*, mai.)

Figari (F.). Antitossine ed agglutinine nel sangue di animali immunizzati. (*Gazz. degli Osped.*, 28 juin.)

Guerrini (G.). Dell'azione del nucleoproteide di sangue eterogeneo sul numero e la proporzione dei globuli rossi e dei globuli bianchi; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juillet.)

Laache. Ueber Wechselbeziehungen in der Pathologie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 juin.) — Les rapports de réciprocité en pathologie.

Maragliano (E.). Der Kampf und die Immunisation des Organismus gegen die Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 et 29 juin.)

Pirone (R.). Chronische Entzündung des Pankreas und Cirrhose der Leber. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 mai et 6 juin.) — Pancréatite chronique et cirrhose du foie.

Salmon (D. E.). Immunization from tuberculosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 juin.)

Turró (R.). Origen y naturaleza de las alexinas. (*Rev. de med. y cirugia*, juin.)

MÉDECINE

Atti della Accademia medico-fisica fiorentina (anno 1902). In-8°, 70 p. Florence.

Benedict (A. L.). Splenic anemia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 avril.)

Blodgett (A. N.). A case of juvenile aortic stenosis, with subsequent insufficiency; sudden death; autopsy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 30 avril.) — Sténose aortique juvénile avec insuffisance consécutive; mort subite.

Boas (I.). Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 1. Teil: Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 5e éd. In-8°, 435 p. avec fig. Leipzig. — Diagnostic général et traitement des maladies de l'estomac.

Brewer (G. E.). Differential diagnosis in diseases of the gall bladder and ducts. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 mai.) — Diagnostic différentiel entre les maladies de la vésicule biliaire et celles des conduits biliaires.

Brugnola (A.). Sulla presenza di acido urico nel liquido endo-articolare di infermi affetti da poliartrite reumatica acuta. (*Policlinico*, partie méd., X, 6.)

Cabot (R. C.) et **Locke** (E. A.). On the occurrence of diastolic murmurs without lesions of the aortic or pulmonary valves. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, mai.) — Souffles diastoliques sans lésions des valvules aortiques ou pulmonaires.

Carrer (C.). Il cuore nella insufficienza valvolare aortica. (*Morgagni*, juin.)

Chaillou (A.) et **MacAuliffe** (L.). Précis d'exploration externe du tube digestif d'après la méthode de Sigaud (de Lyon). In-18, 170 p. avec fig.

Ebstein (W.) et **Schwalbe** (J.). Manuale di medicina pratica. (Trad. de l'allemand.) T. II. In-8°, 864 p. avec fig. Rome.

Hering (H. E.). Pseudo-Hemisystolie und post-mortale Hemisystolie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 mai.)

Hofbauer (L.). Typische Atemstörungen bei Morbus Basedowii; ein Beitrag zur Lehre vom Kropfasthma und Kropftod. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 4.) — Troubles respiratoires typiques dans la maladie de Basedow; contribution à l'étude de l'asthme et de la mort par goitre.

Jacobsohn (L.). Du cytodiagnostic des exsudats (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 12.)

Lagrange (F.). Le traitement des affections du cœur par l'exercice et le mouvement. In-8°, 352 p. avec graphiques.

Lemoine (G.). Dyspepsie flatulente. (*Nord méd.*, 1er juillet.)

Leyden (E. von) et **Klemperer** (F.). Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. T. Ier et II. In-8°, 1605 p. avec fig. et planches. Vienne. — La clinique allemande au début du vingtième siècle.

Lhota (J.). Icterus pri zánetech slepého streva. (*Sbornik klinicky*, IV, 4.) — Ictère dans l'appendicite.

Löb (M.). Die Frühdiagnose des Diabetes mellitus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 4 juin.) — Diagnostic précoce du diabète sucré.

Rosengart (J.). Milztumor und Hyperglobulie. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 4.) — Splénomégalie et hyperglobulie.

MALADIES INFECTIEUSES

Gordon (W.). Remarks on the influence of wind on phthisis. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mai.) — L'influence du vent sur la phtisie.

Home (W. E.). Consumption in the navy. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mai.) — La phtisie dans la marine.

Kennedy (O. A.). The value of Widal's and Ehrlich's test in typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 juin.) — La valeur des réactions de Widal et d'Ehrlich dans la fièvre typhoïde.

Mouriquand (G.). Deux cas de perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. (*Lyon méd.*, 12 juillet.)

Schütze (A.). Ueber einen Fall von Kopftetanus mit seltener Aetiologie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juin.) — Un cas de tétanos céphalique à étiologie rare.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aldrich (Ch. J.). The association of tabes and multiple sclerosis : report of a classical case of tabes with intention tremor and nystagmus. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 avril.) — Association du tabes avec la sclérose en plaques : un cas typique de tabes avec tremblement intentionnel et nystagmus.

Alter (W.). Zur Pathologie toxischer Gehirnkrankheiten. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Contribution à la pathologie des affections cérébrales d'origine toxique.

Bayerthal. Zur Diagnose der Thalamus- und Stirnhirntumoren. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin et 1er juillet.) — Diagnostic des tumeurs de la couche optique et du lobe frontal.

Bramwell (E.). A case of meralgia paresthetica (Bernhardt's Sensibilitätsstörung), with a short account of the condition. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Collins (J.). A clinical report of 9 cases of Friedreich's disease; hereditary or family ataxia, so-called, with comments on noteworthy symptoms. (*Amer. Medicine*, 30 mai.) — 9 cas de maladie de Friedreich, et remarques sur quelques symptômes importants de cette affection.

Dejerine (J.). Sur la rigidité spasmodique congénitale d'origine médullaire (syndrome de Little) par lésion médullaire en foyer développée pendant la vie intra-utérine. (*Rev. neurol.*, 30 juin.)

Deléarde. Deux cas de cyphose hystéro-traumatique (maladie de Brodie). (*Echo méd. du Nord*, 5 juillet.)

Dorendorf. Kehlkopfstörungen bei Tabes. In-8°, 84 p. Berlin. — Troubles laryngés dans le tabes.

Ferenczi (A.). Beitrag zur Aetiologie der Paranoia. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 mai.)

Frenkel (H.). Spasme primitif du facial avec mouvements fibrillaires continus (myokymie, limitée à la distribution du facial). (*Rev. neurol.*, 30 juin.)

Heveroch (A.). O nekterych vzácnejsich formách afasie. (*Sbornik klinicky*, IV, 4.) — Sur quelques formes particulières d'aphasie.

Hudson (T. J.). Law of mental medicine : correlation of facts of psychology and histology in their relation to mental therapeutics. In-8°, 302 p. Londres. — Les données de la psychologie et de l'histologie dans leurs rapports avec la thérapeutique mentale.

Kohnstamm (O.). Die absteigende Tectospinalbahn, der Nucleus intratrigeminalis und die Localzeichen der Netzhaut. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Le faisceau tecto-spinal descendant, le noyau intratrigéminal et les phénomènes locaux du côté de la rétine.

Lovett (R. W.). Clinical observations on backache. (*New York Med. Journ.*, 30 mai.) — Observations cliniques sur la spinalgie.

Manzoni (B.). Un caso di paraplegia flaccida da compressione. (*Policlinico*, partie méd., X, 6.) — Paraplégie flaccide par compression.

Marcus (H.). Psychose bei perniciöser Anämie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.)

Mouratov (V.). Nouvelle contribution à la pathologie des mouvements involontaires dans les affections cérébrales en foyer (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 11.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Audry (Ch.). De l'association du lichen chronique circonscrit et du lichen simplex aigu disséminé. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juin.)

Bosellini (P. L.). Granuloma herpetiforme « exoticum »; ätiologische und anatomo-klinische Studie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juin.)

Buschke (A.). Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis. (*Berlin. Klinik*, mai.)

Conner (L. A.). Syphilis of the trachea and bronchi; an analysis of 128 recorded cases, and report of a case of syphilitic stenosis of the bronchi. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Ehrmann (S.). Ueber die Beziehung der Sklerodermie zu den autotoxischen Erythemen. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 et 13 juin.) — Rapports existant entre la sclérodermie et les érythèmes autotoxiques.

Jonitescu (G.). Étude clinique et histologique sur six cas de syphilides miliaires péripilaires simulant le lichen scrofulosorum et la kératose pilaire. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juin.)

Jordan. Geschlechtskrankheiten und Prostitution. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin.) — Maladies vénériennes et prostitution.

Morley (A. S.) et **Ransome** (G. H.). A case of acute bullous eruption affecting a butcher. (*Lancet*, 16 mai.) — Eruption bulleuse à évolution aiguë chez un boucher.

Samberger (F.). Onemocneni svalu následkem gonorrhoické infekce. (*Sbornik klinicky*, IV, 4.) — Affection musculaire d'origine blennorrhagique.

Schuster. Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung, nebst kurzer Besprechung des Ulcus molle, der Gonorrhoe und des Gonorrhoismus. 4e éd. In-8°, 228 p. Berlin. — La syphilis, sa nature, son évolution et son traitement.

Tancum-Jouddelowitz (L.). Die Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung. 2e éd. In-8°, 168 p. Halle. — Les maladies vénériennes et leur traitement.

Wandel (O.). Zur Frage des Tier- und Menschenfavus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 6.) — Favus de l'homme et des animaux.

PARASITOLOGIE

Bernstein (R.). Zur Frage der Pathogenität der Blastomyceten beim Menschen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLIX, 5-6.)

Howard (W. T.). Actinomycosis of the central nervous system, with the report of a case due to an unidentified member of the actinomycosis group. (*Journ. of Med. Research*, mai.) — Actinomycose du système nerveux central, due à un parasite indéterminé appartenant au groupe de l'actinomyces.

Iberer (J.). Ueber die Ankylostomagefahr in Kohlengruben. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin.) — Le danger de l'ankylostomiase dans les mines de charbon.

Roquemaure. Nouvelle méthode rapide d'extirpation du ver de Guinée. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

CHIRURGIE

Aievoli (E.). Ancora sul concetto dottrinale della derivazione chirurgica del sangue dal circolo portale. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juillet.)

Amberger (J.). Zur Kasuistik der tragfähigen Unterschenkelstümpfe. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juin.) — Les moignons de jambe capables de supporter un appareil.

Auvray (M.). Actinomycose du foie. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Bannes (F.). Ueber Luxationen im Lisfrancschen Gelenk. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 2-4.) — Les luxations de l'articulation de Lisfranc.

Barjon (F.) et **Cade** (A.). A propos des hydrocèles; cytologie, inoculations, résultats. (*Lyon méd.*, 5 juillet.)

Barker (A. E.). A modification of Talma's operation for ascites. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Bertelsmann. Ueber einen Fall von Luxatio pedis sub talo nach hinten und innen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 2-4.) — Sur un cas de luxation du pied en arrière et en dedans.

Bracchi (E.). Craniectomia per grave trauma. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juillet.)

Broca (A.). Précis de chirurgie cérébrale. In-16, 492 p. avec fig.

Brunner (F.). Das acut in die freie Bauchhöhle perforirende Magen- und Duodenalgeschwür. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 2-4.) — Perforation des ulcères de l'estomac ou du duodénum dans la cavité abdominale libre.

Chipault (A.). L'élongation trophique; cure radicale des maux perforants, ulcères variqueux, etc., par l'élongation des nerfs. In-8°, 38 p.

Clemens (P.). Ein mit Talma'scher Operation behandelter Fall von Synechia pericardii. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juin.) — Symphyse du péricarde traitée par l'opération de Talma.

Congrès français de chirurgie. 15e session. Paris, 1902. Procès-verbaux, mémoires et discussions. In-8°, XXXVIII-926 p. avec fig.

Cotton (F. J.) et **Allen** (W.). Brachial paralysis, post-narcotic. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 7 mai.)

Curtis (B. F.). Gunshot wound of the longitudinal sinus. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Blessure par arme à feu du sinus longitudinal.

Czerny. Ueber Nekrose der Gallenblase, mit Bemerkungen über die Operation der Gallensteine. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juin.) — Nécrose de la vésicule biliaire avec remarques sur le traitement chirurgical de la cholélithiase.

Delore (X.). Fibrome du corps thyroïde. (*Rev. de chir.*, juin.)

D'Este (L. S.). La ricerca e la resezione della seconda branca del trigemino nella fossa pterigo-palatina per la via retro-mascellare. (*Morgagni*, juin.)

Dobrzyniecki (A. von). Beiträge zur Extraktion der Zähne. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 mai.) — Avulsion des dents.

Dumont (F. L.). Handbuch der allgemeinen und lokalen Anästhesie. In-8°, 234 p. avec fig. Vienne. — Manuel d'anesthésie générale et locale.

Elsässer (A.). Beiträge zur Kenntnis des Tetanus traumaticus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 2-4.)

Faber (K.). Ueber Appendicitis obliterans. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 4.)

Fantino (G.) et **Valan** (A.). Ueber einige Verfahren künstlicher Ausfüllung von Knochenlücken; klinischer und experimenteller Beitrag. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 3.) — Recherches cliniques et expérimentales sur le plombage des cavités osseuses.

Fasquelle (A.). De la diminution de la distance sterno-cricoïdienne comme signe d'affaissement de la colonne cervicale. (*Rev. de chir.*, juin.)

Ferrari (P. L.). Considerazioni sopra 67 laparotomie. In-16, 121 p. Prato.

Galeazzi (R.). Sui risultati lontani nella cura operativa della lussazione congenita dell'anca. In-8°, 32 p. Biella.

Gallant (A. E.). Retrocecal appendicitis with retroperitoneal pelvic abscess. (*Amer. Medicine*, 23 mai.)

Griffith (F.). A case of nævus of the scalp and nose treated by hot water injections. (*New York Med. Journ.*, 2 mai.) — Nævus du cuir chevelu et du nez, traité par des injections d'eau chaude.

Gross (H.). Der Mechanismus der Luxatio ossis lunati, nebst Bemerkungen über die Entstehung der Fraktur desselben Knochens (zur Klinik der Carpus-Verletzungen). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 3.) — Le mécanisme de la luxation et des fractures de l'os semi-lunaire.

Habs. Ueber die Bier'sche Stauung. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juin.) — De l'hyperémie artificielle d'après le procédé de Bier.

Herman (R.). De l'emploi en chirurgie de l'oxygène sous pression. (*Rev. de chir. belge et du Nord de la France*, juillet.)

UROLOGIE

Cumston (Ch. G.). Notes on 2 cases of urogenital tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 30 mai.)

Krämer (C.). Ueber die Ausbreitung und Entstehungsweise der männlichen Urogenitaltuberculose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 2-4.) — La fréquence et l'origine de la tuberculose des organes génito-urinaires chez l'homme.

Onoufrovitch (I.). Contribution à l'étude des moyens d'éviter les conséquences de la section accidentelle d'un uretère au cours des opérations (en russe). (*Prakt. Vratch*, 31 mai, 7, 14 et 21 juin.)

Proust (R.). Manuel de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie. In-8°, 191 p. avec fig.

Steyrer (A.). Ueber einen weiteren Fall von Compression des einen Ureters. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 juin.) — Sur un nouveau cas de compression de l'un des uretères.

Vlaccos (de). Contribution à l'étude des ruptures de l'urèthre mâle, surtout au point de vue de leur traitement. (*Rev. de chir.*, juillet.)

OPHTALMOLOGIE

Alter (W.). Monochromatopsie und Farbenblindheit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.) — Monochromatopsie et dyschromatopsie.

Bettremieux. Diplopie paradoxale après un traumatisme de l'orbite. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Bourgeois. Les maladies des yeux dans la loi du 15 février 1902 (décret du 10 février 1903). (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Chisolm (F. M.) et **Johnston** (R. H.). Dermoid cyst of the conjunctiva. (*Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases*, mai-juin.)

Deane (L. C.). Localization of foreign bodies in the eye, and their removal. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Localisation et extraction des corps étrangers de l'œil.

Deschamps. Sur l'étiologie des polypes de la conjonctive. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Dianoux. Dans quelles limites l'énucléation préventive met-elle à l'abri de l'ophtalmie sympathique? (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Fage. La maturation artificielle de la cataracte. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Fridenberg (P.). Astigmatism cured by corneal trauma. (*New York Med. Journ.*, 9 mai.) — Astigmatisme guéri par un traumatisme de la cornée.

Lagrange (F.). De la résection du sympathique dans le glaucome. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

McDowell (N. D.). The eye in its relation to general disease. (*New York Med. Journ.*, 30 mai.) — Les yeux dans leurs rapports avec les maladies générales.

Müller (L.). Ein neues Operationsverfahren zur Heilung der Netzhautabhebung. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin.) — Un nouveau procédé opératoire pour la cure du décollement de la rétine.

Scaffidi (V.). Sopra un caso di tubercolosi cronica della coroide (tubercolo solitario dell'occhio). (*Policlinico*, partie méd., X, 6.)

Terson. Technique de l'arrachement capsulaire dans l'extraction de la cataracte. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Van den Bergh. Skiascopie subjective; méthode originale de détermination de la réfraction. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bumm (E.). Die sofortige Entbindung ist die beste Eklampsiebehandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mai.) — La délivrance immédiate est le meilleur traitement de l'éclampsie.

Dienst (A.). Eine nach der Küstner'schen Methode operierte geheilte Inversio uteri puerperalis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 juillet.) — Inversion utérine d'origine puerpérale guérie par l'opération de Küstner.

Guicciardi (G.). Indicazioni meno comuni al taglio cesareo. In-8°, 459 p. avec planches. Florence. — Indications peu communes de l'opération césarienne.

Hirst (B. C.). The surgical treatment of pruritus vulvæ, with the report of a case cured by resection of the genitocrural, ilioinguinal, inferior pudendal and superficial perineal nerves. (*Amer. Medicine*, 16 mai.)

Houpert (H.). De la grossesse considérée dans ses rapports avec la carie dentaire. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, juin.)

Jardine (R.). 5 cases of eclampsia, occurring within 16 days, treated by saline infusions. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.) — 5 cas d'éclampsie, survenus dans l'espace de seize jours et traités par des injections salines.

Knoop (C.). Ein in die Decidua eingebettetes und mit den Eihäuten ausgestossenes Fibromyom. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mai.) — Fibrome implanté dans la caduque et expulsé avec les membranes de l'œuf.

Kouzmine (P.). De l'occlusion intestinale comme suite de la complication d'un kyste de l'ovaire par la grossesse (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 12.)

Labhardt (A.). Zur Henkel'schen Abklemmung der Uterinae bei Postpartum-Blutungen; zugleich ein Beitrag zur Bossi'schen Dilatation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 juillet.) — Pincement de l'artère utérine d'après le procédé de Henkel dans les hémorrhagies postpartum.

Leake (H. E.). Neurasthenia in relation to the abdominal diseases of women. (*Texas Med. Journ.*, avril.) — Neurasthénie et affections abdominales de la femme.

Mazzi (A.). Andamento non comune di un caso di metroflebotrombosi puerperale. (*Morgagni*, juin.) — Evolution anormale d'un cas de métrophlébothrombose puerpérale.

PÉDIATRIE

Alessandrini (G.). Chirurgia nell'infanzia. In-8°, 137 p. Mantoue.

Berchoux (J.). Sur un cas d'invagination intestinale terminé par la guérison. (*Lyon méd.*, 17 mai.)

Blaker (P. S.). Observations on empyemata in children. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mai.)

Braschi (M.). Sulle vie d'ingresso della tubercolosi nei bambini. In-16, 12 p. Città di Castello. — Sur les voies d'invasion de la tuberculose chez les enfants.

Chase (H. M.). Report of 5 cases of fracture of the hip in children. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 21 mai.) — 5 cas de fracture de la hanche chez des enfants.

Gareiso (A.). Estudio sobre quince casos de parálisis radiculares del plexo braquial (parálisis obstétricas). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Henoch (E.). Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 11e éd. In-8°, 923 p. Berlin. — Leçons de pédiatrie.

Herrera Vegas (M.). Quiste hidatídico supurado del cerebro. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Koplik (H.). The occurrence and mortality of typhoid fever in infants and children. (*Arch. of Pediatrics*, mai.)

Leubuscher. Fragliche Todesursache im Säuglingsalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin.) — Cause douteuse de la mort des nourrissons.

Mellin (G.). Beitrag zur Kenntnis der Bakteriurie bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 1.)

Morquio (L.). Un caso de meningitis aguda, curado completamente. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai.)

Pearson (S. V.). Latent empyema in infants. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Southworth (Th. S.). Inversion in the treatment of acute pulmonary edema in young children. (*Arch. of Pediatrics*, mai.)

Strong (L. W.). Congenital tumors of the kidney. (*Arch. of Pediatrics*, mai.) — Tumeurs congénitales du rein.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bouyer (A.). Contribution à l'étude de l'hystérie; troubles cérébraux d'apparence otogène chez des malades porteurs d'algies mastoïdiennes. In-8°, 31 p.

Brown (J. M.). Report of a case of stammering, and method of treatment. (*Med. News*, 27 juin.) — Un cas de bégaiement; traitement.

Butts (H.). Intranasal obstruction and its treatment. (*Med. Record*, 11 avril.)

Chiari (O.). Die Krankheiten der oberen Luftwege. 2. Teil : Die Krankheiten des Rachens. In-8°, 250 p. avec fig. Vienne. — Les maladies du pharynx.

Culbertson (L. R.). Operation for extensive maxillary necrosis from antral empyema. (*Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases*, mai-juin.) — Opération pour nécrose maxillaire étendue ayant comme point de départ un empyème antral.

Douglass (B.). The uses of suprarenal extract in nose and throat diseases. (*New York Med. Journ.*, 2 mai.) — L'emploi de l'extrait surrénal dans le traitement des affections du nez et de la gorge.

Hansen (E.). Ein Fall von Verlauf der Carotis interna durch die Paukenhöhle. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juin.) — Un cas de passage de la carotide interne à travers la caisse du tympan.

Heermann (G.). Ueber akute Nekrose des Warzenfortsatzes und Felsenbeins nach Scharlach. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juin.) — Nécrose aiguë de l'apophyse mastoïde et du rocher, consécutive à la scarlatine.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Balfour (A.). The aniline dyes as therapeutic agents. (*Lancet*, 13 juin.) — Les couleurs d'aniline en tant qu'agents thérapeutiques.

Braun (L.). Therapie der Herzkrankheiten. In-8°, 246 p. Vienne. — Thérapeutique des maladies du cœur.

Curtin (E.). Note upon the use of pilocarpine in the treatment of pneumonia. (*Lancet*, 16 mai.)

Domenico (B.). Medicatura cacodilica. (*Gazz. degli Osped.*, 28 juin.)

Duckworth (Sir D.). Case of infective endocarditis successfully treated by rectal injections of antistreptococcus serum. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mai.)

Einhorn (M.). The treatment of gastric and duodenal hemorrhages. (*New York Med. Journ.*, 2 mai.)

Gallois (P.). La question de l'alcool-aliment. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, mai-juin.)

Görl (L.). Zur Prophylaxe der Enteritis mercurialis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juin.)

BACTÉRIOLOGIE

Baumgarten (P. von) et **Tangl** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoën (17. Jahrgang, 1901). 1re partie. In-8°, 560 p. Leipzig. — Compte rendu des progrès réalisés dans l'étude des microbes pathogènes pendant l'année 1901.

Bie (V.). Om lysets virkning paa bakterier; eksperimentelle undersögelser. In-8°, 200 p. Copenhague. — Influence de la lumière sur les bactéries.

Denny (F. P.). Observations on the morphology of Bacillus diphtheriæ, Bacillus pseudodiphtheriæ and Bacillus xerosis. (*Journ. of Med. Research*, mars.)

Erdmann (P.) et **Winternitz** (H.). Ueber das Proteinochrom, eine klinisch und bakteriologisch bisher nicht verwertete Farbenreaktion. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin.) — Le « protéinochrome »; une réaction colorante non encore utilisée en clinique et en bactériologie.

Guyot (G.). L'espettorato come mezzo di coltura pel bacillo della tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juillet.) — L'expectoration comme moyen de culture pour le bacille de la tuberculose.

Kneass (S.) et **Sailer** (J.). Note upon the agglutination and pathogenicity of the Bacillus subtilis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juin.)

Rosenberger (R.). Bacteriology of the blood. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mai.) — La bactériologie du sang.

Schottmüller (H.). Die Artunterscheidung der für den Menschen pathogenen Streptokokken durch Blutagar. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 et 26 mai.) — La différenciation des streptocoques pathogènes pour l'homme au moyen du sang gélosé.

GÉNÉRALITÉS

Bordier (H.). Précis de physique biologique. 2e éd. In-16, 655 p. avec fig.

Diverneresse (Ch.). Les lacunes de la loi [française] sur les accidents du travail. 5e éd. In-8°, 159 p.

Fallier. Etablissements hospitaliers en Islande. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

Grasset (J.). Deux conférences sur l'alcoolisme : l'alcoolisme insidieux et inconscient; l'alcool aliment et poison. In-8°, 112 p. Montpellier.

Medizinal-statistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. VIII, fasc. 1er. In-4°, 120 p. avec carte. Berlin. — Statistiques médicales publiées par l'Office sanitaire impérial [allemand].

Monod (H.). L'assistance médicale obligatoire en France (3e, 4e et 5e années, 1897, 1898, 1899). In-8°, 351 p. Melun. Impr. administrative.

Nectoux (A.). Manuel d'assistance médicale gratuite. 2e éd. In-18, 154 p.

Tonin (R.). Notes historiques sur la rage en Egypte. In-8°, 7 p. Le Caire.

23e ANNÉE. — N° 33. Vingt centimes le numéro. 19 AOUT 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Hygiène publique. — Les hôpitaux de contagieux constituent-ils des centres d'infection pour le voisinage ? par M. le docteur F. Farnarier........ 269

Littérature médicale : *Publications françaises.* De l'état fonctionnel du membre supérieur après la résection totale de l'omoplate pour néoplasmes........ 273
Le Bacillus subtilis comme cause de la panophtalmie chez l'homme........ 274
Sarcome primitif de la cornée........ 274
Publications allemandes. — La fonction du corps jaune........ 274
Des papillomes multiples du larynx chez les enfants........ 274
Tumeur rare de la muqueuse nasale........ 275
Un nouveau signe de grossesse multiple... 275
Publications anglaises. — Les abcès sous-phréniques en tant que complication de l'appendicite........ 275
Le mécanisme du travail et l'intervention instrumentale quand la tête est retenue en position transversale au détroit supérieur........ 275
Sensations durant l'asphyxie par submersion........ 275
Le diagnostic et le traitement des diverses formes de synovite septique........ 276
Publications italiennes. — Inoculation au lapin d'un sarcome cutané de type Kaposi........ 276
La fièvre hystérique........ 276
Sur les granulations basophiles des hématies humaines........ 276
Un cas rare de kyste hydatique suppuré du foie........ 276

Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès sous-phréniques en tant que complication de l'appendicite........ 275^2
Affections contagieuses et leur propagation autour des hôpitaux........ 269^1
Appendicite compliquée d'abcès sous-phréniques........ 275^2
Asphyxie par submersion et sensations qu'elle procure........ 275^3
Bacillus subtilis comme cause de la panophtalmie chez l'homme........ 274^1
Choc des têtes fœtales en cas de grossesse multiple........ 275^1
Coqueluche et sa propagation autour des hôpitaux de contagieux........ 269^1
Corps jaune et sa fonction........ 274^2
Diphtérie et sa propagation autour des hôpitaux de contagieux........ 269^1
Etat fonctionnel du membre supérieur après résection totale de l'omoplate pour néoplasmes........ 273^3
Fièvre hystérique........ 276^2
Granulations basophiles des hématies humaines........ 276^3
Grossesse et fonction du corps jaune........ 274^2
— multiple et son diagnostic........ 275^1
Hématies humaines et leurs granulations basophiles........ 276^3
Hôpitaux de contagieux et risques de contamination pour le voisinage........ 269^1
Hystérie et hyperthermie........ 276^2
Intervention instrumentale pour tête retenue transversalement au détroit supérieur.... 275^2
Kyste hydatique suppuré du foie ayant émigré à travers la paroi abdominale........ 276^3
Lymphangiome de la muqueuse nasale........ 275^1
Mécanisme du travail quand la tête est transversalement retenue au détroit supérieur. 275^2
Panophtalmie chez l'homme et rôle du Bacillus subtilis........ 274^1
Papillomes multiples du larynx chez les enfants........ 274^3
Résection totale de l'omoplate pour néoplasmes et état fonctionnel du membre supérieur........ 273^3
Rougeole et sa propagation autour des hôpitaux de contagieux........ 269^1
Sarcome cutané de type Kaposi inoculé avec succès au lapin........ 276^1
— primitif de la cornée........ 274^1
Scarlatine et sa propagation autour des hôpitaux de contagieux........ 269^1
Submersion et sensations durant l'asphyxie. 275^3
Synovites septiques et leurs diverses formes 276^1
Traitement des néoplasmes de l'épaule...... 273^3
— des papillomes multiples du larynx chez les enfants........ 274^3
— des synovites septiques........ 276^1
— du sarcome primitif de la cornée........ 274^1
Tumeur rare de la muqueuse nasale........ 275^1

VARIA

Etablissement de tables nationales de mortalité et de morbidité en France et en Allemagne.

Il est à croire que l'on possédera bientôt des tables de mortalité et de morbidité basées sur des chiffres extrêmement considérables, tables dont l'utilité n'est pas à démontrer pour toutes les études touchant à l'hygiène publique et à la démographie.

En effet, la place de plus en plus importante qu'occupent les questions d'assistance et d'assurance dans les préoccupations des pouvoirs publics a eu pour conséquence la nécessité d'établir des tables étendues de mortalité et de morbidité, qui seules rendent possibles des prévisions ayant un degré suffisant de certitude; et c'est ainsi que deux grands Etats — la France et l'Allemagne — ont inscrit à leurs derniers budgets des crédits spéciaux pour l'établissement de pareilles tables; on espère qu'en France le travail pourra être terminé à la fin de la présente année.

On ne disposait jusqu'ici que des tables publiées par diverses Compagnies d'assurance sur la vie et des statistiques municipales dressées par nombre de grandes villes. Ces sources de renseignement étaient assurément fort précieuses, mais il est incontestable que des statistiques portant sur la population entière d'un grand pays, au double point de vue de la mortalité et de la morbidité, amèneront à des résultats bien autrement précis.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur K. F. Wenckebach, professeur à la Faculté de médecine de Groningue, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. B. J. Stokvis, décédé.

Faculté de médecine de Berne. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Otto Oesterle, privatdocent de pharmacologie.

Faculté de médecine de Cadix. — M. le docteur Luis Blanco Rivero est nommé professeur d'anatomie topographique.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Georg Fleck est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Otto Cohnheim, privatdocent de physiologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur C. Arkhanguelsky, privatdocent à la Faculté de médecine d'Odessa, est nommé professeur de pharmacologie, en remplacement de M. Dogel.

Faculté de médecine de Kharkov. — M. le docteur Guéorguievsky, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur extraordinaire de médecine interne.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Emil Kräpelin, professeur à la Faculté de médecine de Heidelberg, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. A. Bumm, décédé.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Domenico Morisani, professeur à la Faculté de médecine de Sienne, est nommé professeur ordinaire de pathologie externe.

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur N. A. Chtchégolev, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur de pathologie externe.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Achille Sclavo, professeur extraordinaire d'hygiène, est nommé professeur ordinaire.

Middlesex Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur J. Strickland Goodall est nommé lecteur de physiologie.

University of Maryland School of Medicine de Baltimore. — M. le docteur John C. Hemmeter est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Francis T. Miles, démissionnaire.

College of Physicians and Surgeons de Chicago. — M. le docteur Frank B. Earle, professeur d'obstétrique, est nommé professeur de pédiatrie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THESES DE TOULOUSE

Abadie (P.). De la gangrène gazeuse foudroyante suraiguë et de son traitement par le gaz oxygène.

Adroqué (A.). Contribution à l'étude du pouls lent permanent avec respiration de Cheyne-Stokes et attaques épileptiformes.

Alayrac (J.). Etude clinique sur les corps étrangers des voies aériennes supérieures chez l'enfant.

Argaud (R.). Recherches sur la structure des artères chez l'homme.

Aubry (L.). De la chorée rythmique hystérique consécutive à la chorée de Sydenham.

Audonnet (G.). Contribution à l'étude sur les effets du sérum de Trunecek.

Belzons (G.). Quelques causes d'erreur dans le diagnostic des malformations du membre inférieur chez l'enfant.

Bonnaves (F.). Etude statistique sur la mortalité infantile de la première année à Toulouse, de 1893 à 1902 (déductions prophylactiques).

Brandala (A.). Les formes curables du délire de Lasègue.

Clarens (J.). Etudes critiques des différentes théories sur l'origine de l'urobiline.

Cougoule (L.). De la relation d'une petite épidémie de variole qui a régné à Toulouse en hiver et au printemps 1902-1903.

Dargein (J.). Etude anatomique et considérations pathogéniques sur la gémellité.

Dartigues (J.). Contribution à l'étude du métavanadate de soude.

Descrimes (Marie). Traitement chirurgical du trachome.

Dollard (H.). L'adrénaline et ses applications thérapeutiques.

Ducourthial (E.). Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal prolongé.

Ferrié (L.). Quelques considérations sur une épidémie de diphtérie à Toulouse.

Fraysse (C.). Contribution à l'étude sur le délire à deux.

Gabarret (C.). Contribution au radiodiagnostic; sa technique à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Garipuy (E.). Du rapport des taies de la cornée avec la myopie.

Laurens (P.). Contribution à l'étude des polynévrites syphilitiques.

Lemerle (G.). Contribution à l'étude de la cyanose congénitale sans signes d'auscultation.

Le Ridant (J.). L'hystérie avant l'âge de deux ans.

Longeau-Lagrange (L.). Etude sur la pathogénie de l'esthiomène; ses rapports avec la stase lymphatique.

Maurette (Marie). De l'anesthésie générale en obstétrique par le chlorure d'éthyle pur.

Maurin (E.). L'otomycose et son traitement curatif par le permanganate de potassium.

Pès-Larrive (J.). Le fascia superficialis.

Peyrac (L.). De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées de moins de quinze ans.

Pince (R.). Contribution à l'étude des abcès de la rate dans la fièvre typhoïde.

Pons (F.). Sur quelques points de la tétanie infantile (étude diagnostique).

Raspide (L.). De la valeur clinique de la lévulosurie alimentaire dans les affections du foie.

Tarrène (J.). Contribution à l'étude des thromboses aortiques dans la fièvre typhoïde.

Utéza (F.). Contribution à l'étude de la polynévrite tuberculeuse.

Vaquier (L.). Trépanation large du sinus maxillaire par voie endo-nasale.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Berry (R. A.). The transverse sectional anatomy of the thorax. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Cushing (H.). The taste fibers and their independence of the N. trigeminus. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, mars-avril.) — Les fibres gustatives et leur indépendance du trijumeau.

Laidlaw (P.). Some peculiar features in a temporal bone. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.) — Quelques caractères particuliers d'un os temporal.

Le Damany (P.). Contre l'homologie de l'olécrâne et de la rotule. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Macalister (G. K.). Rudimentary condition of the carotid canal. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.)

McCarthy (D. J.). The formation of hemolymph glands from adipose tissue in man. (*Journ. of Med. Research*, mai.) — La formation des glandes hémolymphatiques aux dépens du tissu graisseux chez l'homme.

Nabarro (D. N.). Two hearts showing peculiarities of the great veins. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.) — Deux cœurs avec particularités des grosses veines.

Parsons (F. G.). On the meaning of some of the epiphyses of the pelvis. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.) — La signification de quelques épiphyses pelviennes.

Robinson (B.). The pelvic ureter; the pelvic floor segment (the visceral, mobile, or converging segment). (*Amer. Practitioner and News*, 1er-15 mai.) — La portion de l'uretère appartenant au plancher périnéal.

Smith (G. E.). Notes on the morphology of the cerebellum. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.)

PHYSIOLOGIE

Amann (J.). L'origine et le sort des dérivés aromatiques dans l'organisme. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Camus (L.). Etude expérimentale de l'influence des variations d'altitude sur la pression sanguine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Cavazzani (E.). Il nucleone nello sperma; 2a nota. (*Gazz. degli Osped.*, 28 juin.)

Hill (L.) et **Macleod** (J. R.). On the influence of compressed air on the respiratory exchange. (*Journ. of Physiol.*, juin.) — Influence de l'air comprimé sur les échanges respiratoires.

Hoorweg (J.-L.). Sur l'excitation électrique des nerfs. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Pavy (F. W.), **Brodie** (T. G.) et **Siau** (R. L.). On the mechanism of phloridzin glycosuria. (*Journ. of Physiol.*, juin.)

Pugliese (A.). Etude sur la réalimentation : le poids du foie et la fonction glycogénétique du foie et des muscles dans les premiers jours de la réalimentation. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Revenstorf. Ueber traumatische Rupturen des Herzens, mit besonderer Berücksichtigung des Mechanismus ihrer Entstehung. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 4.) — Les ruptures traumatiques du cœur, surtout au point de vue du mécanisme de leur production.

Ribbert (H.). Zur Pathologie des Wurmfortsatzes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juin.) — Contribution à l'anatomie pathologique de l'appendice.

Schablowski. Die Veränderungen des Knorpels bei tuberculöser Gelenkentzündung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 3.) — Les altérations du cartilage dans l'arthrite tuberculeuse.

Speroni (D.). Enfermedad de Addison y tuberculosis de las cápsulas suprarenales. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Spiller (W. G.) et **Hendrickson** (W. F.). A report of 2 cases of multiple sarcomatosis of the central nervous system and of one case of intramedullary primary sarcoma of the spinal cord. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Deux cas de sarcomes multiples du système nerveux central et un cas de sarcome primitif intramédullaire.

Villard (H.). Examen anatomique d'un œil atteint d'ulcère de la cornée avec hypopyon. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

MÉDECINE

Leyden (E. von) et **Klemperer** (G.). Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. 2e éd. T. Ier. In-8o, 502 p. Leipzig. — Manuel de thérapeutique alimentaire et de diététique.

Maixner (E.). Pathogenesa arhythmii srdecnich. (*Sbornik klinicky*, IV, 5.) — Pathogénie des arythmies cardiaques.

Nichols (J. B.). Acute leukemia. (*Amer. Medicine*, 23 mai.)

Nizzoli (A.). Il fegato infettivo acuto in una forma morbosa non ancora cognita. (*Gazz. degli Osped.*, 28 juin.)

Pal (J.). Venengeräusch an der rechten Lungenspitze, entstanden in der Vena azygos; paroxysmale Tachykardie. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 11 juillet.) — Bruit veineux au niveau du sommet pulmonaire droit, engendré dans la veine azygos.

Pleasants (J. H.). Traumatic pericarditis, endocarditis and myocarditis. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, mai.)

Rossel (O.). Beitrag zum Nachweis von Blut bei Anwesenheit anderer anorganischer und organischer Substanzen in klinischen und gerichtlichen Fällen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 6.) — Contribution à la recherche du sang en présence d'autres substances organiques ou inorganiques, au point de vue clinique et médico-légal.

Sänger (A.). Ueber zirkumskripte tuberkulöse Meningitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin.)

Scheube (B.). Die Krankheiten der warmen Länder. 3e éd. In-8o, 790 p. avec fig. et planches. Iéna. — Les maladies des pays chauds.

Schill (E.). Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1902. In-8o, 278 p. Leipzig. — Revue des progrès réalisés dans le diagnostic des maladies pendant l'année 1902.

Schmidt (H.), **Friedheim** (L.), **Lamhofer** (A.) et **Donat** (J.). Diagnostisch-therapeutisches Vademecum. 6e éd. In-12, 417 p. Leipzig.

Schulz (O.) et **Müller** (L. R.). Klinische, physiologische und pathologisch-anatomische Untersuchungen an einem Fall von hochgradigem Ascites bei Pfortaderthrombose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVI, 6.) — Recherches cliniques, physiologiques et anatomo-pathologiques sur un cas d'ascite considérable par thrombose de la veine porte.

Squire (J. E.). The « physiological » difference between the two sides of the chest in the physical signs obtained over the upper part of the lung. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mai.) — La différence « physiologique » entre les deux côtés du thorax au point de vue de l'auscultation des sommets pulmonaires.

Starck (H.). Die Erkrankungen der Speiseröhre. In-8o, 46 p. Wurtzbourg. — Les maladies de l'œsophage.

Stengel (A.). Syphilis of the lungs simulating pulmonary tuberculosis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.) — Syphilis pulmonaire simulant la tuberculose.

Thomayer (J.). Orthostatická tachykardie. (*Sbornik klinicky*, IV, 5.)

Tzypkine (S.) et **Chepelévitch** (V.). Un cas d'anémie splénique s'étant transformée en leucémie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 9.)

Wolff (A.). Ueber Diabetes insipidus. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Austregesilo (A.). Disposição segmentaria de certos signaes cutaneos na febre amarella. (*Brazil-medico*, 1er juin.) — La disposition segmentaire de quelques manifestations cutanées dans la fièvre jaune.

Canabal (J.). Epidemiología del Uruguay (1896-1899). In-8o, 207 p. avec graphiques. Montévidéo.

Chaille (S. E.). The stegomyia and fomites. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mai.) — *Stegomyia* et substances servant d'agents de transmission des maladies infectieuses.

Coleman (W.) et **Ewing** (J.). A case of septicemic glanders in the human subject. (*Journ. of Med. Research*, mai.) — Un cas de morve septicémique chez l'homme.

Daland (J.). A case of bubonic plague, with exhibition of the bacillus. (*Amer. Medicine*, 4 avril.) — Un cas de peste bubonique.

Giudiceandrea (V.). Ricerche ematologiche nella febbre tifoide. (*Policlinico*, partie méd., X, 6.)

Mendonça (A.). Febre amarella. In-8°, 136 p. S. Paulo. — La fièvre jaune.

Olivi (E. R.). Memorie ed osservazioni sopra due casi di carbonchio ematico. In-8°, 14 p. Pesaro.

Patton (J. M.). Streptococcus and staphylococcus bronchitis. (*New York Med. Journ.*, 28 mars.)

Sörensen. Fieber und Krankheitsbild der epidemischen Cerebrospinalmeningitis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 1.) — La courbe thermique et le tableau clinique de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Stowell (W. L.). An unusually long (20 weeks) case of relapsing typhoid fever. (*New York Med. Journ.*, 16 mai.) — Un cas de fièvre typhoïde à rechutes, d'une durée insolite (vingt semaines).

Trimble (I. R.). Tetanus. (*Amer. Medicine*, 4 avril.)

Weir (J.). Traumatism as a factor in the etiology of pulmonary tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mai.)

Weiss (S.). Die Jodreaktion im Blute bei Diphtherie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 1.) — La réaction iodophile du sang dans la diphtérie.

Yates (J. L.). Peritonitis in typhoid fever without perforation, with report of one case caused by the Bacillus typhosus and another simulating acute appendicitis. (*Amer. Medicine*, 2 mai.) — Péritonite dans la fièvre typhoïde sans perforation.

Young (G. B.). Amœbic dysentery. (*Amer. Practitioner and News*, 1er-15 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Annali della Clinica delle malattie mentali e nervose dell'Università di Palermo. T. II. (1900-1902). In-8°, 375 p. avec fig. et planches. Palerme.

Newmark (L.). Ein Fall von primärem tonischem Gesichtskrampf mit Muskelwogen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.) — Un cas de spasme facial tonique primitif avec ondulations musculaires.

Pfister (H.). Ueber das Gewicht des Gehirns und einzelner Hirnteile beim Säugling und älteren Kinde. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.) — Le poids du cerveau et des diverses portions de l'encéphale chez le nourrisson et chez les enfants plus âgés.

Piltz (J.). Ueber neurotonische Pupillenreaction. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.)

Redlich (E.). Zur Frage der Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Psychosen. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 mai et 6 juin.) — Des rapports entre le diabète sucré et les psychoses.

Reichardt (M.). Ueber angeborene Pupillenstarre. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Immobilité congénitale de la pupille.

Rohác (C.). Poznámky o prognose pri tabes dorsalis. (*Sbornik klinicky*, IV, 4.)

Römheld. Ein Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und organischen Nervenaffektionen. (*Deutsche Praxis*, 25 juin.) — Contribution à l'étude des rapports entre les accidents et les affections organiques du système nerveux.

Rosenfeld (M.). Zur Symptomatologie der peripheren Facialislähmung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.) — Contribution à la symptomatologie de la paralysie faciale périphérique.

Rothmann (M.). Ueber Contractur des Sphincter iridis lichtstarrer Pupillen bei Accommodation- und Convergenzreaction. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.) — Pupilles ne réagissant pas à la lumière, avec contracture du sphincter irien dans les réactions d'accommodation et de convergence.

Ryba (J.). O migrene ofthalmoplegické. (*Sbornik klinicky*, IV, 5.)

Schäffer (E.). Zur Casuistik der Akromegalie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.)

Schönborn (S.). Die Cytodiagnose des Liquor cerebrospinalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.)

Senator (H.). Deux cas de sarcome de la moelle épinière (en russe). (*Prakt. Vratch*, 14 juin.)

Sirot (O.). Note sur la nature de l'hystérie. In-8°, 28 p. Beaune.

Soukhanoff (S.). Constitution idéo-obsessive comme forme psycho-pathologique autonome. (*Rev. neurol.*, 30 juin.)

Spiller (W. G.) et **Frazier** (Ch. H.). An experimental study on the regeneration of posterior spinal roots. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juin.) — Recherches expérimentales sur la régénération des racines spinales postérieures.

Vitek (V.). Svalové atrofie u hemiplegiku. (*Sbornik klinicky*, IV, 4.) — Atrophies musculaires chez les hémiplégiques.

Weisenburg (T. H.). A consideration of the facial reflexes and nerve and muscle phenomena in the distribution of the fifth and seventh nerves. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.) — Réflexes de la face et phénomènes nerveux et musculaires dans le domaine de la cinquième et de la septième paire.

Wieting (J.). Beitrag zur Frage des allgemeinen Riesenwuchses. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 mai.) — Contribution à l'étude du gigantisme total.

CHIRURGIE

Eicken (von). Entfernung eines Knochenstückes aus einem Bronchus des rechten Unterlappens auf natürlichem Wege. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juin.) — Extraction d'un fragment d'os d'une bronche du lobe pulmonaire inférieur droit par la voie naturelle.

Henry (F. P.). Report of a case of pulsating empyema necessitatis, with 3 strongly pulsating tumors. (*New York Med. Journ.*, 9 mai.) — Un cas d'empyème pulsatile de nécessité, et trois observations de tumeurs fortement pulsatiles.

Hessing (F.) et **Hasslauer** (L.). Orthopädische Therapie. In-8°, 238 p. avec fig. Vienne.

Heurtaux (A.). Recherches sur quelques points de l'histoire clinique du cancroïde ou épithéliome pavimenteux. In-8°, 40 p.

Hopmann. Eine seltene Mediastinalgeschwulst (endothorazischer Riesenkropf). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 4.) — Une tumeur rare du médiastin (goitre gigantesque intra-thoracique).

Imbert (A.) et **Gagnière** (J.). Des atrophies osseuses calcaires consécutives à un traumatisme. (*Rev. de chir.*, juin.)

Ito (H.) et **Sinnaka** (S.). Zur Kenntnis der Myositis infectiosa in Japan. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 2-4.)

Jeannel. La hernie lombaire. In-8°, 143 p. avec fig.

Karschulin (A.). Ruptur der Gallenblase durch Sturz von einer Höhe; Etablierung einer Gallenblasen-Bauchwandfistel; Heilung. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 juin.) — Rupture de la vésicule biliaire par chute d'un lieu élevé; établissement d'une fistule entre la vésicule et la paroi abdominale; guérison.

Kehr (H.). Die chirurgische Behandlung des akuten und chronischen Choledochusverschlusses durch Stein und Tumor. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 juin.) — Le traitement chirurgical de l'occlusion aiguë ou chronique du cholédoque par calcul ou par tumeur.

Kertész (J.). Zur Frage vom Mechanismus der Darmstrangulation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juin.) — Le mécanisme de l'étranglement intestinal.

Langemak (O.). Die Entstehung der Hygrome. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 4.) — L'origine des hygromas.

Lengemann (P.). Unblutige Behandlung der Dupuytren'schen Fingercontraktur. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juin.) — Traitement non sanglant de la contracture de Dupuytren.

Madruzza (G.). Un anno di chirurgia operativa nell'Ospedale civile di Sanseverino Marche; resoconto statistico e note cliniche. In-8°, 79 p. Sanseverino Marche.

Marchetti (O.). Le rotture traumatiche sottocutanee dello stomaco. (*Clinica moderna*, 24 juin et 1er juillet.)

Mayo (W. J.). A study of 534 operations upon the gall-bladder and bile-passages. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 21 mai.) — 534 interventions sur la vésicule et les conduits biliaires.

Müller (G.). Zur Kasuistik und Statistik der Patellarfrakturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 3.)

Pacheco Mendes. Sur un procédé pour aborder les abcès sous-diaphragmatiques du foie. (*Rev. de chir.*, juin.)

Péraire (M.). Calculs biliaires dans le canal cystique, dans le canal cholédoque et dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la vésicule biliaire; cholécystectomie suivie de cysticostomie immédiate; guérison. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Potter (E. S.). Suprascrotal operation for varicocele, with ligature of the spermatic artery. (*New York Med. Journ.*, 2 mai.)

Reclus (P.). L'anesthésie localisée par la cocaïne. In-18, 280 p. avec fig.

Régnault (J.). Gangrènes et phlegmons gazeux sans vibrion septique. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Róbin (W.). Ein Fall von toxischer Gastritis und Pylorusstenose infolge von Vergiftung durch Salpetersäure; Gastroenterostomie; Genesung. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 mai.) — Un cas de gastrite et de sténose du pylore, consécutif à un empoisonnement par l'acide azotique; gastro-entérostomie; guérison.

Sibley (W. K.), **Lane** (W. A.) et **Rowell** (G.). Case of pyopericarditis; pyopneumo-pericardium; pneumococcus pyaemia. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mai.)

Ssaweljew (N.). Hepatoptose, Verlagerung der Leber (Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Behandlung). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 3.)

Stumme (E. G.). Ueber die symmetrischen kongenitalen Bauchmuskeldefekte und über die Kombination derselben mit anderen Bildungsanomalien des Rumpfes (Hochstand, Hypertrophie und Dilatation der Blase, Ureterendilatation, Kryptorchismus, Furchennabel, Thoraxdeformität). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 4.) — Défauts congénitaux symétriques dans les muscles abdominaux et leur association avec d'autres malformations du tronc.

Tavel. Die Anwendung der Gelatine zur Verhütung postoperativer Hämatome. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — L'emploi de la gélatine pour éviter des hématomes post-opératoires.

Tilmann. Ueber Unterkieferresektionen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juin.) — Résections du maxillaire inférieur.

Tremontani (E.). Sopra un caso di granuloma ombellicale da cisti dermoide in un adulto. (*Morgagni*, juin.)

Tzviétaïev (A.). Traitement des plaies suppurées par des pulvérisations de solutions de bicarbonate ou de benzoate de soude (en russe). (*Prakt. Vratch*, 28 juin.)

Vanverts (J.). L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. (*Nord méd.*, 1er juillet.)

Vautrin. Contribution à l'étude de l'exclusion de l'intestin. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Viscardi (G.). Contributo alla cura radicale dell'idrocele con la esteriorizzazione del testicolo alla Longuet. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juillet.)

Wiener (J.). The relation of cholelithiasis to acute pancreatitis. (*New York Med. Journ.*, 16 mai.)

UROLOGIE

Berndt. Ein eigenartiger Fall von Blasentumor. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Un cas singulier de tumeur de la vessie.

Burrage (W. L.). Report of a case of tubercular pyelonephritis, ureteritis and cystitis; weight of kidney after removal eighteen and one-half ounces. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Pyélonéphrite, urétérite et cystite tuberculeuses; le rein malade pesant 555 grammes.

Engelbreth (C.). Urethralinjektionernes teknik. (*Hospitalstidende*, 1er juillet.)

Krüger (C.). Bemerkungen zur « Blasensteinzertrümmerung mit nachfolgender Aspiration ». (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 3-4.) — Remarques sur la « lithotritie avec aspiration consécutive ».

Pousson (A.). Lésions traumatiques de l'urèthre. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 5 juillet.)

OPHTALMOLOGIE

Broca (A.) et **Sulzer** (D.). Inertie du sens visuel des formes; étude des lumières brèves au point de vue de l'acuité visuelle [2e mémoire]. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Chance (B. K.). The ocular complications of variola. (*Amer. Medicine*, 18 avril.)

Jensen (E.). Om xerophthalmi hos smaabörn. (*Hospitalstidende*, 22 juillet.) — Xérophtalmie chez les nouveau-nés.

Lima (I. A. Pires de). Estudos sobre a conjunctivite granulosa. (*Thèse de Porto.*)

Saril (H. D.). On the general characteristics of corneal astigmatism. (*New York Med. Journ.*, 28 mars.)

Schilling (R.). A contribution to the pathology of anomalies of the vessels and the formation of stripes in the retina. (*Arch. of Ophthalmol.*, mai.) — Contribution à la pathologie de certaines anomalies vasculaires et à la formation de stries dans la rétine.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bennecke (A.). Neuere Bestrebungen bei der Behandlung des Puerperalfiebers. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Nouvelles tendances dans le traitement de la fièvre puerpérale.

Biagi (N.). Ueber das Uterus-Papilloma. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 3-4.)

Bonnet (R.). Ueber Syncytien, Plasmodien und Symplasma in der Placenta der Säugetiere und des Menschen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Bovée (J. W.). Objections to the vaginal route in the treatment of ectopic gestation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Objections que l'on peut faire à l'emploi des opérations vaginales dans le traitement de la grossesse ectopique.

Brothers (A.). Report of a case of cyst of the round ligament. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Campione (F.). Intorno ad un caso di ematocolpo superiore ed ematometra cervicale (arresto di sviluppo della vagina ed assenza d'imene). (*Arch. di ostet. e ginecol.*, juin.)

Dickinson (R. L.). « Accouchement forcé ». (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Minciotti (G.). Un caso di mestruazione precoce ereditaria. In-8°, 8 p. Foligno.

Monzardo (G.). Sulla cura delle infezioni puerperali. (*Gazz. degli Osped.*, 28 juin.)

Nussbaum. Ueber lange anhaltende Funktion der Milchdrüsen. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mai.) — Fonctionnement prolongé des glandes mammaires.

Osterloh (P.). Verletzungen der Gebärmutter. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mai.) — Traumatismes de la matrice.

Simon (M.). Ueber vaginalen Kaiserschnitt (Hysterotomia vaginalis anterior). (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mai.)

Theilhaber (A.). Die Anwendung der sogenannten vegetarischen Diät in der Praxis des Frauenarztes. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mai.) — L'emploi du régime dit végétarien dans la pratique gynécologique.

Thorn (W.). Zur Therapie der Extrauterinschwangerschaft. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mai.) — Le traitement de la grossesse extra-utérine.

Vogelius (L. S.). Om ovariale dermoïder. (*Ugeskrift for Læger*, 26 juin.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Guttman (J.). A case of epidural abscess of otitic origin; operation; recovery. (*New York Med. Journ.*, 9 mai.)

Heine. Ueber die operative Behandlung der otitischen Thrombose des Sinus transversus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 3.)

Königstein (M.). Ein Fall von primärem Trommelfellabscess. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 juin.) — Un cas d'abcès primitif du tympan.

Kutvirt (O.). Cysta dermoidálni korene nosu. (*Sbornik klinicky*, IV, 4.) — Kyste dermoïde de la racine du nez.

Potts (B. H.). The indications for operative intervention in middle-ear suppuration. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Les indications de l'intervention opératoire dans les cas d'otite moyenne purulente.

Réthi (L.). Zur Behandlung des nervösen Schnupfens. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 juin.) — Traitement du coryza d'origine nerveuse.

Sargnon. Un cas de sténose cicatricielle laryngée et staphylo-pharyngée; du tubage dans les sténoses fibreuses du larynx. (*Lyon méd.*, 17 mai.)

Swain (H. L.). The lymphatic system and the tonsils. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Thost (A.). Neuere Erfahrungen über das Wesen und die Behandlung des Heufiebers. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin.) — Nouvelles recherches sur la nature et sur le traitement de la fièvre de foin.

HYGIÈNE

Combemale et **Debierre**. Résultats d'un essai de sanatorium suburbain pour tuberculeux à Lille. (*Echo méd. du Nord*, 5 juillet.)

Corazza (S.). Degli spedali secondo le moderne esigenze dell'igiene. In-8°, 19 p. avec fig. Assisi.

Giuntoli (L.). Igiene. In-8°, 220 p. Florence.

King (H. M.). The sanatorium treatment of tuberculosis. (*Med. News*, 4 et 11 juillet.)

Mialaret. De l'expertise de la viande dans les corps de troupe par le médecin militaire. In-8°, 60 p.

Ravenel (M. P.) et **Gilliland** (S. H.). Experiments in disinfection with formaldehyd gas. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.)

Sauvain (F.). De la fabrication des conserves de viande. In-8°, 80 p. avec fig.

Trotter (R. S.). The so-called anthracosis and phthisis in coal miners. (*Brit. Med. Journ.*, 23 mai.) — L'anthracose et la phtisie pulmonaire chez les mineurs.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Corning (J. L.). The use of compressed air to enhance and prolong the action of remedies on the cerebro-spinal axis: synopsis of experiences in applying the method over 6000 times. (*Amer. Medicine*, 4 avril.) — L'emploi de l'air comprimé pour augmenter et prolonger l'action des médicaments sur l'axe cérébro-spinal.

Einhorn (M.). Die Behandlung von Magen- und Duodenalblutungen. (*Deutsche Praxis*, 10 juillet.) — Traitement des hémorrhagies gastriques et duodénales.

Lemoine (G.). Technique et indications des médications usuelles. In-18, 544 p.

Manquat (A.). Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie. T. II: modificateurs de la circulation, de l'appareil respiratoire, du système nerveux, de la peau, de la sécrétion lactée, de l'appareil urinaire, de l'appareil génital; agents thérapeutiques sans élection fonctionnelle; pharmacologie. 5e éd. In-8°, 1161 p.

M'Bride (P.). Experiments with Dunbar's hay fever toxine and antitoxine. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.) — Expériences sur la toxine et l'antitoxine de la fièvre de foin.

Mitulescu (J.). Die Vorteile der combinirten Behandlung bei der chronischen Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 mai.) — Les avantages du traitement combiné de la tuberculose chronique.

Pollatschek (A.). Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1902. In-8°, XXXII-348 p. Wiesbaden. — Les progrès réalisés en thérapeutique pendant l'année 1902.

Prandi (A.). La sciatica curata colle iniezioni locali di antipirina. (*Gazz. degli Osped.*, 28 juin.)

Smith (J. E.). The treatment of pneumonia. (*Amer. Practitioner and News*, 1er-15 avril.)

Stavsky (V.). Emploi de l'atropine contre l'occlusion intestinale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LIX, 9.)

Tei (B.). Avvertenze per la conservazione dei medicamenti. In-8°, 86 p. Milan. — Précautions à prendre pour la conservation des médicaments.

ELECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Buchanan (Th. J.). The curative powers of the X-rays upon lupus and malignant growths. (*Philadelphia Med. Journ.*, 25 avril.) — Le pouvoir curatif des rayons de Röntgen sur le lupus et les tumeurs malignes.

Cotton (W.). Some peculiarities of the X-ray image. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.) — Particularités de l'image radiographique.

Keen (W.) et **Sweet** (W. M.). A case of gunshot wound of the brain in which the Röntgen rays showed the presence of eight fragments of the bullet; localization by Sweet's method made operation inadvisable. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Un cas de blessure du cerveau par arme à feu, dans lequel la radioscopie montra la présence de huit fragments du projectile; opération contre-indiquée à la suite de l'examen d'après la méthode de Sweet.

Mills (Ch. K.) et **Weisenburg** (Th. H.). The effects on the nervous system of electric currents of high potential, considered clinically and medico-legally. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars et avril.) — Effets des courants électriques à haut potentiel sur le système nerveux, étudiés au point de vue clinique et médico-légal.

Park (R.). A report upon the physics and therapeutic value of cathode and ultra-violet rays, with references to the electromagnetic theory of light; an attempt to more clearly define the general character of these recently introduced agents in the treatment of cancer. (*Med. News*, 30 mai.)

Rainear (A. R.). The proper recognition of electrotherapeutics. (*Med. News*, 20 juin.)

Richmond (Ch. H.). A supposed sarcoma of the kidney cured by X-ray treatment. (*New York Med. Journ.*, 30 mai.) — Sarcome présumé du rein, guéri par la radiothérapie.

Rockwell (A. D.). The X-ray and the Finsen light in the treatment of lupus. (*Med. Record*, 11 avril.)

Rodman (W. L.) et **Pfahler** (G. E.). The present status of the treatment of superficial carcinoma and tuberculosis by means of the X-rays. (*Philadelphia Med. Journ.*, 13 juin.)

Rumpel (O.). Die Diagnose des Nierensteins mit Hilfe der neueren Untersuchungsmethoden. In-folio, 35 p. avec fig. et planches. Hambourg. — Le diagnostic des calculs du rein à l'aide des nouvelles méthodes de recherche.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Bellamy (R.). Notes on the selection of a climate for the treatment of tuberculosis. (*Med. News*, 11 juillet.)

Labat (A.). Climat et eaux minérales d'Autriche-Hongrie. In-8°, 93 p.

Meyer (G.). Die Beförderung von Kranken nach, in und von Kurorten. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 29 juin, 2 et 6 juillet.) — Du transport des malades aux stations thermales, à l'aller, pendant leur séjour et au retour.

Mladejovsky. Balneotherapie uplavice cukrové. (*Casopis lékaru ceskych*, 23 mai.) — Balnéothérapie du diabète.

BACTÉRIOLOGIE

Arloing (S.) et **Courmont** (P.). Les sérums agglutinant le bacille d'Eberth ont-ils la même action sur le bacille de Koch? (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Fitzpatrick (Ch. B.). The practical recognition of the tubercle bacillus in the sputum. (*New York Med. Journ.*, 4 avril.) — La recherche du bacille de la tuberculose dans les crachats.

Packard (Mary S.). An encapsulated diplococcus in mastoiditis. (*Journ. of Med. Research*, mars.)

Park (W. H.) et **Carey** (H. W.). The presence of the Shiga variety of dysentery bacilli in an extensive epidemic of dysentery, with notes upon the serum reactions obtained. (*Journ. of Med. Research*, mars.)

Strong (L. W.). Bacillus Shiga in an epidemic of diarrhea. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 mars.)

Weaver (G. H.). Bacteriological studies of the skin and throat in cases of scarlatina. (*Amer. Medicine*, 18 avril.) — Recherches bactériologiques sur la peau et sur le pharynx dans la scarlatine.

23e ANNÉE. — N° 34. Vingt centimes le numéro. 26 AOUT 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES. — M. le professeur Raymond : La neurofibrosarcomatose, variété particulière de sarcomatose primitive du système nerveux.... 277

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — L'empyème vrai du sinus maxillaire; diagnostic différentiel avec la sinusite maxillaire chronique par la mesure de la capacité du sinus (signe de Mahu) et par la diaphanoscopie 279
A propos d'un cas de farcin aigu........... 279
Note sur la courbature comme équivalent épileptique........ 279

Publications allemandes. — De l'influence de la phtisie pulmonaire sur la survie et la capacité au travail, et de la valeur du traitement dans les sanatoria populaires..... 279
De la résistance des animaux pendant la grossesse et l'état puerpéral à l'égard des infections ou des intoxications........... 280
Pyohémie d'origine nasale suivie de guérison........ 280
Procédé rationnel pour fixer le rein dans une position relativement normale........ 280
Une nouvelle opération contre le prolapsus utérin........ 281

Publications anglaises. — Neurofibromatose des nerfs de la langue (macroglossie neurofibromateuse) et de quelques autres nerfs de la tête et du cou........ 281
Un cas atypique de syphilis nasale chez un enfant; considérations sur les tumeurs syphilitiques du nez........ 281
Note sur quelques usages de l'acide picrique 281

Publications espagnoles. — Variole congénitale sans variole maternelle........ 281
Injections épidurales dans le traitement de la spermatorrhée........ 282

Publications hollandaises. — Carcinome et statistique........ 282
Tumeur chronique de la rate due à une thrombose de la veine porte........ 282
L'albuminurie et l'admission dans la marine néerlandaise........ 282

Publications polonaises. — De l'hématémèse chez les tabétiques........ 282
L'emploi du bleu de méthylène dans les affections des voies urinaires........ 282

Publications russes. — La pérityphlite........ 283
Sur la pathologie et le traitement de l'asthme 283
Blennorrhagie indolore « torpide »........ 283
Production artificielle d'une hydrocèle en vue de l'exemption du service militaire.. 283

Publications scandinaves. — Des injections salines dans les inflammations du péritoine. 283
Des hémorrhagies dues à l'ulcère de l'estomac et du duodénum; perforation du cœur par un ulcère de l'estomac........ 284
Colpo-hystérostomie pour incarcération de l'utérus gravide........ 284

Publications tchèques. — La tachycardie orthostatique........ 284
Un symptôme rare d'intoxication arsenicale 284

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide picrique et son emploi thérapeutique . 281^3
Affections des voies urinaires........ 282^3
Albuminurie et admission dans la marine néerlandaise........ 282^3
Appendicite........ 283^1
Asthme .... 283^2
Blennorrhagie indolore torpide........ 283^3
Bleu de méthylène contre les affections des voies urinaires........ 282^3
Carcinome et statistique........ 282^1
Colpo-hystérostomie pour incarcération de l'utérus gravide........ 284^2
Courbature comme équivalent épileptique... 279^3
Empyème vrai du sinus maxillaire et sinusite maxillaire chronique........ 279^1
Epilepsie et courbature........ 279^3
Farcin aigu........ 279^2
Grossesse et puerpéralité et résistance aux infections ou intoxications........ 280^2
Hématémèses chez les tabétiques........ 282^3
Hémorrhagies cutanées et intoxication arsenicale........ 284^3
Hydrocèle artificiellement provoquée........ 283^3
Incarcération de l'utérus gravide........ 284^2
Infections ou intoxications pendant la grossesse et la puerpéralité........ 280^2
Injections épidurales contre la spermatorrhée 282^1
— salines dans les péritonites........ 283^3
Intoxication arsenicale et hémorrhagies cutanées........ 284^3
Macroglossie neurofibromateuse........ 281^1
Néphropexie........ 280^3
Neurofibromatose des nerfs de la langue et de quelques autres nerfs de la tête et du cou........ 281^1
Neurofibrosarcomatose........ 277^1
Perforation du cœur par un ulcère de l'estomac........ 284^1
Péritonites........ 283^3
Prolapsus utérin........ 281^1
Pyohémie d'origine nasale suivie de guérison 280^2
Rein mobile........ 280^3
Sinusite maxillaire chronique et empyème vrai du sinus maxillaire........ 279^1
Spermatorrhée........ 282^1
Splénomégalie par thrombose de la veine porte........ 282^2
Syphilis nasale chez un enfant........ 281^2
Tabes et hématémèses........ 282^3
Tachycardie orthostatique........ 284^2
Traitement de la neurofibrosarcomatose.... 277^1
— de la spermatorrhée........ 282^1
— de l'asthme........ 283^2
— de la tuberculose dans les sanatoria et sa valeur au point de vue de la survie et de la capacité au travail........ 279^3
Traitement des affections des voies urinaires. 282^3
— des péritonites........ 283^3
— du prolapsus utérin........ 281^1
— du rein mobile........ 280^3
Tuberculose pulmonaire et son influence sur la survie et la capacité au travail........ 279^3
Tumeurs syphilitiques du nez........ 281^2
Ulcère de l'estomac et perforation du cœur. 284^1
Variole congénitale sans variole maternelle . 281^3

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur H. Thimmer est nommé privatdocent d'orthopédie.

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Richard Cassirer (*neurologie*); Ludwig Blumreich (*obstétrique et gynécologie*); Wilhelm Stöltzner (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Raffaele Brugia, privatdocent à la Faculté de médecine de Modène, est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Copenhague. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Waldemar Bie (*physiologie*); H. Strandgaard (*chirurgie*); H. P. T. Oerum (*chimie physiologique*).

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Imerio Monteverdi est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Paul Stolper, privatdocent à la Faculté de médecine de Breslau, est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Th. Ziehen, professeur à la Faculté de médecine d'Utrecht, est nommé professeur ordinaire de neurologie et de psychiatrie, en remplacement de M. E. Hitzig, démissionnaire.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Hans Arnsperger est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Madrid. — M. le docteur Tomás Maestro Pérez est nommé professeur de médecine légale et de toxicologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Vincenzo Casoli, privatdocent à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé privatdocent de dermatologie.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur G. Vladimirov est nommé privatdocent de pédiatrie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Karl Maydl, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur William Smoult Playfair, ancien professeur d'obstétrique au King's College de Londres. — M. le docteur Joseph Griffiths Swayne, ancien professeur d'obstétrique à l'University College de Bristol. — M. le docteur B. E. Hadra, ancien professeur de chirurgie à l'University of Texas de Galveston. — M. le docteur I. N. Love, ancien professeur de pédiatrie au Marion-Sims-Beaumont Medical College de Saint-Louis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE BORDEAUX

Arathoon. Etat actuel de la science sur la question de l'étiologie du cancer.

Barcelonne. Contribution à l'étude du début de l'évacuation du contenu gastrique dans l'intestin.

Boué. Localisation des lésions provocatrices de l'épilepsie jacksonienne à aura brachiale.

Bourges. De l'hystérectomie abdominale à Bordeaux dans le traitement du cancer de l'utérus.

Bourragué. Des sinusites maxillaires chez les enfants.

Boursier. Les flexions utérines dans leurs rapports avec la stérilité.

Capgrand. Le rhabdomyome pur; considérations sur sa pathogénie.

Carayon. Desquamation estivale en aires des mains.

Cavasse. Les dégénérés dans l'armée coloniale.

Cristol. Polypes adhérents de l'utérus.

Dartigalongue. Contribution à l'étude du pemphigus oculaire.

Deunff. Contribution à l'étude de la désarticulation de la hanche.

Drouillard. Les injections de quinine et, en particulier, les injections intra-musculaires de chlorhydrate neutre dans le traitement du paludisme.

Ernautène. Des transformations anatomiques des angiomes de l'orbite.

Faure. Des abcès de l'orbite (abcès primitifs et abcès secondaires).

Fistié. Du traitement marin à Roscoff.

Fleurian (de). L'anencéphale et ses réactions vitales.

Frontgous. De l'anesthésie générale rapide par le sœmnoforme.

Gautier. Sur un cas de pseudo-rhumatisme para-pneumonique.

Geniès. Quelques considérations sur les inventeurs (sains d'esprit, dégénérés, aliénés).

Girault. Contribution à l'étude clinique de la syphilis médullaire.

Goyon (de). Etude expérimentale et clinique de la conduction sensitive dans la moelle épinière.

Huot. Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la phloridzine.

Jauneau. Etude sur la morbidité vénérienne et les résultats de la réglementation prostitutionnelle à Brest.

Koun. De la kératomalacie.

Lacoste. Quelques recherches sur la fréquence des antécédents alcooliques chez les tuberculeux.

Laroche de Féline. Contribution à l'étude de la voie abdomino-diaphragmatique dans la chirurgie du cœur et du péricarde.

Lasserre. De la rupture des varices des veines du cordon.

Leblanc. Nouvelle méthode pour la diagnose du sang humain en médecine légale (réaction Bordet-Uhlenhuth).

Le Bouvier. Du traitement des tumeurs blanches par l'ignipuncture.

Le Guiner. De la valeur séméiologique des micro-hémangiomes.

Le Maitre. Recherches sur les procédés chirurgicaux de l'école bordelaise, des origines à la Révolution.

Le Roy. Cataractes compliquées; indications, contre-indications.

Lesoure. Du coryza atrophique ozénateux; essai sur un nouveau traitement par les injections interstitielles de paraffine.

Masse. Des différentes modalités de l'association hystéro-neurasthénique (formes associées et dissociées).

Maxwell. L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie.

Mercier. Considérations sur la variole et la vaccine à Bordeaux (1882-1902).

Mignard. De la syphilis tertiaire du naso-pharynx.

Mouzels. Etude clinique des complications orbitaires des dacryocystites.

Parrenin. Des cas de méningite tuberculeuse considérés comme guéris.

Piouffle. Le signe de Kernig dans les affections non méningitiques.

Primislas-Lallement. De l'amélioration et de la guérison spontanées du cancer.

Ratelier. Considérations sur le délire de la scarlatine.

Stanislas. De la suture au fil d'argent laissé à demeure dans la cure radicale des hernies.

Thélème. Contribution à l'étude hématologique du rhumatisme articulaire aigu, du rhumatisme chronique et de la chorée de Sydenham.

Thézé. Contribution à l'étude de la pathogénie de la paralysie rabique expérimentale.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Halban (J.). Die Entstehung der Geschlechtscharaktere. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juillet.) — L'origine des caractères sexuels.

Le Damany (P.). Un défaut de la hanche humaine. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Maas (O.). Einführung in die experimentelle Entwickelungsgeschichte (Entwickelungsmechanik). In-8°, 203 p. avec fig. Wiesbaden. — Introduction à l'étude de l'embryologie expérimentale (mécanisme du développement).

Poirier (P.). Quinze leçons d'anatomie pratique. 5e éd. In-18, 244 p. avec fig.

Schenk (F.) et **Austerlitz** (L.). Weitere Untersuchungen über das elastische Gewebe der weiblichen Genitalorgane. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 6.) — Nouvelles recherches sur le tissu élastique des organes génitaux de la femme.

Smith (G. E.). On the so-called « Gyrus hippocampi ». (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.) — Sur la « circonvolution de l'hippocampe ».

Waldeyer (W.) et **Posner** (C.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der Anatomie und Physiologie (Jahrgang 1902). In-8°, 316 p. Berlin. — Revue annuelle des travaux d'anatomie et de physiologie (année 1902).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Barratt (J. W.). The form relations of the dilated cerebral ventricles in chronic brain atrophy. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.) — Les formes des ventricules cérébraux dilatés dans l'atrophie chronique du cerveau.

Busse (O.). Histologische Untersuchungen über die Parametritis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Dickson (Th. G.). Concerning the nature of the small cysts frequently found in the peritoneum covering the Fallopian tubes. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — A propos de la nature des petits kystes que l'on trouve fréquemment dans le péritoine recouvrant les trompes de Fallope.

Matsuoka (M.). Ueber multiple Papillome der harnführenden und der harnbereitenden Wege der Niere. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 3-4.) — Papillomes multiples des conduits excréteurs et des conduits d'élaboration de l'urine.

Milian (G.) et **Bassuet** (M.). Le rein dans les cirrhoses bi-veineuses du foie. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Mooers (Emma W.). Extensive cavity formation in the central nervous system, presumably due to Bacillus aerogenes capsulatus. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 mars.) — Formation d'une vaste cavité dans le système nerveux central, sous l'influence probable du *Bacillus aerogenes capsulatus.*

Tcherwentzoff (A.-N.). Des altérations du foie à la suite d'inoculation du Bacterium coli et du bacille typhique. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 5.)

Zampilloni (G.). Metodo delle soluzioni definite per la colorazione alla Romanowski. (*Policlinico*, 27 juin.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Arloing (S.). Des troubles déterminés sur des sujets tuberculisés par des inoculations de bacilles de Koch en émulsion et par des injections de tuberculine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Cioffi (E.). Autointossicazioni sperimentali. (*Clinica moderna*, 22 juillet.)

McCrudden (F. H.). A new technic in metabolism experiments. (*Journ. of Med. Research*, mars.)

Tomasczewski (E.). Impfungen an Affen mit dem Erreger des Ulcus molle. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juin.) — Inoculations aux singes de l'agent pathogène du chancre mou.

Wunschheim (O. von). Ueber Hämolyse bei experimentellen Infektionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juin.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Claude (H.) et **Moog** (A.). Recherches sur les éliminations urinaires dans les néphrites subaiguës diffuses, dites parenchymateuses. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Donath (J.) et **Landsteiner** (K.). Ueber antilytische Sera und die Entstehung der Lysine. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 3.) — Sérums antilytiques et formation des lysines.

Flechsner (S.) et **Noguchi** (H.). On the plurality of citolysins in normal blood sera. (*Journ. of Med. Research*, mai.)

Gruber (M.). Neue Früchte der Ehrlich'schen Toxinlehre. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 juillet.) — Nouvelles conséquences de la théorie d'Ehrlich relative aux toxines.

Lamb (G.). On the action of the venoms of the cobra (Naja tripudians) and of the Daboia (Daboia Russellii) on the red blood corpuscles and on the blood plasma. In-4°, 45 p. Calcutta. — L'action des venins de cobra et de Daboia sur les hématies et sur le plasma sanguin.

Langer (J.). Ueber Isoagglutinine beim Menschen, mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters; ein Beitrag zur Hämagglutinationsfrage. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 5.) — Des iso-agglutinines chez l'homme, et, en particulier, chez l'enfant.

Paltchikovsky (I.-M.). L'état actuel de la question d'immunisation contre le staphylocoque. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 5.)

Pfeiffer (L.). Die modernen Immunitätslehren und die Vaccination. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 3.) — Les théories modernes de l'immunité et la vaccination.

Posselt (A.) et **Sagasser** (R. von). Ueber Beeinflussung der Agglutinine durch spezifische Absorptionen, nebst Bemerkungen über den Wert der Serodiagnostik bei Typhus und Dysenterie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 juin.) — Influence des absorptions spécifiques sur les agglutinines, et remarques sur la valeur du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde et la dysenterie.

Schanz (F.). Die « besondere » Disposition zur Tuberkulose. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 juin.) — La prédisposition « particulière » à la tuberculose.

Sikorsky (G.). De la nature des corpuscules de Guarnieri. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, IX, 5.)

MÉDECINE

Baduel, Daddi et **Marchetti.** Ricerche sul ricambio materiale in un caso tipico di mixoedema in relazione colla cura tiroidea. (*Clinica moderna*, 15 juillet.)

Barbour (Ph. F.). Marasmus. (*Amer. Practitioner and News*, 1er-15 juin.)

Bard (L.). Du rôle des examens de laboratoire en médecine pratique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Beddard (A. P.), **Pembrey** (M.) et **Spriggs** (E.). Some observations on the blood gases in diabetes. (*Lancet*, 16 mai.) — Quelques remarques sur les gaz du sang dans le diabète.

Bial (M.). Ueber die Diagnose der Pentosurie mit dem von mir angegebenen Reagens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juillet.) — Le diagnostic de la pentosurie au moyen du réactif de Bial.

Cesarani (A.). Tosse convulsa febbrile, tipo intermittente quotidiano. (*Riforma med.*, 4 mars.)

Elsner (H.). Kasuistischer Beitrag zur Differentialdiagnose von Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 juin.) — Diagnostic différentiel entre les affections de l'œsophage et celles de l'estomac.

Feldt (A.). Zur Diagnose maligner Brusthöhlengeschwülste intra vitam. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juillet.) — Diagnostic des tumeurs malignes de la cavité thoracique pendant la vie.

Fink (F.). Zu Riedel's und Kehr's Ansichten über Pathologie und Therapie des Gallensteinleidens. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 juillet.) — Les vues de Riedel et de Kehr sur la pathologie et la thérapeutique de la cholélithiase.

Fischer (Ch. S.). Stomach vertigo. (*Med. News*, 11 juillet.)

Galli (G.). Ueber anastomotische Zirkulation des Herzens. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Sur la circulation anastomotique du cœur.

Garnier (L.). Dosage des corps puriques, de l'acide urique et des bases alloxuriques des urines par un procédé mixte dérivé des procédés Folin et Shaffer, et Denigès. (*Journ. de physiol et de pathol. gén.*, juillet.)

Gérard (E.). Traité des urines; l'analyse des urines considérée comme un des éléments de diagnostic. In-18, 492 p. avec fig.

Hunner (G. L.). An interesting complication in the diagnosis of gallstone. (*Amer. Medicine*, 2 mai.) — Une complication intéressante dans le diagnostic de la cholélithiase.

Pedrazzini (F.). La ricerca dei pentosi nelle orine; pentosurie e pseudopentosurie. (*Giorn. della reale Soc. ital. d'igiene*, juin.)

Roberts (H.). Intestinal indigestion and nephritis. (*Amer. Practitioner and News*, 1er-15 juin.)

Santini (A.). Sulla ipocloruria nella polmonite e sulla presenza del cloro organico nei tessuti. (*Riforma med.*, 6 mai.)

Skillman (W. F.). Limitations of the dimethylamidoazobenzol test for free HCl in the stomach contents. (*Amer. Medicine*, 18 avril.)

Stern (H.). Some points pertaining to the therapeutic management of the uremic state. (*Amer. Medicine*, 2 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bruck (C.). Experimentelle Beiträge zur Frage der Typhusverbreitung durch Butter; 1. Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juin.) — Recherches expérimentales sur la propagation de la fièvre typhoïde par le beurre.

Bruns (H.) et **Kayser** (H.). Ueber die Verwertbarkeit des Agglutinations-Phänomens zur klinischen Diagnose und zur Identificirung von Bakterien der Typhus-Coligruppe. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 3.) — Valeur de l'agglutination au point de vue du diagnostic clinique et de l'identification de certaines bactéries du groupe coli-typhoïde.

Carlsen (J.) et **Heiberg** (P.). Ueber die Dauer der tötlichen Diphtheriefälle in der dänischen Stadtbevölkerung ausserhalb Kopenhagens während der Jahre 1895-1901. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 3.) — La durée des cas mortels de diphtérie dans les villes danoises, Copenhague exceptée, pendant la période de 1895 à 1901.

Gottstein (A.). Die Periodizität der Diphtherie und ihre Ursachen; epidemiologische Untersuchungen. In-8°, 40 p. Berlin. — La périodicité de la diphtérie et ses causes.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aldrich (Ch. J.). The psychical nature of some disturbances of the acts of urination and defecation. (*Amer. Medicine*, 28 mars.)

Bianchini (M. L.). Neologismi e scrittura nella demenza paranoide; contributo clinico alla psicologia della demenza primitiva o precoce. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXXI, 2 et 3.)

Burr (Ch. W.). Syphilitic toxemic hemiplegia. (*Amer. Medicine*, 2 mai.)

Cassirer (R.). Tabes und Psychose; eine klinische Studie. In-8°, 124 p. Berlin.

Claparède (E.). Hémiataxie post-hémiplégique et coordination sous-corticale. (*Rev. neurol.*, 15 juillet.)

Collins (J.). Syphilitic pseudotabes (report of a case); the differential diagnosis of tabes. (*New York Med. Journ.*, 28 mars et 4 avril.)

De Blasi (A.). Rammollimento cerebellare. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juillet.)

Dejerine (J.). Contribution à l'étude des localisations sensitives spinales. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Dide (M.). Essai de classification des amnésies. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Donath (J.). Beiträge zur eitrigen Meningitis cerebrospinalis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 juin.) — Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale purulente.

Dupré (E.) et **Camus** (J.). Méningisme et puérilisme mental paroxystiques chez une hystérique. (*Rev. neurol.*, 15 juillet.)

Florentini (P.). Un caso di acinesia algera. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juillet.)

Gallavardin (L.) et **Varay** (F.). Étude sur le cancer secondaire du cerveau, du cervelet et de la moelle. (*Rev. de méd.*, juin et juillet.)

Gellé (E.). Myélite syphilitique précoce. (*Echo méd. du Nord*, 26 juillet.)

Glorieux (Z.). Deux cas d'atrophie du membre inférieur gauche avec hypertrophie du membre inférieur droit. (*Policlinique*, 15 juillet.)

Gudjohnsen (Th. S.). Et tilfælde af adiposis dolorosa hos en dreng. (*Hospitalstidende*, 8 juillet.)

Morelli (G.). Osservazioni cliniche sopra un caso di polineurite simmetrica mista. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juillet.)

Pritchard (W. B.). Hypnotism and hysteria. (*Med. News*, 11 juillet.)

Spiller (W. G.). The paradoxical reaction of the pupil in accommodation. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mai.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Audry (Ch.). Ueber eine Ursache des sogenannten Jodoform-Ausschlages. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.) — Sur une cause de l'éruption « iodoformique ».

Carrière (G.). Syphilis héréditaire et syphilobrightisme. (*Nord méd.*, 15 juillet.)

Galloway (J.). Erythemata as indicators of disease. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.)

Gould (A. H.). The diagnosis of gonorrheal urethritis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 avril.)

Hamburger (L. P.) et **Rubel** (M.). Pemphigus vegetans. (*Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, mars-avril.)

Leven (L.). Fall von Xanthoma tuberosum multiplex bei Diabetes, nebst Bemerkungen über Xanthome im Allgemeinen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 1-2.)

Sachs (O.). Beiträge zur Histologie der weichen Naevi (ein Fall von spitzem Condylom am kleinen Finger der rechten Hand, xanthomartigen Naevus verrucosus der rechten Achselhöhle und mehreren über den Körper zerstreuten Naevi lineares). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 1-2.) — Contribution à l'histologie des nævi mous (un cas de condylome pointu du petit doigt de la main droite, avec nævus verruqueux xanthomoïde du creux axillaire droit et plusieurs nævi linéaires disséminés sur le corps).

Sellei (J.). Weitere Beiträge zur Pathologie des sogenannten Sarcoma multiplex pigment. haemorrh. idiopathicum (Kaposi). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 1-2.)

Strasser (P.). Beitrag zur Kenntnis der systematisierten Naevi. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 1-2.)

Vörner (H.). Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach Riehl. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 1-2.) — Traitement de la syphylis fœtale d'après la méthode de Riehl.

Wallace (R.). Angioneurotic purpura. (*Amer. Medicine*, 18 avril.)

Wallart (J.). Ueber einen Fall von Lupus des Skrotum und Penis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 1-2.)

Winternitz (R.). Eine Trichomycosis capillitii. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 1-2.)

CHIRURGIE

Apelt (F.). Zur Casuistik der Luxation des Os lunatum carpi. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juillet.)

Bernucci (G.). Dell'endemia gozzigena nella provincia di Vicenza. (*Giorn. med. del Rº. Esercito*, mai.) — De l'endémie goitreuse dans la province de Vicence.

Campbell (O. B.). The single cuff method of circular enterorrhaphy; a new method. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 mai.) — Un nouveau procédé d'entérorrhaphie circulaire.

Cumston (Ch. G.) et **Rolfe** (W. A.). A plea for more radical operations in malignant disease of the testicle. (*Amer. Medicine*, 18 avril.)

Czerny. Ueber Tumoren und Pseudotumoren in der Adduktorengegend. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 juin.)

Garrè (C.) et **Quincke** (H.). Grundriss der Lungenchirurgie. In-8°, 120 p. avec fig. Iéna. G. Fischer. — Précis de chirurgie pulmonaire.

Gibbon (J. H.). Report of a case of painless amputation of the leg after the intraneural injection of cocaine. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mai.) — Amputation de la jambe, rendue indolore par injection intra-tronculaire de cocaïne.

Harslöf (V.). 4 tilfælde af ileus. (*Hospitalstidende*, 15 juillet.)

Hartmann (O.). Bakteriologische Studien an der Hand von 46 Gallensteinoperationen, nebst einem Beitrag über ätiologische Fragen des lithogenen Katarrhs der Gallenblase. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 3-4.) — Études bactériologiques dans 46 interventions pour calculs biliaires; contribution à l'étiologie du catarrhe lithogène de la vésicule biliaire.

Heinzelmann (G.). Die Endresultate der Behandlung der Aktinomykose in der von Bruns'schen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Les résultats définitifs du traitement de l'actinomycose à la clinique de von Bruns [Tubingue].

Hilgenreiner (H.). Zur supracondylären Fraktur des Oberarmes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Fracture sus-condylienne de l'humérus.

Hofmann (M.). Zur Anatomie und Mechanik des Platt- und Hackenfusses. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 3-4.) — Anatomie et mécanisme du pied plat et du pied talus.

Kayser. Ueber Hochstand des Schulterblatts mit congenitalen Hals- und Schultermuskeldefecten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 3-4.) — Sur la position élevée de l'omoplate, avec absence congénitale de certains muscles du cou et de l'épaule.

Läwen. Ueber die genuine diffuse Phlebarteriektasie an der oberen Extremität. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXVIII, 3-4.) — Anévrysme artérioveineux diffus vrai de l'extrémité supérieure.

Le Moniet. Sarcome du maxillaire supérieur; résection totale et appareil prothétique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Lengemann (P.). Ein Fall von muskulärer Makroglossie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 2.)

Müller (G.). Ein Fall von chronisch-ankylosirender Entzündung der Wirbelsäule auf traumatischer Grundlage. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juillet.) — Un cas d'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale d'origine traumatique.

Niles (H. D.). The surgical conception of pyloric obstruction. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mai.)

Peters (L.). Fracture of the ischiopubic ramus and rupture of the bladder; recovery after operation. (*Amer. Medicine*, 23 mai.) — Fracture de la branche ischio-pubienne et rupture de la vessie; opération; guérison.

Petridis (A. P.). Sur quelques cas d'exploration chirurgicale méthodique des abcès du lobe droit du foie à ciel ouvert. (*Egypte méd.*, avril.)

Schönholzer. Die Chirurgie des Magenkrebses an der Krönlein'schen Klinik in den Jahren 1881-1902. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 1 et 2.) — La chirurgie du cancer de l'estomac à la clinique de Krönlein [Zurich] pendant la période de 1881 à 1902.

Schott (A.). Ueber Dauerheilungen nach Gallensteinoperationen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Des guérisons durables à la suite d'interventions pour calculs biliaires.

Suzuki (T.). Beitrag zur Winkelmann'schen Hydrocelenoperation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 2.)

Trendel. Ueber das Vorkommen von Lymphdrüsen in der Wangensubstanz und ihre klinische Bedeutung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — La présence de ganglions lymphatiques dans l'épaisseur des joues et sa signification clinique.

Trimble (W. B.) et **Satterlee** (G. R.). Sarcoma of the thumb. (*Amer. Medicine*, 16 mai.) — Sarcome du pouce.

Van Buren Knott. Contribution to the surgery of gastric ulcer. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mai.)

Weber (W.). Ueber operative Behandlung der progredienten, eitrigen Peritonitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 2.)

Whitacre (H. J.). Suppression of urine, with report of a case enduring eight days, relieved by decapsulation of the kidneys. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 mai.) — Un cas d'anurie ayant duré huit jours et guéri par la décapsulation des reins.

Zondek (M.). Die Topographie der Niere und ihre Bedeutung für die Nieren-Chirurgie. In-8°, 104 p. avec fig. Berlin. — La topographie des reins et sa signification pour la chirurgie rénale.

UROLOGIE

Borelius (J.). Eine neue Modifikation der Maydl'schen Operationsmethode bei angeborener Blasenektopie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 18 juillet.) — Une nouvelle modification de l'opération de Maydl pour ectopie congénitale de la vessie.

Casper (L.). Lehrbuch der Urologie mit Einschluss der männlichen Sexualerkrankungen. Fasc. 2 à 7. In-8°, p. 81 à 515, avec fig. Vienne. — Traité d'urologie et des maladies des organes génitaux de l'homme.

Nicolich (G.). Die totale perineale Prostatektomie zur Behandlung der Prostatahypertrophie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 mai.)

Pauchet (V.). Prostatectomie périnéale pour hypertrophie de la prostate; ses indications. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.)

Sorel. Cystocèle crurale chez l'homme. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Anselm. Zur Behandlung der Gesichtslagen. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juin.) — Traitement des présentations de la face.

Beuttner (O.). La laparotomie gynécologique transversale. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Brauer (L.). Ueber Graviditätsikterus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 juin.)

Bumm (E.). Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. 2e éd. In-8°, 783 p. avec fig. Wiesbaden. — Précis d'obstétrique.

Bürger (O.). Zur Heissluft-Behandlung gynäkologischer Erkrankungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juillet.) — Traitement des affections gynécologiques par l'air chaud.

Cristofoletti (R.). Ueber die schnelle Erweiterung der Cervix nach Bossi. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juillet.) — La dilatation rapide du col utérin d'après le procédé de Bossi.

Davis (E. V.). Observations on breast feeding from an obstetrician's point of view. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juin.) — Remarques sur l'allaitement au sein au point de vue obstétrical.

Dienst (A.). Ueber Tetania strumipriva einer Schwangeren. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 juillet.) — Tétanie strumiprive chez une femme enceinte.

Dützmann (M.). Die Verwertbarkeit der Leukocytenbestimmung bei Erkrankungen des weiblichen Genitalapparats. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — La valeur de la numération des leucocytes dans les affections des organes génitaux chez la femme.

Hardoüin (P.). Note sur un cas de kyste du vagin d'origine gärtnérienne. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Holmes (R. W.). Cervical incisions in labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Kerr (J. M.). Diagnosis and treatment of medium degrees of pelvic deformity. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

King (J. E.). Postpartum subinvolution. (*Amer. Medicine*, 28 mars.)

Moran (J. F.). Placenta previa. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Norris (R. C.). The effects of the toxemia of pregnancy upon the cardio-vascular system. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Oui (M.). Grossesse gémellaire et insertion vicieuse du placenta; hémorrhagies précoces et avortement. (*Echo méd. du Nord*, 26 juillet.)

Rose (E.). Die neueste Operationsmethode unheilbarer Blasenscheidenfisteln. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 juin.) — Un nouveau procédé opératoire pour fistules vésico-vaginales incurables.

Webster (J. C.). Abdominal and vaginal cesarean section as a means of accomplishing « accouchement forcé ». (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

PÉDIATRIE

Alessandrini (G.). Dei trapianti tendinei interossei nei piedi torti da paralisi spinale infantile. (*Pediatria*, juin.)

Allaria (G. B.). Tubercolosi primitiva degli organi sessuali femminili nell'infanzia (osservazione di una bambina di 11 anni). (*Pediatria*, juin.)

Barbour (Ph. F.). Capillary bronchitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juin.)

Brush (E. F.). Aphthæ and herpes, contracted by children drinking milk from cows suffering from foot and mouth disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juin.) — Aphtes et herpès chez des enfants qui consomment le lait provenant de vaches atteintes de fièvre aphteuse.

Butte (L.), **Dubrisay** et **Dhomont.** L'alimentation lactée chez le nouveau-né. In-18, 211 p. avec fig.

Carter (R. B.) et **Cheatle** (A. H.). Sight and hearing in childhood. In-8°, 119 p. avec fig. Londres. — La vue et l'ouïe chez les enfants.

Cumston (Ch. G.). The radical cure of inguinal hernia in infants and young children. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mai.)

Gentile (D.). Il diabete insipido essenziale nei bambini. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juillet.)

Gordon (A.). Amyotrophic lateral sclerosis in a boy of 15, with a history of acute anterior poliomyelitis in infancy. (*Amer. Medicine*, 4 avril.)

Morse (J. L.). The treatment of acute diarrheas of infancy. (*Amer. Medicine*, 2 mai.)

Peruzzi (F.). L'eliminazione del bleu di metilene negli ammalati di fegato. (*Pediatria*, juin.) — L'élimination du bleu de méthylène dans les affections du foie [chez les enfants].

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Botey (R.). Tratamiento consecutivo á las operaciones endo-auriculares. (*Arch. latinos de rinol., laringol., otol.*, mai-juin.)

Burkard (O.). Zur operativen Therapie bedrohlicher Blutungen nach Tonsillotomie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 mai.) — Traitement opératoire des hémorrhagies graves consécutives à la tonsillotomie.

Dunbar. Zur Aetiologie und specifischen Behandlung des Herbstkatarrhes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 juillet.) — Etiologie et traitement spécifique de la fièvre de foin.

Grossmann (F.). Ein ungewöhnlicher Befund bei Cholesteatom und Sinusthrombose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 juin.) — Une constatation insolite dans un cas de cholestéatome avec thrombose du sinus.

Grünwald (L.). Die Galvanokaustik in Form des Einstichs zur Therapie der Kehlkopftuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juin.) — La galvanopuncture dans le traitement de la tuberculose laryngée.

Hammerschlag (V.). Therapie der Ohrenkrankheiten. In-8°, 257 p. avec fig. Vienne. — Traitement des maladies des oreilles.

Leonard (Z. L.). Tuberculosis of the middle ear. (*Med. News*, 4 juillet.) — Tuberculose de l'oreille moyenne.

Natier (M.). Vices de prononciation déterminés par des défectuosités de l'ouïe et guéris par des exercices acoustiques associés aux exercices orthophoniques; éducation physiologique de l'enfant. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 juin.)

Scarrone (T.). Contributo clinico alla chirurgia della laringe e della trachea. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juillet.)

Stern (A.). Die Unbeweglichkeit des Steigbügels im ovalen Fenster. In-8°, 80 p. avec fig. Wiesbaden. — L'immobilité de l'étrier dans la fenêtre ovale.

Texier (V.). De la toux pharyngée. (*Gaz. méd. de Nantes*, 18 juillet.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Astros (L. d'). Huit années de sérothérapie antidiphtérique à Marseille. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Frattini (A.). Un mezzo di cura degli angiomi senza operazione. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juillet.)

Nicolas (J.) et **Lesieur** (Ch.). Le traitement antirabique dans la région lyonnaise (1902). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Skinner (C. E.). Dry superheated air in the treatment of septic infection. (*Med. News*, 11 juillet.) — L'air sec surchauffé dans le traitement des septicémies.

Taillens. Considérations sur la sérothérapie antidiphtérique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Wernitz (J.). Ein Vorschlag und Versuch zur Heilung der akuten Sepsis. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 352.) — Essai sur le traitement des septicémies aiguës.

Wieland (E.). Ueber Diphtherieheilserum. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juillet et 1er août.) — Le sérum antidiphtérique.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Castex (E.) et **Lautier** (P.). Sur un cas d'anévrysme latent de la portion descendante de l'aorte thoracique. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Cluzet (J.). Sur l'explication du renversement des actions polaires dans les syndromes de dégénérescence. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Holzknecht (G.). Fieberhafte Allgemeinerkrankung mit Exanthem bei Röntgendermatitis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 1-2.) — Maladie générale fébrile avec exanthème dans la dermatite consécutive à l'emploi des rayons de Röntgen.

Jicinsky (J. R.). In the hemisphere of X-ray activity. (*New York Med. Journ.*, 23 mai.)

Laquerrière (A.) et **Delherm** (L.). Les hémiplégies organiques, hystériques et hystéro-organiques devant les traitements électriques. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Leduc (S.). L'électrisation cérébrale. (*Arch. d'électricité méd.*, juillet.)

Roques (C.). Etat actuel de la cure des rétrécissements par l'électrolyse. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

BACTÉRIOLOGIE

Bärmann (G.). Ueber die Züchtung von Gonokokken auf Thalmann'schen beziehungsweise gewöhnlichen Fleischwasseragar- und Glycerinagar- Nährböden. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 3.) — Culture de gonocoques sur milieu de Thalmann et sur agar glycériné.

Friedmann (F.). Der Schildkrötentuberkelbacillus; seine Züchtung, Biologie und Pathogenität. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juin.) — Le bacille de la tuberculose de la tortue; sa culture, ses propriétés biologiques et son pouvoir pathogène.

Gioelli (P.). Sul riscontro del gonococco nelle annessiti e dell'uretra fetale come mezzo di cultura e ritorno alla primitiva forma morfologica del gonococco. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, fév.-mars.)

Weaver (G. H.). The vitality of bacteria from the throats of scarlet fever patients, with special study of streptococci. (*Journ. of Med. Research*, mai.) — La vitalité des bactéries provenant du pharynx des sujets atteints de scarlatine.

23e ANNÉE. — N° 35. Vingt centimes le numéro. 2 SEPTEMBRE 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE. — L'hérédité pathologique et la théorie du plasma germinatif, par M. le docteur S. Jankelevitch.................. 285

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Contribution à l'étude du testicule dans quelques infections; orchites expérimentales.................. 290
Régurgitation et vomissements d'anneaux de tænia.................. 290
Contribution au traitement de l'otite moyenne catarrhale par les injections intratympaniques de pilocarpine.................. 291

Publications allemandes. — Le traitement médicamenteux de la glycosurie dans le diabète.................. 291
De l'influence réciproque des exsudats paramétritiques et de la puerpéralité (grossesse, accouchement et suites de couches) 291
Sur l'arrêt de développement des extrémités dans le rhumatisme articulaire de l'enfance.................. 292

Publications anglaises. — La mouche comme agent de propagation de la fièvre typhoïde 292
Interposition subdurale de tissu caoutchouté sans ablation du ganglion de Gasser dans les opérations pour tic douloureux de la face.................. 292
Tuberculose miliaire aiguë primitive de la conjonctive.................. 292
De l'artériorrhaphie appliquée à la cure radicale des anévrysmes.................. 292

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Artériorrhaphie pour cure radicale des anévrysmes.................. 292^3
Diabète.................. 291^1
Exsudats paramétritiques et puerpéralité ... 291^3
Fièvre typhoïde et sa propagation par les mouches.................. 292^1
Hérédité pathologique et théorie du plasma germinatif.................. 285^1
Mouches et propagation de la fièvre typhoïde 292^1
Orchites infectieuses expérimentales........ 290^2
Pilocarpine en injections intra-tympaniques dans l'otite moyenne.................. 291^1
Puerpéralité et exsudats paramétritiques ... 291^3
Régurgitation et vomissements d'anneaux de tænia.................. 290^3
Rhumatisme articulaire de l'enfance et arrêt de développement des membres.......... 292^1
Théorie du plasma germinatif et hérédité pathologique.................. 285^1
Traitement chirurgical du tic douloureux de la face.................. 292^2
— de l'otite moyenne.................. 291^1
— médicamenteux de la glycosurie dans le diabète.................. 291^1
Tuberculose miliaire aiguë primitive de la conjonctive.................. 292^2

VARIA

De l'utilité de la pathologie pour expliquer certains actes historiques méconnus ou travestis par les historiens.

Il existe dans l'Histoire de nombreux *loci desperati* dont la solution n'a pu jusqu'ici être donnée par les diverses catégories d'historiens (dogmatiques, physiologistes, chartistes) et qui peuvent sûrement être expliqués à l'aide des observations médicales. L'utilité de la médecine dans les études historiques, entrevue par Leibnitz, a été mise en évidence par Littré et excellemment démontrée par un de ses élèves, Auguste Brachet, dans son livre sur la *Pathologie mentale des rois de France*, dont l'édition définitive vient d'être publiée par la veuve du savant philologue.

Dans une longue *Introduction* que la mort ne lui a pas laissé le temps de mettre tout à fait au point, l'auteur a développé trois exemples pour faire voir le secours que l'Histoire peut tirer de la « pathologie historique, qui est proprement l'explication, par la science biologique, des données que nous fournissent les textes historiques, données réunies et contrôlées suivant les règles de la critique scientifique, dans le double but de servir tantôt à la science médicale, tantôt à la science historique ».

L'ouvrage ayant pour sous-titre : *Louis XI et ses ascendants*, c'est à la thérapeutique, à la pathologie et à la psychologie de ce roi, choisi peut-être un peu arbitrairement, que Brachet a emprunté ces exemples.

D'après le *Journal de Jean de Roye* relatif à l'année 1482, « le roy fist venir grant nombre et grant quantité de joueurs de bas et doulx instrumens.... entre lesquelz y vint pluseurs bergiers du pays de Poictou, qui souvent jouerent devant le logis du roy, mais ilz ne le veoyent pas, affin que ausdiz instrumens le roy y prensist plaisir et passe-temps et pour le garder de dormir ». Les historiens n'ont pu expliquer le sens de ce passage; la plupart l'ont même absolument travesti en ajoutant au texte des chroniques que le roi avait fait venir des jeunes filles qui dansaient à l'entour de son logis ou dans sa chambre pour le divertir. Or, si l'on consulte l'histoire de la médecine, « on reconnaît aussitôt dans ce traitement musico-thérapique la médication spécifique et pathognomonique des psycho-névroses dans la neuropathologie médiévale ». Et Brachet d'établir, avec nombre de textes, l'existence de cette médication dans le formulaire thérapeutique du moyen âge. Ceci nous donne la signification pathologique des prescriptions imposées à cette date à Louis XI et qui visaient une affection nerveuse, laquelle ne pouvait être que l'épilepsie, fait confirmé par R. Gagnin, un familier du roi, qui écrit même le nom de la maladie (*comitiali morbo*) dans son *Compendium de gestis Francorum.*

En étudiant la série des prescriptions des médecins du roi, on est amené à reconnaître que Louis XI était épileptique depuis quelques années; en tout cas, il l'était sûrement en 1481, comme le prouve une lettre de lui adressée à cette époque au prieur de Notre-Dame de Salles à Bourges : « Je vous prie tant comme je puis, que vous priez incessamment Dieu et Nostre-Dame de Sales pour moy, à ce que leur plaisir soit m'envoyer la fievre quarte; car j'ay une maladie dont les physiciens disent que je ne puis estre guéry sans l'avoir. » Ici encore les historiens n'ont rien compris, et nous voyons Voltaire déclarer « que les médecins l'assurent (le roi) qu'il n'y a que la fièvre quarte qui soit bonne pour sa santé. L'impudent charlatanisme des médecins était donc aussi grand que l'imbécillité de Louis XI ». Et Brachet d'établir encore, avec des textes indiscutables empruntés aux auteurs de l'époque, la transmission intacte de la tradition du *superveniente quartana epileptici convulsione defunguntur.* « Les individus pris de fièvre quarte, dit Hippocrate, ne sont jamais atteints de la grande maladie (l'épilepsie); et si, pris d'abord de cette affection, la fièvre quarte leur survient, celle-ci les guérit de celle-là. »

Poussant plus loin ses investigations, l'auteur fait la chronologie de l'épilepsie du roi, et cette étude permet de fixer le début de la maladie vers l'année 1472; mais Louis XI était déjà un dégénéré comme le prouve un troisième fait dont les historiens ont tout à fait méconnu le sens.

On lit dans la *Chronique scandaleuse* que le 19 novembre 1468 « furent prinses pour le roy..., en ladicte ville de Paris, toutes les pyes, jays, chouetes estans en casge ou autrement et estant privées, pour toutes les porter devers le roy. Et estoit escript et enregistré le lieu où avoient esté prins lesdiz oiseaulx et aussi tout ce qu'ilz savoient dire, comme : *Larron! Paillart! Filz de putain! Va hors, va! Perrete, donne-moy à boire!*..... Et depuis encores, par autre commission du roy, fut venu querir et prendre audit lieu de Paris tous les cerfz, biches et grues qu'on y peust trouver et tout fait mener à Amboise ». Il est inutile de dire que les divers historiens qui se sont succédé depuis cette époque ont été impuissants à expliquer cette double razzia, très peu après la malheureuse entrevue de Péronne, alors que le roi avait si grand besoin de ménager le peuple de Paris. Pour tous, la saisie des oiseaux était motivée par leurs cris, soit que ces cris fissent allusion à Perrette de Châlons (une des maîtresses du roi), soit que, par une espèce de semi-homonymie, ils rappelassent Péronne. D'aucuns ont même avancé, contrairement à la chronique de l'époque, que les oiseaux disaient Péronne; d'autres ont transformé les pies et les geais en perroquets, bien que le texte ne parle que de *picas et graculos.* Quoi qu'il en soit, aucun historien n'a été à même d'interpréter ce passage dans la simplicité du texte, et Mandrot est le seul qui ait dit quelque chose de censé en déclarant que le roi fit prendre ces animaux parce qu'il désirait les avoir en sa possession dans son parc d'Amboise. Le fait s'explique parfaitement si l'on tient compte de l'état de dégénération héréditaire de Louis XI. Nous sommes ici, selon Brachet, en présence d'une manifestation très nette de l'un des stigmates classiques des dégénérés : la zoophilie, diagnostic que l'auteur justifie à l'aide d'une série de faits tirés de la vie du roi.

Voilà démontrée très succinctement l'aide précieuse que le clinicien peut apporter à l'historien pour lui éviter de fausses interprétations, car l'Histoire renferme de nombreux actes qui peuvent être expliqués par le simple recours à la pathologie somatique ou à la thérapeutique et d'autres qui restent incompréhensibles sans le secours de la pathologie psychique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE BORDEAUX

Abbadie. Des abcès du foie consécutifs à l'appendicite.

Auvinet. Des crises abdominales dans la convalescence de la diphtérie.

Barraud. Les métrorrhagies dans l'ovarite scléro-kystique.

Barrière. Extrait hépatique et affections du foie.

Bernard. De la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus.

Bezy. Contribution à l'étude du « courir » chez l'homme.

Blanchereau. Des obsessions digestives.

Bonet. Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie.

Bossis. Des nævi pigmentaires.

Bouchet. Etudes sur une méthode nouvelle de calorimétrie clinique.

Boudey. Des kystes hématiques de l'ovaire.

Boussion. Lentigo malin des vieillards.

Buisson. De l'utilité de la radiographie dans certaines fractures méconnues de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Caillibaud. L'acte du « relever » à l'état normal et dans quelques états pathologiques.

Calabet. Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Capdevielle. L'œil; base d'un système d'identification anthropométrique.

Cardenal (de). Rapports du tabes avec la grossesse et l'accouchement.

Casati. L'hygiène et l'art dans la construction.

Couingt. Etude des coudures utérines.

Debande. Alcoolisme et paralysie générale en Gironde.

Depierris. La déviation oblique ovalaire de la bouche dans l'hémiplégie faciale.

Désirat. De quelques complications rares du zona ophtalmique.

Desourteaux. Etude anatomo-clinique des tumeurs de l'ethmoïde et, en particulier, de leurs complications oculo-orbitaires.

Drivet. Localisations des lésions provocatrices de l'épilepsie jacksonienne à aura faciale et à aura crurale.

Fontaine. Des kystes dermoïdes non viscéraux de la cavité abdominale.

Fournier. Les maladies typhoïdes; l'hygiène et le sol en Poitou.

Gourdon. Du pseudo-étranglement paralytique au cours de la péritonite tuberculeuse.

Hervouet. Traumatisme et tuberculose pulmonaire au point de vue médico-légal.

Houpert. Contribution à l'étude étiologique des troubles gingivo-dentaires dans la grossesse.

Kérangat (de). L'origine ostréaire de la fièvre typhoïde.

Lafargue. De la cataracte traumatique par contusion directe du globe oculaire.

Lemaire. Etude sur le naphtol camphré.

Mercier. De l'acide picrique au point de vue thérapeutique et toxicologique.

Olivier. Technique de l'anesthésie générale; chloroforme; éther.

Pery. De la débilité congénitale et acquise des nouveau-nés.

Peyronny. La mélanose du cheval blanc.

Philip. De la néphrolithotomie dans la lithiase rénale aseptique et sans anurie.

Pion. Des kystes simples de la mamelle.

Pouzol. Du diagnostic des corps étrangers de l'œil et de l'orbite.

Pradel. De la réfection du périnée et de la paroi postérieure du vagin dans les prolapsus génitaux.

Rascol. Des ostéo-arthropathies hypertrophiantes non pneumiques.

Repussard. Les injections à dose massive de bi-iodure de mercure dans le traitement de la paralysie générale progressive.

Rousseau. Etude thérapeutique sur la cryogénine.

Sarthou. Géologie et hydrologie du bassin d'Orléansville.

Sisco. Traitement médical, optique et chirurgical du kératocone.

Soulard. Etude pharmacologique des huiles au bi-iodure de mercure.

Tragan. De l'intervention chirurgicale dans les affections du médiastin postérieur et, en particulier, dans celles de l'œsophage.

Vigier. Du classement des purpuras.

PHYSIOLOGIE

Brieger (L.) et **Diesselhorst** (G.). Untersuchungen über den menschlichen Schweiss. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mars et 11 juin.) — Recherches sur la sueur humaine.

Dastre (A.). La vie et la mort. In-18, 336 p.

Strassmann (P.). Das Leben vor der Geburt. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 353.) — La vie intra-utérine.

Zuckerkandl (E.) et **Erben** (S.). Zur Physiologie der willkürlichen Bewegungen; 3. Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 mai.) — Contribution à la physiologie des mouvements volontaires.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Flatau (E.), **Jacobsohn** (L.) et **Minor** (L.). Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems. 4e partie. In-8°, p. 961 à 1280, avec fig. Berlin. — Manuel d'anatomie pathologique du système nerveux.

Glockner (A.). Ueber ein fast ausschliesslich aus Schilddrüsengewebe bestehendes Ovarialteratom. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 juin.) — Sur un tératome de l'ovaire constitué presque exclusivement par du tissu thyroïdien.

Letulle (M.). La pratique des autopsies. In-8°, 552 p. avec fig.

Mosse. Zur Histogenese der lymphatischen Leukämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.)

Pojarisky (I.). Des cordes tendineuses dans le cœur humain (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 13.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bail (O.). Versuche zu einer Erklärung der natürlichen Milzbrandempfänglichkeit und Immunität. (*Prag. med. Wochensch.*, 18 juin.) — Essais d'une explication de la réceptivité et de l'immunité naturelles à l'égard du charbon.

Edinger (A.). Ueber die Bedeutung der Rhodanverbindungen für den tierischen und menschlichen Organismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 juillet.) — La signification des sulfocyanures pour l'organisme.

Gruber (M.) et **Pirquet** (C. von). Toxin und Antitoxin. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 et 21 juillet.)

Kelling (G.). Zur Aetiologie der bösartigen Geschwülste. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Contribution à l'étiologie des tumeurs malignes.

Schmidt (R.). Ueber ein eigenartiges serodiagnostisches Phänomen (« amorphe Agglutination ») in « Friedländer »-Rekonvaleszentenserum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 juillet.) — Sur un phénomène sérodiagnostique singulier (« l'agglutination amorphe ») dans le sérum de sujets convalescents de la pneumonie « de Friedländer ».

MÉDECINE

Giannuzzi (A.). Contributo allo studio della citodiagnosi. (*Policlinico*, 18 juillet.)

Hagen-Torn (O.). Ueber die Seekrankheit. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 18 juillet.) — Le mal de mer.

Heitler (M.). Experimentelle Studien über Volumveränderungen des Herzens; vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 27 juin.) — Recherches expérimentales sur les modifications de volume du cœur.

Hitschmann (E.) et **Lehndorff** (H.). Ein Fall leukämieartiger Erkrankung mit schwerer megaloblastischer Anämie und eigentümlichem Exanthem. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 5.) — Un cas d'affection leucémique avec anémie mégaloblastique grave et exanthème singulier.

Klemperer (G.). Grundriss der klinischen Diagnostik. 11e éd. In-8°, 264 p. avec fig. Berlin. — Précis de diagnostic clinique.

Koettlitz (H.). Cirrhose hypertrophique. (*Policlinique*, 1er juillet.)

Langstein (L.) et **Meerwein** (H.). Gruber-Widal'sche Serumreaktion bei Ikterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 juillet.)

Lion (A.). Zur Frage des gleichzeitigen Auftretens von Fruchtzucker und Traubenzucker im Harn. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juin.) — Présence simultanée de dextrose et de lévulose dans l'urine.

Martin (A.). Technisches über das Riva-Rocci'sche Sphygmomanometer und Gärtner's Tonometer. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 et 23 juin.)

Mongour (Ch.). Pneumothorax traumatique au cours d'une ponction blanche de la plèvre droite. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 juin.)

Péhu (M.). De la nycturie dans les affections cardio-vasculaires. (*Rev. de méd.*, mai, juin et juillet.)

Philip (C.). Ueber Entstehung und Häufigkeit der Aneurysmen der Aorta abdominalis. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er, 8 et 22 janv., 19 fév., 4 et 25 juin et 2 juillet.) — L'origine et la fréquence des anévrysmes de l'aorte abdominale.

Ponfick (E.). Topographischer Atlas der medizinisch-chirurgischen Diagnostik. 4e fasc. In-4°, 13 planches, avec texte en allemand, en anglais et en français. Iéna.

Walko (K.). Ueber den Einfluss der Fette auf die Magenverdauung und über die Behandlung der Hyperazidität. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 5.) — Influence des graisses sur la digestion stomacale et traitement de l'hyperacidité.

Wolze (E.). Zur Hemmung der Hämolyse bei urämischen Zuständen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 4 juillet.) — L'arrêt de l'hémolyse dans les états urémiques.

MALADIES INFECTIEUSES

Aronheim. Sind die Koplik'schen Flecken ein sicheres Frühsymptom der Masern? (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juillet.) — Les taches de Koplik constituent-elles un signe précoce certain de la rougeole?

Birnbaum (R.). Ueber ein durch Meningokokken hervorgerufenes meningitisches Krankheitsbild ohne anatomischen Befund. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juillet.) — Sur un syndrome méningitique provoqué par des méningocoques, sans constatations anatomiques.

Dodin (M.). Ueber Maserncroup und vier Fälle von Tracheotomie wegen desselben. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 et 25 juillet.) — Du croup morbilleux; quatre cas de trachéotomie pour cette complication.

Kolle (W.) et **Otto** (R.). Die aktive Immunisirung gegen Pest mittelst abgeschwächter Kulturen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juillet.) — Immunisation active à l'égard de la peste au moyen de cultures atténuées.

Köppen (A.). Ueber Malaria im nordwestlichen Deutschland. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juin.) — Sur la malaria dans le nord-ouest de l'Allemagne.

Morosov (A.) et **Khotounzev** (M.). Un cas de coexistence de la fièvre typhoïde et de la rougeole (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 13.)

Negri (A.). Beitrag zum Studium der Aetiologie der Tollwut. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 3.) — Contribution à l'étude de l'étiologie de la rage.

Ott (A.). Die chemische Pathologie der Tuberculose. In-8°, 538 p. Berlin.

Wilson (J. C.) et **Ross** (G.). A case of perforated ulcer in typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Henschen (S.). Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns. T. IV. 1re partie. In-4°, 114 p. avec planches. Upsala. — Contributions anatomiques et cliniques à la pathologie du cerveau.

Hensen (V.). Die Entwickelungsmechanik der Nervenbahnen im Embryo der Säugetiere. In-4°, 51 p. avec fig. Kiel. — Le mécanisme de développement des faisceaux nerveux chez l'embryon des mammifères.

Lannois (M.) et **Porot** (A.). Un cas d'hystérie à grandes manifestations; fièvre hystérique. (*Lyon méd.*, 26 juillet.)

Penzoldt (F.) et **Stintzing** (R.). Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 6. Band : Handbuch der Therapie der Gehirn- und Geisteskrankheiten und der Erkrankungen des Bewegungsapparates. 3e éd. In-8°, 678 p. avec fig. Iéna. — Manuel de thérapeutique des maladies internes. T. VI : traitement des maladies cérébrales et mentales et des affections de l'appareil moteur.

Reckzeh. Doppelseitiger Herpes zoster (im Gebiete des 10. bis 12. Dorsalsegmentes). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 juillet.) — Herpes zoster bilatéral (dans le domaine du dixième au douzième segment dorsal).

Rothmann (M.). Seitenstrangerkrankung und spastische Spinalparalyse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 et 18 juin.) — Lésion des cordons latéraux et paralysie spinale spasmodique.

Sachs (B.). Ein weiterer Beitrag zur amaurotischen familiären Idiotie, einer Erkrankung hauptsächlich der grauen Substanz des Centralnervensystems. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juillet.) — Nouvelle contribution à l'étude de l'idiotie familiale amaurotique, affection intéressant essentiellement la substance grise du système nerveux central.

Scheiber (S. H.). Ueber einen Fall von Arthropathia tabidorum (pied tabétique). (*Wien. med. Wochensch.*, 13 et 20 juin.)

Schlüter (R.). Chorea hysterica traumatica; ein Beitrag zur Theorie und Kasuistik der sogenannten traumatischen Neurosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juin.)

Soukhanoff (S.). Paralysie générale et grossesse. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Verger (H.). Sur quelques algies du pied. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 juillet.)

Windscheid. Tabes und Trauma. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juin.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bodin (E.). Sur un cas d'épithélioma cutané à évolution aiguë. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Dieu. Sur l'évolution et la prophylaxie des maladies vénériennes dans l'armée française. In-8°, 14 p. avec graphiques. Melun, Impr. administrative.

Evans (N.). A clinical report of a case of blastomycosis of the skin from accidental inoculation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juin.) — Blastomycose cutanée par inoculation accidentelle.

Fournier (A.). Prophylaxie de la syphilis. In-8°, 562 p.

Frendl (E. von). Ueber einen Fall von Endocarditis gonorrhoica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 juillet.)

Jolles (A.) et **Oppenheim** (M.). Ueber den Eiweissgehalt des Blutes Syphilitischer. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 6.) — La teneur en albumine du sang des syphilitiques.

Marcuse (M.). Ueber erweichte Bubonen der Frühlues. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juin.) — Des bubons ramollis dans la syphilis récente.

Müller (L. R.). Ueber eine angeborene, seltene Hautveränderung. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juin.) — Altération congénitale rare de la peau.

Perrin (L.). Un cas d'urticaire pigmentaire. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

Unna (P. G.). Pathologie und Therapie des Ekzems. In-8°, 234 p. avec planches. Vienne.

Volhard (F.). Ueber chronische Dystrophien und Trophoneurosen der Haut im Anschluss an kasuistische Mitteilungen (je ein Fall von Lymphangioma lymphangiectaticum, von Hemiatrophia facialis progressiva mit gekreuzter Pigmentation, von Myxödem und von Sclerodermia diffusa). (*Münch. med. Wochensch.*, 30 juin et 7 juillet.) — Les dystrophies et trophonévroses chroniques de la peau; étude basée sur des observations de lymphangiome lymphangiectasique, d'hémiatrophie faciale progressive avec pigmentation croisée, de myxœdème et de sclérodermie diffuse.

CHIRURGIE

Beer (E.). Ueber eine Schnittführung für Resektion der Appendix im anfallsfreien Stadium. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 25 juillet.) — Sur une incision en vue de la résection de l'appendice à froid.

Berg (A.). Retroduodenale Choledochotomie zur Entfernung von eingekeilten Gallensteinen aus dem retroduodenalen und papillären Teile des Ductus communis. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 4 juillet.) — Cholédocotomie rétroduodénale pour extraction de calculs biliaires enchatonnés dans les parties rétroduodénale et papillaire du cholédoque.

Bussière (J.-A.). Cinq cas d'éléphantiasis des organes génitaux de l'homme, traités à l'hôpital colonial de Karikal (Inde française). (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 28 juin.)

Carini (F.). Contributo alla patogenesi della bronco-pneumonite consecutiva alla operazione del gozzo. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juillet.) — Contribution à la pathogénie de la broncho-pneumonie consécutive à l'opération du goitre.

Cheyne (W.). Observations on the treatment of cancer of the rectum. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juin.)

Cumston (Ch. G.). Un cas de kyste du pancréas avec remarques sur la pathologie et le traitement chirurgical. (*Rev. de chir.*, juin.)

Dahlgren (K.). Beitrag zur Behandlung des perforierenden Magen- und Duodenalgeschwüres. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 354.) — Contribution au traitement des ulcères perforants de l'estomac et du duodénum.

Davis (B.). Indications for cholecystectomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juin.)

Dupraz (A.-L.). Les fractures du métatarse par cause indirecte (pied forcé, « Fussgeschwulst » des soldats). (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Fleury. Parotidite par infection ascendante; résolution et non-réapparition des accidents après suppression du foyer infectieux. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Fuchsig (E.). Zur Frage der diffusen septischen Magenblutungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 juin.) — Gastrorrhagies diffuses septiques.

Giacomelli (G.). Carcinoma gastrico con sintomatologia intestinale. (*Clinica moderna*, 8 juillet.)

Hildebrandt. Zur Erklärung der Explosionsschüsse. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juin.) — Contribution à l'étude des blessures par projectiles explosibles.

Jordan. Die Massagebehandlung frischer Knochenbrüche. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Le massage dans le traitement des fractures récentes.

Koch (J. A.). Over tropisch leverabsces en de chirurgische behandeling. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 juillet et 1er août.) — Traitement chirurgical des abcès du foie des pays chauds.

Kocher (Th.) et **Quervain** (F. de). Encyklopädie der gesamten Chirurgie. T. II. In-8°, 754 p. avec fig. Leipzig.

Koettlitz (H.). Hépatoptose d'origine traumatique. (*Policlinique*, 1er juillet.)

Lockwood (C. B.). Case of (so-called) idiopathic dilatation of the œsophagus, with a suggestion as to its nervous origin. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juin.)

Longard (C.). Beitrag zur Aethernarkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juin.)

Mambrini (D.). Secondo caso, finora conosciuto, che dimostra la possibilità dell'ernia inguinale diretta nella donna. (*Policlinico*, 4 juillet.)

Marchetti (O.). Contributo alla casistica delle affezioni della mammella. (*Policlinico*, 18 juillet.)

Messina (G.). Resezione dell'anca per coxite tubercolare suppurata, con seni fistolosi e con distacco della testa del femore; guarigione per primam. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juillet.) — Résection de la hanche pour coxalgie suppurée avec trajets fistuleux et décollement de la tête fémorale; guérison par première intention.

Moynac (L.). Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales. 8e éd. 2 vol. In-16, 1213 p. avec fig.

Nordmann (O.). Ueber intraabdominelle Netztorsion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juillet.) — Torsion intra-abdominale du mésentère.

Palleroni (G.). Sulle affezioni chirurgiche della milza e loro cura. (*Clinica moderna*, 8 et 15 juillet.) — Les affections chirurgicales de la rate et leur traitement.

Pechell (H. J.). The influence of ether administration on nitrogenous metabolism. (*Brit. Med. Journ.*, 20 juin.)

Pollard (B.). The beneficial results of gastro-enterostomy in some cases of irremovable carcinoma of the stomach, in which the pylorus is not obstructed. (*Brit. Med. Journ.*, 13 juin.) — Les avantages de la gastro-entérostomie dans les cas de cancer inopérable de l'estomac, sans obstruction pylorique.

Re (F.). Un caso di frattura dell'orbita. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juillet.)

OPHTALMOLOGIE

Bock (E.). Die Brille und ihre Geschichte. In-8°, 62 p. avec fig. Vienne. — Les lunettes et leur histoire.

Deutschmann (R.). Die operative Heilung der Netzhautablösung. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Traitement opératoire du décollement de la rétine.

Gradenigo (P.). De l'extraction de la cataracte dans la capsule par la sclérotique après zonulotomie. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Janet (P.). Un trouble de la vision par exagération de l'association binoculaire. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Liebrecht. Zur Entstehung und zur klinischen Bedeutung der Stauungspapille. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juillet.) — Origine et signification clinique de la congestion veineuse de la papille.

May (Ch. H.). Grundriss der Augenheilkunde. (Trad. de l'anglais par E. H. Oppenheimer.) In-8°, 344 p. avec fig. et planches. Berlin. — Précis d'ophtalmologie.

Petit (P.). Hématomes spontanés récidivants de l'orbite. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 juillet.)

Terson (A.). La classification dermatologique des blépharites ciliaires. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Wecker (L. de). Le rôle de la capsule de Tenon dans les opérations de strabisme. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Geyl. Gleichzeitige extra-uterine und intra-uterine Gravidität. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 juillet.) — Grossesse à la fois extra et intra-utérine.

Hitschmann (F.) et **Volk** (R.). Zur Frage der Plazentarsyphilis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juillet.)

Maly (G. W.). Beitrag zur Aetiologie des Carcinoma vaginae. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 juillet.)

Neugebauer (F.). Retroversio uteri und Appendicitis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 juillet.)

Nohel (E.). Ueber Placenta praevia. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 6.)

Popescul (M.). Ueber einige neuere Heilmittel in der Gynäkologie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 juin.) — Sur quelques nouveaux remèdes employés en gynécologie.

Sachs (R.). Bericht über die Zangenoperationen der Klinik Chrobak in den letzten 10 Jahren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 et 25 juin.) — Les applications de forceps à la clinique de Chrobak [Vienne] pendant ces dix dernières années.

Schauta (F.). Die Aetiologie der Inversio uteri. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juillet.)

Schenk (F.). Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes. In-8°, 128 p. Berlin. — Pathologie et traitement de la stérilité chez la femme.

Statzer (M. von). Ein Fall von geplatzter « interstitieller Schwangerschaft », durch Operation geheilt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 juillet.) — Un cas de « grossesse interstitielle » rupturée, guéri par l'opération.

Ullmann (E.). Ein Fall von Darmverletzung bei instrumenteller Perforation des Uterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 juin.) — Un cas de lésion de l'intestin par perforation instrumentale de l'utérus.

Veit. Geburtshilfe und Gynäkologie in ihren Beziehungen zu der übrigen Medizin und zu den Naturwissenschaften. In-8°, 23 p. Wiesbaden. — L'obstétrique et la gynécologie dans leurs rapports avec les autres branches de la médecine et avec les sciences naturelles.

Véron. De la persistance des règles durant la grossesse. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Waldstein (E.) et **Fellner** (O.). Zur diagnostischen Verwertung der Leukozytose in der Gynäkologie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juillet.) — La valeur diagnostique de la leucocytose en gynécologie.

Weil (H.). Drei Fälle von Schädelimpressionen bei Neugeborenen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juillet.) — 3 cas d'enfoncement des os du crâne chez des nouveau-nés.

PÉDIATRIE

Christopher (W. S.). The safranin test for sugar in the urine of children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juin.) — La réaction de safranine pour le dosage du sucre dans les urines des enfants.

Cramer (H.). Zur Energiebilanz beim Neugeborenen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Les échanges organiques chez le nouveau-né.

Fairbank (H. T.). Intubation in cases of diphtheritic laryngitis. (*Lancet*, 20 juin.)

Finizio (G.). Influenza dell'infezione colibacillare sul bilancio dell'azoto e sui processi ossidativi organici. (*Pediatria*, juin.) — Effets de l'infection par le colibacille sur les échanges azotés et les processus d'oxydation dans l'organisme.

Grancher (J.) et **Comby** (J.). Traité des maladies de l'enfance. 2e éd. T. Ier. In-8°, 1053 p. avec fig.

Kerley (Ch. G.). Management of catarrhal pneumonia in infants. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juin.)

Kronfeld (R.). Die Zähne des Kindes. In-8°, 136 p. avec fig. Leipzig. — Les dents de l'enfant.

Mastin (J. G.). Infant feeding; its relation to the diarrheal diseases of infancy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 juin.) — L'alimentation des enfants en bas âge dans ses rapports avec les diarrhées infantiles.

Melzi (U.). Incontinenza notturna d'orina e vegetazioni adenoidi. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juillet.)

Popov (A.). Le diabète insipide chez l'enfant (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 13.)

Reiner (M.). Ueber die multiple, sogenannte chronisch-rheumatische Gelenksentzündung im Kindesalter. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 6.) — Des arthrites multiples, dites rhumatismales chroniques, chez l'enfant.

TÉRATOLOGIE

Gross (A.). Ueber angeborenen Mangel der Schlüsselbeine. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Absence congénitale des clavicules.

Neugebauer (F.). Chirurgische Ueberraschungen auf dem Gebiete des Scheinzwittertums. Kasuistik von 134 Beobachtungen mit 54 Fällen irrtümlicher Geschlechtsbestimmung, grösstenteils durch das Skalpell der Chirurgen erwiesen. In-8°, 220 p. Leipzig. — 134 observations d'hermaphrodisme, avec 54 cas de détermination erronée du sexe, le plus souvent mise en évidence par le scalpel du chirurgien.

HYGIÈNE

Armaingaud. De la décroissance de la mortalité par tuberculose en Allemagne; ses causes réelles. In-16, 23 p.

Bircher-Benner (M.). Kurze Grundzüge der Ernährungstherapie auf Grund der Energie-Spannung der Nahrung. In-8°, 60 p. Berlin. — Les principes de la thérapeutique alimentaire, basés sur la valeur dynamogénique des aliments.

Dislère (P.). Prophylaxie de la tuberculose; note sur la mortalité par tuberculose chez les ouvriers mineurs. In-8°, 39 p. Melun. Impr. administrative.

Fränkel (E.). Hygiene des Weibes. In-8°, 290 p. avec fig. Berlin. — Hygiène de la femme.

Gagnoni (E.). Influenza del riscaldamento a bagnomaria sulla digeribilità delle sostanze proteiche del latte di vacca; nota preventiva. (*Pediatria*, juin.) — Influence du chauffage au bain-marie sur la digestibilité des substances albuminoïdes du lait de vache.

Grotjahn (A.) et **Kriegel** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie. 2. Band: Bericht über das Jahr 1902. In-8°, 473 p. Iéna. — Revue des travaux et des progrès accomplis en hygiène sociale et en démographie pendant l'année 1902.

Mondon. Des nouveaux procédés de désinfection. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

Prophylaxie de la tuberculose; arrêtés, circulaires et rapports officiels. 1er fasc. (1901). In-8°, 16 p. Melun. Impr. administrative.

Proskauer et **Elsner.** Weitere Beiträge zur Desinfection von Tierhaaren mittels Wasserdampf. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 3.) — Nouvelle contribution à l'étude de la désinfection des poils d'animaux au moyen de la vapeur d'eau.

Reynaud (G.). Note sommaire sur l'hygiène des colons dans les pays chauds. In-16, 26 p.

Roblot (L.). Principes d'anatomie et de physiologie appliqués à la gymnastique. 3e éd. In-18, 236 p. avec fig.

Silberschmidt (W.). Ueber den Einfluss der Erwärmung auf die Gerinnung der Kuhmilch. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 et 9 juillet.) — Influence du chauffage sur la coagulation du lait de vache.

Surmont et **Gérard** (E.). Sur la présence de l'oxyde de carbone dans l'atmosphère de certaines salles de gazage dans les filatures de coton. (*Echo méd. du Nord*, 12 juillet.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Courmont (J.). Sur les dangers du chlorure de sodium administré aux malades en puissance d'anasarque. (*Lyon méd.*, 12 et 19 juillet.)

Deplano (G.). Tetano ed acido fenico; contributo alla cura Baccelli. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juillet.)

Menzer. Das Antistreptokokkenserum und seine Anwendung beim Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 et 30 juin.) — Le sérum antistreptococcique et son emploi.

Moszkowicz (L.). Physostigmin gegen gefahrdrohenden Meteorismus (namentlich nach Operationen). (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 mai.) — L'ésérine contre le météorisme grave (surtout à la suite d'opérations).

Pagano (F.) et **Giorgi** (M.). Il solfato di cinconina nelle febbri malariche; 1a nota. (*Policlinico*, 27 juin.)

Rossi (A.). Il valore curativo del siero antidifterico osservato a diversi periodi di tempo dall'inizio della malattia. In-8°, 16 p. Sant'Arcangelo di Romagna.

Sanchez Herrero. Tratamiento curativo de la tuberculosis pulmonar. In-8°, 375 p. avec fig. Madrid.

Schedel (H.). Beiträge zur Kenntnis der Wirkung des Chlorbariums, besonders als Herzmittel. In-8°, 108 p. avec fig. Stuttgart. — Contribution à l'étude de l'action du chlorure de baryum, surtout comme médicament cardiaque.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Chatin (A.) et **Carle** (M.). Photothérapie; la lumière agent biologique et thérapeutique. In-16, 180 p. avec fig.

Doumer (E.). Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse. (*Nord méd.*, 15 juillet.)

Exner (A.). Zur Röntgenbehandlung von Tumoren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 juin.) — Radiothérapie des tumeurs.

Monié. Incontinence d'urine infantile traitée par les courants induits; guérison maintenue depuis 14 mois. (*Limousin méd.*, juin.)

Varney (H. R.). Results in radiotherapy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juin.)

Wolff (R.). Ueber das Röntgenbild der Handwurzel in Hinsicht auf die Luxationsstellungen des Handgelenks. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juillet.) — L'image radiographique du carpe au point de vue de la localisation des luxations du poignet.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Bäumer (E.). Die Geschichte des Badewesens. In-8°, 79 p. avec fig. Breslau. — L'histoire de la balnéologie.

Strasser (A.). Die hydriatische Behandlung der Herzkrankheiten. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, juillet.) — L'hydrothérapie des maladies du cœur.

Winckler (A.). Zur Balneotherapie des chronischen Gelenkrheumatismus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9, 13, 16 et 20 juillet.) — Balnéothérapie du rhumatisme articulaire chronique.

BACTÉRIOLOGIE

Kretz (R.). Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medicin. In-8°, 149 p. Vienne. — Les applications de la bactériologie à la pratique médicale.

Lentz (O.). Weitere Beiträge zur Differenzirung des Shiga-Kruse'schen und des Flexner'schen Bacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 3.)

Milchner (R.). Pseudotuberkelbacillen in einem Falle von hochgradiger Bronchieektasie, sowie einiges über das färberische Verhalten der Bacillen im Gewebe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 juillet.) — Bacilles pseudo-tuberculeux dans un cas de bronchiectasie très accentuée; remarques sur la coloration des bacilles dans les tissus.

Neisser (M.). Ueber die Symbiose des Influenzabacillus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juin.)

Oettingen (W. von). Anaërobie und Symbiose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIII, 3.)

Pfeiffer (H.). Ueber Bakterienbefunde in der normalen männlichen Urethra und über den « Syphilisbacillus » Max Joseph's. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 juin.) — Les bactéries que l'on trouve dans l'urèthre normal de l'homme et le « bacille syphilitique » de Max Joseph.

DÉONTOLOGIE

Dupuy (J. T.). Le dogme du secret médical; essai de réfutation (étude de médecine légale, d'hygiène sociale et de morale professionnelle). In-18, XXIII-130 p.

Flügge (G.). Das Recht des Arztes, zum Gebrauch für den Arzt nach den reichsrechtlichen und den preussischen landesrechtlichen Bestimmungen dargestellt. In-8°, 210 p. Vienne. — Les droits du médecin, d'après les législations allemande et prussienne.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Frère (H.). Notes sur Fagon, premier médecin de Louis XIV. In-8°, 26 p. Rouen.

Hamill (S. M.). A review of some of the older writings on infant feeding. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Revue de quelques publications anciennes sur l'alimentation des enfants en bas âge.

La chirurgie et l'obstétrique en Auvergne en 1726 (documents inédits). In-8°, 16 p. avec fig. Poitiers.

Lamouzèle. Quelques documents inédits sur les chirurgiens-barbiers de Toulouse. In-8°, 7 p. Toulouse.

Möller (C.). Die Medizin im Herodot. In-8°, 36 p. Berlin. — La médecine dans les œuvres d'Hérodote.

GÉNÉRALITÉS

Hue (F.). Histoire de l'hospice général de Rouen (1602-1840). In-8°, 331 p. Rouen.

Panzer (Th.). Der Begriff : « Eiweisskörper ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 juin.) — Ce qu'il faut entendre par « corps albuminoïdes ».

Treille (G.). Besoins et organisation de l'enseignement de la médecine et de l'hygiène coloniales. In-16, 22 p.

Yvert (A.). Causeries sanitaires (conférences de la Croix-Rouge française, comité départemental de Dijon). T. Ier. In-8°, 333 p.

23e ANNÉE. — N° 36. Vingt centimes le numéro. 9 SEPTEMBRE 1903.

LA
SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Ictères bénins post-opératoires, par M. le professeur R. de Bovis 293
ETRANGER : *Lettres de Belgique.* — Les rapports de la tuberculose de l'homme avec celle des bovidés 295
Réglementation de la vente du lait destiné à la consommation 296
Mode d'action et origine des substances actives des sérums préventifs et des sérums antitoxiques 296
Lettres d'Amérique. — La prostatectomie aux Etats-Unis 296
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Hystérectomie abdominale totale précésarienne 297
De la valeur séméiologique de l'hydropisie de l'amnios dans l'auto-intoxication gravidique 297
Publications allemandes. — Nouvelles expériences concernant la nature et le traitement de la fièvre de foin 297
Présence de protozoaires dans le sang des sujets atteints de typhus exanthématique. 298
Un symptôme non encore apprécié du rachitisme 298
Recherches bactériologiques sur l'agent pathogène du chancre mou 298
Fractures de la clavicule chez les nouveau-nés dans l'accouchement par le sommet.. 298
Publications anglaises. — Une forme rare de maladie du cœur [rétrécissement pulmonaire] chez un adulte 298
Du traitement chirurgical de la paralysie faciale par anastomose nerveuse 299
Le diagnostic des lésions intestinales dans le cas de contusion abdominale 299
Publications italiennes. — La gastro-entérostomie; méthodes opératoires; indications; résultats 299
Contribution au traitement de l'épilepsie... 299
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La gélatine comme moyen de traitement des diarrhées infantiles 300
La valeur diagnostique et thérapeutique de l'eau oxygénée dans les affections de l'estomac 300
La médication surrénale dans le traitement de l'atonie vésicale 300
L'usage du poisson chez les albuminuriques 300
L'emploi des préparations ovariennes à titre d'hémostatique chez les individus hémophiliques 300
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Accouchement par le sommet et fractures de la clavicule 298³
Affections gastriques 300²
Albuminurie et usage du poisson 300³
Anastomose nerveuse pour paralysie faciale. 299¹
Ankylostomasie 296²
Atonie vésicale 300²
Auto-intoxication gravidique et hydropisie de l'amnios 297²
Chancre mou et son agent pathogène 298²
Contusion abdominale et diagnostic des lésions de l'intestin 299²
Diarrhées infantiles 300¹
Diphtérie 296²
Eau oxygénée dans le diagnostic et le traitement des affections gastriques 300²
Epilepsie 299³
Fièvre de foin 297³
Fractures de la clavicule et accouchement par le sommet 298³
Gastro-entérostomie 299²
Gélatine contre les diarrhées infantiles 300¹
Hémophilie 300³
Hydropisie de l'amnios et auto-intoxication gravidique 297²
Hypertrophie de la prostate 296²
Hystérectomie abdominale totale précésarienne 297¹
Ictères bénins post-opératoires 293¹
Interventions chirurgicales et ictères bénins. 293¹
Lait et réglementation de sa vente 296¹
Médication surrénale contre l'atonie vésicale 300²
Ovariothérapie chez les hémophiliques 300³
Paralysie faciale 299¹
Poisson dans le régime des albuminuriques. 300³
Prostatectomie aux Etats-Unis 296²
Protozoaires dans le sang en cas de typhus exanthématique 298¹
Rachitisme et déformation des phalanges... 298²
Rétrécissement pulmonaire chez l'adulte.... 298³
Sérum antidiphtérique à titre préventif..... 296²
Sérums préventifs et antitoxiques 296¹
Traitement chirurgical de la paralysie faciale 299¹
— — de l'hypertrophie de la prostate 296²
— de la fièvre de foin 297³
— de l'atonie vésicale 300²
— de l'épilepsie 299³
— de l'hémophilie 300³
— des affections gastriques 300²
— des diarrhées infantiles 300¹
— préventif de la diphtérie 296²
Tuberculose humaine et ses rapports avec la tuberculose des bovidés 295²
Typhus exanthématique et présence de protozoaires dans le sang 298¹

VARIA

Inoculation de la syphilis aux singes anthropoïdes.

Quand M. Metchnikoff a présenté à l'Académie de médecine de Paris, il y a un mois et demi environ, un jeune chimpanzé femelle auquel il était parvenu à inoculer la syphilis, plusieurs membres de l'assemblée firent observer que, bien que l'érosion dont était atteint ce singe eût tous les caractères d'un chancre induré, ce n'est qu'à l'apparition des lésions secondaires qu'on pourrait se prononcer avec certitude sur le résultat de l'expérience (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 247).

Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler que jeudi dernier, 3 septembre, M. Metchnikoff a fait sur le même sujet — au nom de M. Roux et au sien — une communication devant la première section du onzième Congrès international d'hygiène et de démographie de Bruxelles. Il a déclaré qu'au trentième jour après l'apparition de la petite vésicule herpétiforme qui avait marqué le début de la lésion primitive se sont développés en divers points du corps des éléments éruptifs, d'abord au nombre de 4 seulement, mais qui n'ont pas tardé à se multiplier. Ces éléments offrent un pourtour rouge, une zone moyenne « en collerette », une partie centrale squameuse; sous ces squames se collecte un peu d'humeur. Les spécialistes appelés à examiner l'animal n'ont pas hésité à proclamer la nature spécifique de cette éruption, qui s'accompagne d'engorgements ganglionnaires multiples et de tuméfaction de la rate.

Ajoutons que des essais de transmission du virus provenant de ce chimpanzé à des cynocéphales — qui sont, parmi les singes proprement dits, les plus voisins des anthropoïdes — sont demeurés sans résultat. Ainsi se trouverait confirmé le fait que seuls les anthropoïdes sont propres à servir à des expériences de ce genre.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Alger. — M. Chapus, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté française de médecine de Beyrouth. — M. le docteur J. Calmette, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de thérapeutique et d'hygiène, en remplacement de M. J. La Bonnardière, décédé.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur D. Timoféiev, privatdocent d'histologie et d'embryologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Karl Bonhöffer, privatdocent à la Faculté de médecine de Breslau, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Lemberg. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les docteurs Hilarius Schramm et Gregor Ziembicki, privatdocenten de chirurgie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur H.-E. Bruchon, suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Besançon. — M. le docteur V. V. Mouraviev, privatdocent de neurologie à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur W. H. Corfield, professeur d'hygiène à l'University College de Londres. — M. le docteur Francis T. Miles, ancien professeur de physiologie et de neurologie à l'University of Maryland de Baltimore. — M. le docteur Matheus dos Santos, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bahia.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE NANCY

Appuhn (M.-H.). Contribution à l'étude des complications de l'appendicite; observation d'un cas de fistule appendiculo-vésicale.

Babin (M.-L.). De la pharyngite diabétique comme signe révélateur du diabète.

Baumann (A.). Ostéotomie sous-trochantérienne dans les luxations congénitales de la hanche.

Bouloumié (M.-J.). Des oblitérations et rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle.

Briquel (F.-P.). Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires (*placentomes malins*).

Bruant (L.-N.). De la chirurgie conservatrice dans les grands écrasements des membres.

Brunet (Ch.-C.). Contribution à l'étude des anomalies dentaires.

Camus (L.-R.). Contribution à l'étude des hémorrhagies toxiques d'origine appendiculaire.

Charmoille (L.-B.). Du kératocone et de son traitement par la cautérisation ignée.

Dormoy (P.-C.). Considérations sur quelques complications suppurées extra-pulmonaires au cours de la pneumonie fibrineuse.

Durand (M.-A.). Contribution à l'étiologie des polypes muqueux des fosses nasales.

Feltgen. Du pseudo-mal de Pott syphilitique.

Grosjean (M.-A.). Quelques considérations cliniques sur l'accouchement dans les cas de rétrécissement rachitique du bassin, à propos de 200 cas observés à la Maternité de Nancy de 1893 à 1903.

Houillon (Ch.-L.). Considérations à propos de deux cas d'exophtalmos pulsatile.

Laroche (A.-Ch.). Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse par les injections d'huile gaïacolée iodoformée.

Lauvray (J.-Ch.). De l'opération césarienne dans ses rapports avec les grossesses et les accouchements ultérieurs.

Lévy (S.). De l'action thérapeutique du strophantus dans le glaucome; pathogénie et traitement.

Louis (E.-H.). Contribution à l'étude des pseudarthroses; rôle de l'interposition musculaire; applications des rayons X.

Maillard (L.-C.). Recherches sur l'indoxyle urinaire et les couleurs qui en dérivent.

Maréchal (E.-F.). Les eaux d'alimentation dans le département du Doubs.

Mathieu (M.-P.). Du stridor laryngé congénital ou cornage vestibulaire congénital.

Mirsky (Bojana). Sur quelques causes d'erreur dans la détermination des aspergillées parasites de l'homme.

Morel (E.-P.). D'une forme particulière de conjonctivite d'origine animale.

Neveux. Vésicatoire à l'iodure de méthyle.

Païtoh (N.). Etude critique et étiologie des paresthésies pharyngo-laryngées.

Poirson. De l'arrachement de la cristalloïde antérieure dans l'opération de la cataracte.

Potron (M.). Recherches morphologiques, applications des caractères de la membrane à la diagnose des blastomycètes dans les tissus.

Rueff (L.). De la tuberculose emphysémateuse (emphysème généralisé au cours de la tuberculose pulmonaire).

Serra (Ch.-J.). Contribution à l'étude de l'épithélioma de la verge et de son traitement, spécialement par l'émasculation totale.

Sirantoine (L.-A.). Etude critique sur la pathogénie des kystes paradentaires uniloculaires.

Spire (A.). De l'empyème sous-phrénique d'origine appendiculaire.

Wéber (J.-A.). L'origine des glandes annexes de l'intestin moyen chez les vertébrés.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Floyd (R.). The anatomy of portal anastomosis. (*Med. Record*, 4 juillet.)

Hofbauer (J.). Ueber das konstante Vorkommen bisher unbekannter zelliger Formelemente in der Chorionzotte der menschlichen Plazenta und über Embryotrophe. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 juillet.) — Sur la présence constante, dans les villosités du chorion du placenta humain, d'éléments cellulaires non encore décrits.

Laporte (G. L.). A new blood-stain. (*Med. Record*, 27 juin.) — Une nouvelle coloration du sang.

Schumacher (S. von). Ein Fall von gekreuzter Dystopie der Niere mit Lageveränderungen an den Geschlechtswerkzeugen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 juillet.) — Un cas de dystopie croisée des reins avec anomalies dans la position des organes génitaux.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Chiari (H.). Zur Entstehung der congenitalen Darmatresie aus Intussusception. (*Prag. med. Wochensch.*, 28 mai.) — L'intussusception comme cause d'atrésie congénitale de l'intestin.

Lucksch (F.). Ein Fall von multipler chronischer Intimatuberculose der Aorta. (*Prag. med. Wochensch.*, 23 juillet.)

Magnus-Alsleben (E.). Adenomyome des Pylorus. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 1.)

Meyer (R.). Eine unbekannte Art von Adenomyom des Uterus, mit einer kritischen Besprechung der Urnierenhypothese von Recklinghausen's. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 3.) — Une espèce inconnue d'adénomyomes de l'utérus; analyse critique de l'hypothèse du rein primitif de von Recklinghausen.

Michel (F.). Osteogenesis imperfecta. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 1.)

Miodowski (F.). Drei bemerkenswerte Tumoren im und am Magen. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 1.) — Trois tumeurs remarquables dans l'estomac et dans le voisinage de cet organe.

Natanson (K.). Knorpel in der Niere. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 juillet.) — Cartilage dans le rein.

Owen (Sir I.). Case of perforation of the aorta by a pin accidentally swallowed. (*Brit. Med. Journ.*, 27 juin.) — Un cas de perforation de l'aorte par une épingle avalée accidentellement.

Peters (R.). Zur pathologischen Anatomie der Tetanie (auf Grund von 7 Obductionsbefunden); Theoretisches und Experimentelles über die Genese der tetanischen Symptome. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 1-2.)

Placzek. Ueber Pupillenveränderungen nach dem Tode. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 1.) — Sur les altérations de la pupille après la mort.

Price (M. L.). Fatal gastric hemorrhage, with autopsy. (*Med. Record*, 6 juin.)

Reuter (F.). Ueber die anatomischen Befunde beim Tode durch Erstickung. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Des constatations anatomiques dans les cas de mort par asphyxie.

Rothschild (A.). Anatomische Untersuchungen zur Frage der beginnenden Prostatahypertrophie, zugleich ein Beitrag über entzündliche Veränderungen in der Prostata. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 1.) — Recherches anatomiques sur l'hypertrophie de la prostate au début, avec une contribution à l'étude des altérations inflammatoires de la prostate.

Steinhaus (J.). Ueber Ausgang der acuten Leberatrophie in multiple knotige Hyperplasie. (*Prag. med. Wochensch.*, 25 juin et 2 juillet.) — L'atrophie aiguë du foie aboutissant à l'hyperplasie nodulaire multiple.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Chidichimo (F.). Azione fisiologica del veratro verde. In-8°, 11 p. avec tracés. Florence.

Croftan (A. C.). Synopsis of experiments on the transformation of circulating uric acid in the organism of man and animals. (*Med. Record*, 4 juillet.)

Fiori (P.). Patologia sperimentale del rene: nefrectomia ed uretero-stenosi unilaterale. (*Policlinico*, partie chir., X, 5 et 6.)

Mosse (M.). Zur Kenntnis der experimentellen Bleikolik. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.) — Contribution à l'étude de la colique de plomb expérimentale.

Spadoni (O.). Sulla liberazione dell'iodio a contatto dei tessuti animali. (*Gazz. degli Osped.*, 26 juillet.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bashford (E. F.). The problems of cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juillet.)

Biffi (U.). Sobre las hemoaglutininas de la sangre humana y hematologia de la « enfermedad de Carrión ». (*Bol. de la Acad. nacion. de med. de Lima*, III, 2.)

Galdi (F.). Il problema delle forze organiche e le teorie morfologiche in patologia. (*Morgagni*, juillet.)

Monsarrat (K. W.). The etiology of new growths. (*Brit. Med. Journ.*, 27 juin.) — L'étiologie des néoplasmes.

Ruffer (M. A.) et **Crendiropoulo** (M.). Note on antihaemolytic (haemosozic) serum. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juillet.)

MÉDECINE

Bindi (F.). Sulla cosidetta malattia di Pavy (albuminuria ciclica). (*Policlinico*, 1er août.)

Bloch (E.). Klinisch-hämatologische Mitteilungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 et 23 juillet.)

Braunstein (A.). Ueber Vorkommen und Entstehung von Urobilin im menschlichen Magen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.) — Sur la présence et l'origine de l'urobiline dans l'estomac.

Carrière (G.). La cryoscopie et ses applications à la clinique. (*Nord méd.*, 1er août.)

Criegern (T. L. von). Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Erkrankungen des Gefässsystems, welche vermutlich auf nervöser Grundlage entstehen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 et 23 juillet.) — Contribution à l'étude des affections du système vasculaire, d'origine probablement nerveuse.

Fabian (E.). Echte Blutgerinnsel als Ausgüsse der Trachea und der Bronchien in einem Falle von allgemeiner hämorrhagischer Diathese bei chronischem Icterus, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Bronchialgerinnseln. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 1-2.) — Caillots sanguins vrais comme exsudats de la trachée et des bronches dans un cas de diathèse hémorrhagique générale avec ictère chronique; contribution à l'étude des caillots bronchiques.

Hering (H. E.). Analyse des Pulsus irregularis perpetuus. (*Prag. med. Wochensch.*, 23 juillet.)

Kétly (L. von) et **Torday** (A. von). Inwiefern ist die Cytodiagnostik bei der Beurteilung der Brust- und Bauchhöhlenflüssigkeiten zu verwerten ? (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 1-2.) — Dans quelle mesure doit-on tenir compte du cytodiagnostic pour l'appréciation des épanchements thoraciques et abdominaux ?

Krause (K. A.). Zur Kenntnis der Uratablagerungen im Gewebe. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.) — Contribution à l'étude des dépôts uratiques dans les tissus.

Krukenberg (H.). Ueber Gallenblasenkoliken ohne Gallensteine. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 juillet.) — Coliques hépatiques sans calculs biliaires.

Lemoine (G.). Colique hépatique; infection biliaire. (*Nord méd.*, 1er août.)

Oestreicher (K.). Ein Beitrag zum Carcinomdiabetes. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 juin.)

Pártos (A.). Ueber rheumatische Muskelatrophie und deren Behandlung. (*Pest. med.-chir. Presse*, 12 juillet.) — L'atrophie musculaire rhumatismale et son traitement.

Reckzeh (P.). Klinische und experimentelle Beiträge zur Leukämiefrage. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.)

Silvagni (L.). Di un soffio arterioso rilevato in un malato di carcinoma epatico. (*Nuovo raccoglitore med.*, juin.)

Sinnhuber. Beiträge zur Lehre vom musculären Cardiaverschluss. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.) — Contribution à l'étude de l'occlusion musculaire du cardia.

Sollmann (T.). The chemistry of cerebrospinal fluids. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juin.)

Sontag (F.). Ueber Hydrops und seine medicamentöse Behandlung. (*Wien. med. Presse*, 12 juillet.) — L'hydropisie et son traitement médicamenteux.

Struppler (Th.). Zur Kenntnis der nach Trauma entstandenen Aorteninsuffizienz. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juillet.) — Contribution à l'étude de l'insuffisance aortique consécutive à un traumatisme.

Tiedemann (E.). Pathologisch-anatomische Studien für die klinische Diagnostik des hämorrhagischen Lungeninfarctes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.) — Recherches anatomo-pathologiques en vue du diagnostic clinique de l'infarctus hémorrhagique du poumon.

Wadsworth (W. S.). Sudden death. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, avril.) — La mort subite.

Winternitz (H.). Zur Frage der subcutanen Fetternährung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.) — Contribution à l'étude de l'alimentation sous-cutanée par les graisses.

MALADIES INFECTIEUSES

Duplant (F.). Hémorrhagie intestinale dans la fièvre typhoïde. (*Lyon méd.*, 2 août.)

Fellner (O.). Ueber Vererbung akuter Infectionskrankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 11, 18 et 25 juillet.) — De la transmission héréditaire des maladies infectieuses aiguës.

Hamill (S. M.). Milk as a carrier of infection. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, avril.) — Le lait comme véhicule d'infections.

Hrach (J.). Ueber einen seltenen Fall von Pyämie. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Sur un cas rare de pyémie.

Jenssen (F.). Ein Fall von Pneumobazillensepsis. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juillet.)

Konrádi (D.). Beitrag zur Kenntnis der Symptome und der Prophylaxe der experimentellen Lyssa. (*Pest. med.-chir. Presse*, 19 juillet.) — Contribution à l'étude des symptômes et de la prophylaxie de la rage expérimentale.

Monsarrat. Tuberculose abdominale infantile et lait de vaches tuberculeuses. (*Echo méd. du Nord*, 2 août.)

Pässler et **Rolly**. Experimentelle Untersuchungen über Kreislaufstörungen bei acuten Infectionskrankheiten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 1-2.) — Recherches expérimentales sur les troubles de la circulation dans les maladies infectieuses aiguës.

Pinzani (E.). Su la probabile etiologia di una epidemia di febbre tifoide. (*Nuovo raccoglitore med.*, juin.)

Quincke (H.). Ueber Spondylitis infectiosa. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 5.)

Raulin (L.). Un cas de récidive de la diphtérie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 août.)

Roosen-Runge. Ein Fall von Diphtheriebazillensepsis. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juillet.)

Stori (T.). Contributo alla casistica delle suppurazioni post-tifiche. (*Clinica moderna*, 29 juillet.)

Szontágh (F. von). Die Masern und der Scharlach in ihrer Vergesellschaftung mit einander und mit anderen infectiösen Krankheiten. (*Pest. med.-chir. Presse*, 14 et 28 juin et 5 juillet.) — La rougeole et la scarlatine au point de vue de leur association entre elles et avec d'autres maladies infectieuses.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aguerre (A. J.). Un caso de tic del brazo de naturaleza histérica. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin.)

Ballet (G.). Un cas de surdité verbale par lésion sus-nucléaire (sous-corticale) avec atrophie secondaire de l'écorce de la première temporale. (*Rev. neurol.*, 30 juillet.)

Brachet (A.). Pathologie mentale des rois de France : Louis XI et ses ascendants (une vie humaine étudiée à travers six siècles d'hérédité, 852-1483). In-8°, 694 p.

Brugnola (A.). Claudicazione intermittente meralgica; contribuzione clinica allo studio del morbo di Bernhardt-Roth. (*Policlinico*, 11 juillet.)

Ceraulo (S.). Sindrome di Weber. (*Morgagni*, juillet.)

Claus (A.). Catatonie et stupeur. In-8°, 129 p. Bruxelles.

Crisafulli (E.). Stati psicopatici in rapporto alla tiroide e ad auto-intossicazioni. (*Morgagni*, juillet.)

Drew (C. A.). The correlation of alcoholism, crime and insanity. (*Med. Record*, 20 juin.)

Focken (R. H.). Ueber chronisch ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 5.) — Sur l'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale.

Fraenkel (J.) et **Hunt** (J. R.). On neurofibromatosis. (*Med. Record*, 13 juin.)

Hamilton (A. M.). Infantile insanity in its relation to moral perversion and crime. (*Med. Record*, 20 juin.)

Klippel. Histologie de la paralysie générale. In-8°, 128 p. avec fig. Bruxelles.

León (J. de). Neuralgia del nervio perforante superior. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin.)

Léri (A.). Le réflexe des orteils chez les enfants (valeur diagnostique et pronostique de l'extension et de la flexion des orteils). (*Rev. neurol.*, 30 juillet.)

Parhon (C. et Mme C.). Nouvelles recherches sur les localisations spinales. (*Journ. de neurol.*, 20 juin et 5 juillet.)

Perugia (A.). Contributo alla tabe spasmodica famigliare. (*Gazz. degli Osped.*, 26 juillet.)

Ploton (M.). Névrites d'origine arsenicale (pseudotabes). (*Loire méd.*, juillet.)

Reynolds (E. S.). Further observations on alcoholic and arsenical neuritis. (*Brit. Med. Journ.*, 25 juillet.)

Richter (A.). Das Babinski'sche Zehenphänomen. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juin.)

Simon (R. M.). Brachial neuralgia. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juillet.)

Snell (S.). A case of acromegaly. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juillet.)

Starr (M. A.). Arterial sclerosis as a cause of nervous disease. (*Med. Record*, 4 juillet.)

Trénel. Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses. In-8°, 146 p. Bruxelles.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Anthony (H. G.). Report of a case of fibroma molluscum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juin.)

Campbell (R.). An interesting case of lupus vulgaris. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juin.)

Dyer (I.). The diagnosis of cutaneous syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juin.)

Heidingsfeld (M. L.). Mercurial treatment of syphilis; a further contribution to the study of mercurial injections. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juin.)

Kevin (R. O.). The local treatment of acute and chronic gonorrhœa. (*Med. Record*, 6 juin.)

Lesser (E.). Tratado de dermatologia, sifiliografía y enfermedades venéreas. (Trad. de l'allemand par Gil Saltor y Lavall et José Maria Biada.) Fasc. 1 et 2. In-8°, 80 p. avec fig. Barcelone. Salvat et Cie.

McDonald (J. T.). A diagnostic examination of 150 cases of leprosy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juin.)

Morrow (P. A.). Gonorrhœa insontium, especially in relation to marriage. (*New York Med. Journ.*, 27 juin et 4 juillet.)

Quincke (H.). Zur Casuistik der Visceralsyphilis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 1-2.)

Reissner (M.). Zur internen Behandlung der Gonorrhoe. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 20 juillet.) — Traitement interne de la blennorrhagie.

Saalfeld (E.). Diabetes und Hautkrankheiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 juillet.) — Diabète et maladies de la peau.

Strauss (A.). Meine Resultate der epiduralen Einspritzungen durch Punktion des Sakralkanals bei Syphilis und den funktionellen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juillet.) — Résultats des injections épidurales dans la syphilis ainsi que dans les affections fonctionnelles des organes génito-urinaires.

Zeisler (J.). Notes on the treatment of lichen planus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juin.)

PARASITOLOGIE

Battaglia (M. I.). Anquilostomiasis. (*Thèse de Buenos-Ayres.*)

Castellani (A.). Some observations on the morphology of the trypanosoma found in sleeping sickness. (*Brit. Med. Journ.*, 20 juin.) — Quelques remarques sur la morphologie du trypanosome que l'on trouve dans la maladie du sommeil.

Heller (A.). Ueber Oxyuris vermicularis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 1-2.)

Hobbs (J.). La trypanosomatose humaine d'après les derniers travaux. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 août.)

Inouye (Z.). Ueber das Distomum Ringeri (Cobbold). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.)

Manson (Sir P.). The life-span of Filaria medinensis. (*Brit. Med. Journ.*, 4 juillet.) — La durée de la vie de la filaire de Médine.

CHIRURGIE

Bovo (P.). Emorragia mortale per epiplocele incarcerato. (*Policlinico*, 1er août.)

Carlier et **Davrinche**. Les métastases osseuses dans le cancer de la prostate. (*Echo méd. du Nord*, 19 juillet.)

Cavazzani (T.). Un nuovo processo per la cura radicale dell'ernia crurale. (*Clinica moderna*, 22 juillet.)

De Baecker. Un cas de kyste hydatique du foie. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, mai-juin.)

De Graag (K. S.). Ueber Strumen mit Knochenmetastasen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 5.) — Des goitres avec métastases osseuses.

Donth (E.). Ein Fall von Beckenfractur; « doubles fractures verticales du bassin (Malgaigne) ». (*Prag. med. Wochensch.*, 18 juin.)

Falkenburg (C.). Zur Casuistik der Thrombose und Embolie der Mesenterialgefässe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 4.)

Favre (Ch.). Sur un cas de rupture traumatique de l'estomac chez un enfant. (*Loire méd.*, juillet.)

Franz. Ueber Ganglien in der Hohlhand. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 4.) — Des ganglions dans la paume de la main.

Hammesfahr (A.). Die Gummihandschuhe bei aseptischen Operationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juillet.) — L'emploi de gants de caoutchouc dans les opérations aseptiques.

Haymann (Th.). Amniogene und erbliche Hasenscharten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 4.) — Des becs-de-lièvre amniogènes et héréditaires.

Klemperer (L.). Ein Fall « echter » Gallensteinrecidive einige Monate nach der Operation (Cholecystektomie). (*Prag. med. Wochensch.*, 9 juillet.) — Un cas de récidive « vraie » de lithiase biliaire quelques mois après l'opération.

Koch (J.). Ueber einfach entzündliche Stricturen des Dickdarms. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 4.) — Des rétrécissements simplement inflammatoires du gros intestin.

König (F.). Ueber Einstülpungsmethoden bei der Operation der Fistula colli congenita und die gelegentliche Anwendung bei einer Mastdarmfistel. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 4.) — Les méthodes d'invagination dans l'opération de la fistule congénitale du cou et leur application dans un cas de fistule du rectum.

Lamas (A.). Tumor maligno del ciego. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin.) — Tumeur maligne du cæcum.

Lewisohn (R.). Ueber die Tuberkulose des Bruchsackes. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 5.) — Sur la tuberculose du sac herniaire.

Mancini (G.). Ferita da punta e taglio della base del ventricolo sinistro del cuore. (*Policlinico*, partie chir., X, 5.) — Plaies par instruments piquants et tranchants de la base du ventricule gauche du cœur.

Manon. Deux observations de tumeurs de la région parotidienne; fibro-sarcome et kyste hématique de la parotide. (*Limousin méd.*, avril et juin.)

Ochsner (A. J.). Clinical observations in stomach surgery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juin.)

Oliver (J. H.). Lipoma pediculado de la pared abdominal. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin.)

Payr (E.). Zur Aetiologie des « schnellenden Fingers ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 juin.) — Contribution à l'étiologie du doigt à ressort.

Philipowicz (W.). Mitteilungen über inneren Darmverschluss, mit besonderer Berücksichtigung des Volvulus der Flexura sigmoidea. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 3 et 4.) — De l'occlusion intestinale interne et, en particulier, du volvulus de l'S iliaque.

Rebentisch. Ein Fall von Entzündung eines Meckel'schen Divertikels und Ileus; viermalige Laparotomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 4.) — Un cas d'inflammation du diverticule de Meckel et d'iléus; quatre laparotomies successives.

Reiner (M.). Ueber die Beziehungen von congenitaler Coxa vara und congenitalem Femurdefect. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 juillet.) — Des rapports entre la coxa vara congénitale et l'absence congénitale du fémur.

Sakata (K.). Ueber die Lymphgefässe des Oesophagus und über seine regionären Lymphdrüsen, mit Berücksichtigung der Verbreitung des Carcinoms. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 5.) — Les vaisseaux lymphatiques de l'œsophage et les ganglions lymphatiques de la région, au point de vue de l'extension du cancer.

Wilms. Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 5.) — Zones hyperalgésiques dans les blessures de la tête par armes à feu.

Zesas (D. G.). Ueber die chirurgische Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juillet.)

UROLOGIE

Alter (W.). Ein Fall von Niereneiterung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 juillet.) — Un cas de suppuration rénale.

Arcoleo (E.). Sul trattamento chirurgico dell'estrofia della vescica. (*Morgagni*, juillet.)

Bonn (E.). Zum Capitel der chronischen Prostatitis. (*Prag. med. Wochensch.*, 18 juin.)

Casper (L.). Nierentod, Niereninsuffizienz und funktionelle Nierenuntersuchung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 juin.) — Mort rénale, insuffisance rénale et examen fonctionnel du rein.

Kapsammer (G.). Ueber Enuresis und ihre Behandlung mittels epiduraler Injektionen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 et 23 juillet.)

Le Moniet. Calcul vésical et taille hypogastrique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Marcus (H.). Experimentelle Untersuchungen über das Rückströmen von Harnblaseninhalt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 juin.) — Recherches expérimentales sur le reflux du contenu de la vessie.

Montfort (A.). De l'incontinence d'urine chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard. (*Gaz. méd. de Nantes*, 25 juillet et 1er août.)

Paschkis (R.). Ueber Drüsen und Cysten im Epithel der männlichen und weiblichen Harnröhre. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 6.) — Les glandes et les kystes dans l'épithélium de l'urèthre de l'homme et de la femme.

Sakata (K.). Experimentelle Beiträge zur hämatogenen Niereninfection von den Harnwegen, insbesondere von der Harnblase aus. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 6.) — Recherches expérimentales sur l'infection rénale hématogène provenant des voies urinaires, en particulier de la vessie.

Wulff (P.). Zur Kasuistik der essentiellen Nierenblutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juillet.) — Des hémorrhagies rénales essentielles.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Austerlitz (L.). Myom und Sterilität. (*Prag. med. Wochensch.*, 4 et 11 juin.)

Beuttner (O.). Gynæcologia helvetica. 3. Jahrgang (Bericht über das Jahr 1902). In-8°, 284 p. avec fig. et planches. Genève.

Bleynie (L.). Infection par le Bacillus aerogenes capsulatus. (*Limousin méd.*, juin.)

Chambrelent. Influence de la grossesse et de l'accouchement sur la marche de la tuberculose. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 août.)

Czempin (A.). Weitere Erfahrungen über Myomoperationen an der Hand von 140 in den letzten 12 Jahren operirten Fällen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 3.) — 140 opérations pour myomes de l'utérus, pratiquées au cours de ces douze dernières années.

Flesch (J.). Biloculäre Vaginalcyste. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 juillet.)

Frankl (O.). Beitrag zur Molenfrage. (*Wien. med. Presse*, 31 mai, 7, 14, 21 et 28 juin et 5 juillet.) — Contribution à l'étude de la môle.

Gräfe (M.). Zur Frage der Ovariotomie in der Schwangerschaft. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juillet.) — L'ovariotomie au cours de la grossesse.

Hitschmann (F.) et **Lindenthal** (O. Th.). Zur Frage der Deciduabildung bei Phosphorvergiftung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 3.) — Sur la formation d'une caduque dans l'empoisonnement par le phosphore.

Knapp (L.). Ueber « Dührssen's » Cervixincisionen. (*Prag. med. Wochensch.*, 16 juillet.)

Micholitsch. Ueber Ovarialgravidität. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 3.)

Rauscher (G.). Ueber Hämatosalpinx bei Gynatresien. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 3.)

Rieländer (A.). Ein Beitrag zur Streptokokkeninfection im Wochenbett. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 3.) — Contribution à l'étude de l'infection streptococcique pendant les suites de couches.

Schmauch (G.). Das Syncytioma malignum vaginale p.p. matur. ohne Geschwulstbildung im Uterus und seine Aetiologie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 3.) — Le syncytiome vaginal malin après accouchement à terme, sans néoplasme dans l'utérus; son étiologie.

Van de Velde (Th. H.). Hebotomie mit bleibender Erweiterung des Beckens. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 juillet.) — Hébotomie avec élargissement persistant du bassin.

Véron. De la valeur séméiologique de l'hydropisie de l'amnios dans l'auto-intoxication gravidique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Volk (R.). Das Vorkommen von Decidua in der Cervix. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 3.) — La présence d'une caduque dans le col utérin.

Wormser (E.). Die Regeneration der Uterusschleimhaut nach der Geburt. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 3.) — La régénération de la muqueuse utérine après l'accouchement.

PÉDIATRIE

Ballin (L.). Ueber das Vorkommen von Diphtheriebazillen beim gewöhnlichen Schnupfen der Säuglinge. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 2.) — Sur la présence de bacilles de la diphtérie dans le coryza ordinaire des nourrissons.

Bonnet (L.). Statistiques de l' « Œuvre de la Goutte de Lait » à Anvers. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, mai-juin.)

Edsall (D. L.). Some biological differences between the natural and the artificial feeding of infants. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, avril.) — Quelques différences biologiques entre l'allaitement naturel et l'allaitement artificiel.

Hirschl (H.). Bericht über die Gesundheitsverhältnisse bei 1000 Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 3.) — Relation sur l'état de santé de 1,000 nouveau-nés pendant les premiers jours de la vie.

Justement. Contribution à l'étude de la thérapeutique de la méningite tuberculeuse de l'enfant. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, mai-juin.)

Leiner (C.). Mediastinales Emphysem bei tracheotomierten Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 2.)

Lissauer (W.). Ueber Oberflächenmessungen an Säuglingen und ihre Bedeutung für den Nahrungsbedarf. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 2.) — Les mensurations de la surface du corps chez les nourrissons et leur signification pour la ration alimentaire.

Mosse (M.) et **Grünbaum** (D.). Zur Pathologie des Blutes im frühen Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 2.) — Contribution à la pathologie du sang chez les jeunes enfants.

Ostheimer (M.). A case of probable gummata of the liver in a child of six. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juin.) — Un cas de gommes probables du foie chez une enfant de six ans.

Roos (E.). Schwere Knochenerkrankung im Kindesalter: Osteomalacie? Rachitis? (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 1-2.) — Affection osseuse grave chez une enfant : ostéomalacie ou rachitisme?

Tugendreich (G.). Ein Fall von Meningo-Encephalitis heredosyphilitica bei einem Säugling unter dem Bilde des Hydrocephalus externus. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 2.) — Un cas de méningo-encéphalite hérédo-syphilitique chez un nourrisson, ayant évolué sous la forme d'une hydrocéphalie externe.

HYGIÈNE

Causse (H.). Précis d'hydrologie. In-18, 317 p. avec fig.

Douglas (C.). The ortol reaction as a means of distinguishing raw milk from boiled. (*Lancet*, 4 juillet.) — La réaction d'ortol comme moyen de différencier le lait cru d'avec le lait bouilli.

Felix (I.). Istoria igienei. Partea III : igiena scolara. In-4°, 151 p. Bucharest.

Hotz (H.). Physikalisch-chemische Untersuchungen über Kuhmilch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 2.) — Recherches physico-chimiques sur le lait de vache.

Jaulin. Moyens de supprimer la poussière et la boue des routes. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 juillet.)

Schottelius (M.) et **Guglielminetti**. Ueber die Teerung von Strassen zur Bekämpfung der Staubplage. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 juin.) — Le goudronnage des routes comme moyen de combattre la poussière.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bragagnolo (G.). La digitale ad alta dose nella cura della pneumonite lobare. (*Gazz. degli Osped.*, 26 juillet.)

Buxbaum (B.). Zur Therapie sexueller Funktionsstörungen beim Manne. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, juin.) — Traitement des troubles sexuels fonctionnels chez l'homme.

Centra (C.). Edemizzazioni al sublimato corrosivo nella pustola maligna e nella eresipela. (*Policlinico*, 25 juillet.)

Clément (E.). Action de l'acide formique sur le système musculaire. (*Lyon méd.*, 2 août.)

Isidori (T.). Contributo alla cura del carbonchio colle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo. (*Policlinico*, 11 juillet.)

Maggiora (R.). Il valore immunizzante del siero antidifterico in rapporto ai suoi più comuni metodi di dosaggio. (*Policlinico*, partie méd., X, 7.)

Mariani (F.). Le iniezioni endovenose di sublimato nelle malattie infettive; ricerche sperimentali. (*Policlinico*, partie méd., X, 7.)

Paschkis (H.). Zur Verordnung zerstäubter Flüssigkeiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 juillet.) — Sur la prescription des liquides pulvérisés.

Petrilli (A.). La cura iodo-iodurata alla Durante nella tubercolosi articolare e glandolare. (*Policlinico*, 4 juillet.)

Reyburn (R.). The abuses and uses of venesection in the practice of medicine. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 juin.)

Straub (W.). Eine einfache Methode des Nachweises von Phosphor in Phosphorölen für klinische Zwecke. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Une méthode simple de recherche du phosphore dans les huiles phosphorées.

23e ANNÉE. — N° 37. Vingt centimes le numéro. 16 SEPTEMBRE 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Revue critique. — Que faut-il entendre sous la dénomination de « maladie de Banti »? par M. le docteur L. Cheinisse......... 301
Chirurgie pratique. — L'usage interne du bleu de méthylène comme moyen de faciliter le diagnostic des fistules uréthro-périnéales 304
Littérature médicale : *Publications françaises.* — Les tumeurs 304
Sur un procédé pour aborder les abcès sous-diaphragmatiques du foie 304
Publications allemandes. — Sur la pathogénie de la phtisie pulmonaire 304
La paralysie traumatique du nerf spinal consécutive aux fractures de la base du crâne 305
Contribution à l'étude de l'action de la morphine sur la sécrétion du suc gastrique .. 305
Du traitement de la tuberculose laryngée par la galvanopuncture 306
Evolution de la grossesse et de l'accouchement après une rupture utérine 306
Opération de la rétroflexion utérine 306
Publications anglaises. — Un cas d'anastomose bout à bout de l'artère poplitée à la suite d'une blessure par arme à feu.......... 306
Observations sur le venin de la vipère de Russell 306
De la suffocation des malades par les vomissements fécaloïdes au cours des opérations pour obstruction intestinale et péritonite septique 306
Publications hollandaises. — L'unicité du parasite de la malaria 307
Hébotomie avec élargissement persistant du bassin 307
Publications italiennes. — Sur la transmissibilité des parasites de la malaria de la mère au fœtus 307
La synorchidie dans les opérations conservatrices sur le testicule 307
Publications russes. — Les formes cliniques et la pathogénie du mal de Bright chronique 308
Le diabète insipide chez l'enfant 308
Notes thérapeutiques. — L'usage interne de l'acide phénique à hautes doses comme moyen de traitement de la peste 308
Injection intrarachidienne d'adrénaline comme préliminaire de la cocaïnisation de la moelle 308
Emploi combiné de l'écorce de grenadier, du simarouba et du bois de campêche contre la dysenterie 308
Un procédé opératoire simple du phimosis congénital 308
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès sous-diaphragmatiques du foie....... 304^3
Acide phénique à hautes doses contre la peste .... 308^2
Adrénaline en injection intrarachidienne comme préliminaire de la cocaïnisation médullaire .... 308^2
Anastomose bout à bout de l'artère poplitée. 306^2
Bleu de méthylène à l'intérieur pour le diagnostic des fistules uréthro-périnéales .... 304^1
Cocaïnisation de la moelle après injection intrarachidienne d'adrénaline............ 308^2
Diabète insipide chez l'enfant.............. 308^2
Ecorce de grenadier, simarouba et bois de campêche associés contre la dysenterie ... 308^3
Fistules uréthro-périnéales et leur diagnostic 304^1
Fractures de la base du crâne et paralysie traumatique du nerf spinal............... 305^2
Galvanopuncture contre la tuberculose laryngée .... 306^1
Grossesse et accouchement après une rupture utérine .... 306^1
Hébotomie avec élargissement permanent du bassin .... 307^2
Maladie de Banti .... 301^1
Mal de Bright .... 308^1
Morphine et son action sur la sécrétion du suc gastrique .... 305^3
Paralysie traumatique du nerf spinal consécutive aux fractures de la base du crâne .. 305^2
Parasite de la malaria et sa transmissibilité de la mère au fœtus 307^2
— — et son unicité ...... 307^1
Peste .... 308^2
Phimosis congénital....................... 308^3
Phtisie pulmonaire et sa pathogénie........ 304^3
Rétroflexion utérine...................... 306^2
Rupture utérine et évolution de la grossesse et de l'accouchement .... 306^1
Sécrétion du suc gastrique et action de la morphine .... 305^3
Splénomégalie avec cirrhose du foie........ 301^1
Suffocation par vomissements fécaloïdes au cours de certaines opérations........... 306^3
Synorchidie dans les opérations conservatrices sur le testicule .... 307^3
Traitement de la dysenterie................ 308^3
— de la peste .... 308^2
— de la rétroflexion utérine .... 306^2
— de la tuberculose laryngée....... 306^1
— — testiculaire...... 307^3
— des abcès sous-diaphragmatiques du foie .... 304^3
— du phimosis congénital .... 308^3
Tuberculose laryngée .... 306^1
— testiculaire .... 307^3
Tumeurs .... 304^2
Venin de la vipère de Russell .... 306^3

HYGIÈNE INTERNATIONALE

La peste à Marseille.

Depuis quelques jours déjà, les journaux politiques ont signalé à Marseille l'existence de cas de peste bubonique. Bien que l'unique communiqué officiel fait jusqu'ici parle seulement de « pneumonie suspecte » et que les résultats des recherches bactériologiques qui ont été instituées par les autorités sanitaires n'aient pas été portés à la connaissance du public, il semble bien que le diagnostic de peste ne fasse pas de doute. Il convient d'ajouter, d'ailleurs, que des mesures rigoureuses d'isolement ayant été prises, et un incendie ayant détruit l'usine qui avait été le point de départ de la petite épidémie, tout danger de propagation du mal paraît désormais écarté. Voici du reste les renseignements que nous transmet à ce sujet notre correspondant spécial à Marseille :

« Le 27 août dernier, à la suite de la manipulation, dans une cartonnerie située à Saint-Barnabé (banlieue de Marseille), d'un ballot de chiffons provenant de Bombay, il y eut des affections bizarres par la soudaineté des phénomènes, la gravité des symptômes et la rapidité des décès. Quatre personnes ayant manipulé ces chiffons succombèrent très vite, et les autres, au nombre de 11, furent gravement atteintes. L'examen bactériologique d'un des cas fut pratiqué au dépositoire du cimetière Saint-Pierre, et les autorités décidèrent d'envoyer les malades en traitement dans une propriété léguée aux hospices civils par M. Salvator et située au quartier Sainte-Marguerite, à une certaine distance de la ville. On transporta dans la même propriété les ouvriers ayant travaillé dans la cartonnerie en question, ainsi que les personnes ayant été en contact avec les contaminés.

» Depuis l'ouverture de l'hôpital Salvator, il y a eu un nouveau décès et une admission; l'état de la plupart des patients en traitement est satisfaisant; un seul est gravement atteint.

» On a fait des injections de sérum antipesteux à tous les sujets ayant eu des rapports avec les malades; les personnes en observation à l'hôpital Salvator auront vraisemblablement reçu leur *exeat* à l'heure où ces lignes vous parviendront.

» En somme, on compte une quinzaine de cas avec 5 décès; l'on peut dire que l'épidémie a été détruite dans l'œuf par l'incendie du foyer local de l'infection.

» L'état sanitaire de Marseille est, malgré l'émotion de la population, très satisfaisant. »

Comme on le voit, ces renseignements ne laissent pas que d'être rassurants, et ils nous sont confirmés par un télégramme nous annonçant, au moment de mettre sous presse, qu'il n'y a rien de nouveau. Il faut se féliciter qu'il en soit ainsi, d'autant plus que ce qui vient de se passer à Marseille donne à supposer que les mesures de protection édictées contre la peste ne sont pas toujours rigoureusement appliquées; on en doit conclure, en effet, que des marchandises aussi éminemment susceptibles de recéler des germes infectieux que les chiffons ont pu être introduites à Marseille sans désinfection — ou après une désinfection que l'événement devait montrer insuffisante —, quoiqu'elles provinssent d'un point du globe où la peste sévit à l'état endémique.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Wilhelm O. Risel est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur W. P. Serbsky, privatdocent de neurologie et de psychiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Giuseppe Colapinto est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur S. I. Goldberg est nommé privatdocent de bactériologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE LYON

Alamagny (A.). Du rôle moteur du centre visuel cortical.

Alexandre (R.). Contribution à l'étude de la diarrhée chronique de Cochinchine; lésions et traitement.

Allemand (L.). Contribution à l'étude des luxations du pied en dehors, consécutives aux fractures bimalléolaires.

Anthoinoz (E.). La cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Lucas-Championnière; ses résultats éloignés.

Arnaud (J.). Essai sur la hernie périduodénale droite.

Assailly (L.). Du hoquet dans la pneumonie.

Aubert (V.). Le drainage après les interventions par voie abdominale sur le petit bassin de la femme.

Autour (S.). Actinomycose du cœur et du péricarde.

Balvay (A.). De la toux dans la tuberculose pulmonaire chronique.

Bancel (L.). Le bacille d'Eberth et le poumon des typhiques.

Barège (P.). Cytologie des pleurésies chez les cardiaques et les brightiques.

Barret (P.). Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice des traumatismes du pied, de l'opération de Vladimirov-Mikulicz en particulier.

Bassan (I.-S.). Contribution à l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicales.

Bathias (H.). Sur le dosage du fer dans le sang au point de vue clinique; technique, résultats.

Bérard (V.). L'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites; ses résultats éloignés.

Bergé (A.). L'œil et les tumeurs solides du sinus frontal (essai anatomo-clinique).

Beyle (G.). De la pylorectomie dans le cancer du pylore et du choix du procédé d'abouchement.

Blanchet (H.). Contribution à l'étude de la résorption spontanée dans l'empyème à pneumocoques de la seconde enfance.

Bompard (E.). Péritonites aiguës d'origine vésiculaire (sans perforation de la vésicule).

Borreil (J.). Rhumatisme tuberculeux abarticulaire; entérocolite d'origine tuberculeuse.

Bouis (P.). De la syphilis des verriers; responsabilité des patrons.

Calvet (G.). Les méthodes nouvelles du traitement de l'hypospadias.

Campana (M.). Hérédité tuberculeuse et névropathies; manifestations nerveuses chez les descendants de tuberculeux.

Carrier (H.). Etude critique sur quelques points de l'histologie normale et pathologique de la cellule nerveuse, examinée par la méthode de Nissl, à propos de recherches sur les altérations histologiques des centres nerveux dans les délires toxi-infectieux des alcooliques, le delirium tremens fébrile et le délire aigu; réflexions pathogéniques.

Cartellier (Ch.). Contribution à l'étude de l'adrénaline.

Caubet (M.). Des kystes congénitaux du prépuce.

Charmont (P.). Des lois d'assurances sociales et ouvrières allemandes (maladie, vieillesse, invalidité, accidents); des établissements thérapeutiques créés par les Caisses d'assurances en Allemagne.

Chavant (F.). La peste à Grenoble (1410-1643).

Colomb (R.). Perforations congénitales des piliers antérieurs du voile du palais.

Coste (J.). Traitement des fractures de l'olécrâne par le cerclage.

Debauge (A.). Contribution à l'étude du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage chez l'enfant.

Démètre (M.). Contribution à l'étude des fibromes naso-pharyngiens.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Comptes rendus de l'Association des anatomistes (5e session, Liège, 1903). In-8°, XXXII-232 p. avec fig. et planches. Nancy.

Fellner (O.). Zur normalen Struktur des Syncytiums; vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er août.)

Fränkel (E.). Ueber eine neue Markscheidenfärbung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.) — Sur un nouveau procédé de coloration des gaines de myéline.

Lesbre (F. X.), **Ball** (V.), **Forgeot** (E.), **Marotel** (G.) et **Rabieaux** (A.). Eléments d'histologie et de technique microscopique. 2e éd. In-8°, 631 p. avec fig.

Pfister (H.). Zur Anthropologie des Rückenmarks. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août et 1er sept.) — Contribution à l'étude anthropologique de la moelle épinière.

Schwalbe (G.). Ueber geteilte Scheitelbeine. In-4°, 74 p. avec fig. Stuttgart. — Des os pariétaux divisés.

Spalteholz (W.) et **His** (W.). Handatlas der Anatomie des Menschen. T. III, 2e partie. In-8°, p. 617 à 869, avec fig. Leipzig.

Stransky (E.). Bemerkungen über die bei Marchi-Färbung auftretenden artificiellen Schwärzungen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.) — Remarques sur les colorations noires artificielles qui se produisent avec le procédé de Marchi.

Zondek (M.). Stereoskopischer Atlas (von Macerations-Präparaten) der Nieren-Arterien, -Venen, -Becken und -Kelche. In-8°, 36 planches, avec texte explicatif. Berlin. — Atlas stéréoscopique des artères, des veines, des bassinets et des calices du rein.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bielschowsky (M.). Zur Histologie der multiplen Sklerose; Untersuchungsergebnisse neuer Methoden. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.) — L'histologie de la sclérose en plaques, étudiée à l'aide des nouvelles méthodes de recherche.

Chamchine (V.). Un cas de myélite hémorrhagique intéressant la moelle épinière et le bulbe (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 15.)

Gouberman (M.). Contribution à l'anatomie pathologique de la morve aiguë (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 14.)

Harbitz (F.). Primær kræft i en lunge med bronchiektatiske kaverner, eiendommelige metastaser til hjernen og bensystemet. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.) — Cancer primaire du poumon avec cavernes bronchiectasiques et métastases particulières dans le cerveau et dans le système osseux.

Pick (A.). Weiterer Beitrag zur Pathologie der Tetanie, nebst einer Bemerkung zur Chemie verkalkter Hirngefässe. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.) — Nouvelle contribution à la pathologie de la tétanie, avec remarques sur la chimie des vaisseaux cérébraux calcifiés.

Schaffer (K.). Ueber Markfasergehalt eines normalen und eines paralytischen Gehirns. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — De la teneur en fibres à myéline d'un cerveau normal et d'un cerveau provenant d'un sujet atteint de paralysie générale.

Vastarini-Cresi (G.). Le anastomosi arteriovenose nell'uomo e nei mammiferi; studio anatomo-istologico. In-8°, 176 p. avec planches. Naples.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Achard (C.). Nouveaux procédés d'exploration; leçons de pathologie générale. 2e éd. In-8°, 547 p. avec fig.

Bickel (A.). Zur Lehre von der Uraemie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 27 juin.)

De Michele (P.). Lezioni di patologia generale. 3e éd. In-8°, 276 p. Naples.

Doyen (E.). Le micrococcus neoformans et les néoplasmes. In-8°, 48 p. avec fig.

Eijkman (C.). De beteekenis der bacteriën van het spijsverteringskanaal. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 août.) — Le rôle des bactéries du tube digestif.

Fürst (L.). Ueber Ernährungs- und Funktions-Insuffizienz des Gehirns. (*Therap. Monatsh.*, août.) — De l'insuffisance du cerveau au point de vue de sa nutrition et de ses fonctions.

Goldberg-Zlatogorov (S.). De la participation des organes internes à l'élaboration de l'immunité (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 juillet.)

MÉDECINE

Bottentuit. Etiology and treatment of muco-membranous colitis. (*Brit. Med. Journ.*, 27 juin.)

Calabrese (A.). Alcune ricerche sul sangue e sul ricambio nella cianosi congenita (come contributo allo studio dell'iperglobulia). (*Gazz. internazion. di med.*, VI, 14.)

Campbell (H.). Observations on mastication. (*Lancet*, 11, 18 et 25 juillet et 8 août.)

Die Handhabung des Heilverfahrens bei Versicherten durch die Landes-Versicherungsanstalt der Hansestädte im Jahre 1902, sowie die Jahresberichte über die Heilstättenanlagen Oderberg, Glückauf, Gr. Hansdorf, Westerland und die Genesungsstation Pyrmont. In-4°, 49 p. Hambourg. — Du mode de traitement des assurés [1,127 phtisiques et 515 autres malades] par la Caisse d'assurance des villes hanséatiques pendant l'année 1902 (avec rapport annuel sur le fonctionnement de chacun des sanatoria appartenant à ladite Caisse).

Diehl. Die Plethora abdominalis. (*Deutsche Praxis*, 25 avril et 10 mai.)

Einhorn (M.). The art of increasing and diminishing the bodily weight at will. (*Med. Record*, 18 juillet.) — L'art de faire augmenter ou diminuer, à volonté, le poids du corps.

Ergebnisse des von der Landes-Versicherungsanstalt der Hansestädte bis Ende 1902 eingeleiteten Heilverfahrens bei Versicherten, die an Emphysem, Asthma, Bronchitis, Neurasthenie, Chlorose, Gelenkrheumatismus, u. s. w. erkrankt waren. In-4°, 10 p. Hambourg. — Résultats (jusqu'à fin 1902) du traitement des individus assurés par la Caisse d'assurance des villes hanséatiques.

Ewald (C. A.). Gastric and intestinal crises. (*Med. Record*, 20 juin.)

Phillips (S.). On the diagnosis of the cause of jaundice. (*Lancet*, 27 juin.)

Rhodes (H.). The value of lumbar puncture in general practice. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juillet.)

Rolleston (H. D.) et **Jex-Blake** (A. J.). On the occurrence of vomiting during rectal alimentation. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juillet.)

Schröder (H.). The clinical importance of albuminuria. (*Med. Record*, 18 juillet.)

Sharp (J. G.). Respiratory crises in Graves's disease. (*Lancet*, 27 juin.)

Strong (W. M.) et **Seligmann** (C. G.). A new method of counting the corpuscles of the blood. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juillet.) — Un nouveau procédé pour compter les globules sanguins.

Trevithick (E.). A case of chloroma, with clinical history and account of post-mortem appearances. (*Lancet*, 18 juillet.)

Van Linden van den Heuvell (H. L.) et **Façee Schaeffer** (N. J. M.). Glycosuria diurna. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 août.)

MALADIES INFECTIEUSES

Britnev (V.). Un cas grave de streptococcie; emploi du sérum antistreptococcique; guérison (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 juillet.)

Browne (H. D.) et **Crompton** (K. E.). Note on the persistence of the Gruber-Widal reaction in convalescence from typhoid fever. (*Lancet*, 27 juin.)

Coccolatos (Cl.). Ο κατά της φθίσεως ἀγών. 3e fasc. In-8°, p. 33 à 48. Athènes. — La lutte contre la tuberculose.

Ergebnisse des von der Landes-Versicherungsanstalt der Hansestädte eingeleiteten Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten bis Ende 1902. In-4°, 34 p. Hambourg. — Résultats (jusqu'à fin 1902) du traitement des phtisiques assurés par la Caisse d'assurance des villes hanséatiques.

Fasquelle. Relation entre la rubéole et la rougeole. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 juillet.)

Günther. Eine bösartige Scharlachepidemie. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juin.) — Une épidémie de scarlatine maligne.

Harrison (W. S.). Note on a case of spurious hydrophobia (lyssophobia). (*Lancet*, 18 juillet.)

Heaney (F. S.). A case of septicæmia. (*Lancet*, 8 août.)

Lacerda (J. B. de). A febre amarella e a cellula hyalina. (*Brazil-medico*, 22 juillet.)

Machon (F.). Quelques remarques sur la propagation, le traitement et la prophylaxie de la peste bubonique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Schamberg (J. F.). Some clinical observations on chicken-pox. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juin.) — Quelques observations cliniques sur la varicelle.

Schmitt (J.). Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. (Trad. du français par M. Salvat.) In-8°, 469 p. Barcelone. Salvat et Cie.

Vaillard (L.) et **Dopter** (Ch.). La dysenterie épidémique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Warner (A.). Small-pox in the fœtus. (*Lancet*, 11 juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Berze (J.). Ueber das Primärsymptom der Paranoia. In-8°, 57 p. Halle.

Carito (D.). La neurastenia e la vita moderna. In-8°, 189 p. Naples.

Crzellitzer (A.). Ein Fall von hysterischer Blindheit, durch hypnotische Suggestion dauernd geheilt. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Un cas de cécité hystérique, définitivement guérie par la suggestion hypnotique.

Faldella (R.). Caso raro di contrattura isterica. In-8°, 15 p. Urbino.

Flatau (G.). Die Ischias. In-8°, 48 p. avec fig. Leipzig.

Grudzinski (Z.). O rozpoznaniu rózniczkowem pomiedzy padaczka i histerya. (*Kronika lekarska*, 1er et 15 avril et 1er mai.) — Le diagnostic différentiel entre l'épilepsie et l'hystérie.

Kallmeyer (B.). Was sollen wir von dem sogenannten hysterischen Fieber halten? (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 8 août.) — Que doit-on entendre par fièvre dite hystérique?

Koch (P. D.). Dipsomani, pseudodipsomani. (*Hospitalstidende*, 12 août.)

Laquer (B.). Ueber Höhenkuren für Nervenleidende. In-8°, 19 p. Halle. — Les cures d'altitude pour les sujets atteints de maladies du système nerveux.

Magnus (V.). Tre tilfælde af herpes zoster, efterfulgte af motoriske forstyrrelser. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.) — 3 cas d'herpès zoster accompagné de troubles moteurs.

Mouratov (V.). Contribution à la pathologie de la poliomyélite antérieure aiguë des adultes (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 15.)

Panski (A.). Ein Fall von peripherer rechtsseitiger Hypoglossuslähmung (Neuritis nervi hypoglossi peripherica). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Chvoguer-Lettetzky (Th.). Un cas de lichen scrophulosorum (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Engelbreth (C.). Die Abortivbehandlung der Gonorrhoe; eine neue Methode. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mai.)

Grosz (S.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Cavernitis gonorrhoica. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er août.)

Hirschberg (M.). Einiges zur Differentialdiagnose der Hautlepra. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 9 mai.) — Quelques considérations sur le diagnostic différentiel de la lèpre cutanée.

Hodara (M.). Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins bei der Alopecia areata. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mai.) — Recherches histologiques relatives à l'action de la chrysarobine sur la pelade.

Kevin (R. O.). Treatment of the common clinical forms of gonorrhœa in the female. (*New York Med. Journ.*, 20 juin.)

Kogan (E.). Localisations rares des chancres, de certaines syphilides, de l'hydrargyrisme et du psoriasis simple (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Marullo (A.). Ein Fall von Vitiligo bei einem Neger. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.)

Ouglov (V.). Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par des injections de salicylate de mercure (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Reiss. Ueber Urticaria pigmentosa perstans. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er août.)

Schlasberg (H. I.). Klinische Studien über Gonorrhoe. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 1 et 2.)

Ullmann (J.). Ueber eigentümliche Geschwulstbildung in einer Tätowierungsmarke. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.) — Une tumeur singulière développée au niveau d'un tatouage.

CHIRURGIE

Arnold (G. J.). A case of intestinal obstruction presenting unusual features. (*Lancet*, 18 juillet.) — Un cas d'occlusion intestinale à phénomènes insolites.

Baillet (M.). Intervention pour appendicite au début. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 juillet.)

Berg (A.). Perforating gastric and duodenal ulcers: unilateral exclusion of duodenum for perforating ulcers of its posterior wall. (*Med. Record*, 6 juin.)

Bergmann (von), **Bruns** (von) et **Mikulicz** (von). Handbuch der praktischen Chirurgie. 3. Band: Chirurgie des Unterleibes. In 8°, 1286 p. avec fig. Stuttgart. — Chirurgie de l'abdomen.

Bichat (H.). Plaie pénétrante du crâne par arme à feu; trépanation; guérison. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.)

Brav (H. A.). The diagnostic value of a proctoscopic examination in proctitis, with some remarks on that affection. (*New York Med. Journ.*, 4 juillet.)

Curtis (H. J.). A case of hernia of the bladder associated with an inguinal hernia, with reference to three other recent cases. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juillet.) — Un cas de hernie de la vessie, associée à une hernie inguinale.

Darling (C. G.) et **Loree** (D.). Report of an operation for carcinoma of the cæcum and one of carcinoma of the transverse colon. (*Med. Record*, 13 juin.)

Deanesly (E.). A criticism of current doctrines concerning hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 27 juin.)

Ely (L. W.). Dislocation of the carpal scaphoid. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Eve (F. S.). 3 cases of cholecystectomy. (*Lancet*, 27 juin.)

Ferguson (G. B.). Hernia of the bladder as a complication of inguinal hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 25 juillet.) — Hernie de la vessie comme complication d'une hernie inguinale.

Fourrier. Deux cas d'arthrophytes du genou traités par l'arthrotomie large et la recherche au moyen du doigt. (*Arch. méd. belge*, juillet.)

Gangitano (F.). Dell'ectopia del testicolo e del suo trattamento con un nuovo processo operatorio. (*Policlinico*, partie chir., X, 6 et 7.)

Gerster (A. G.). On septic thrombosis of the roots of the portal vein in appendicitis and on pylephlebitis, together with some remarks on « peritoneal sepsis ». (*Med. Record*, 27 juin.) — La thrombose septique des racines de la veine porte dans l'appendicite et la pyléphlébite; quelques remarques sur la septicémie péritonéale.

Harte (R. H.). 3 successful laparotomies for intestinal perforation in typhoid fever. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Hawthorne (C. O.). Cicatricial constriction of the abdominal wall and of the left thigh attributed to compression by the umbilical cord. (*Lancet*, 8 août.) — Constriction cicatricielle de la paroi abdominale et de la cuisse gauche, attribuée à la compression par le cordon ombilical.

Hurd (L. M.) et **Holden** (W. A.). A case of paraffin injection into the nose followed immediately by blindness from embolism of the central artery of the retina. (*Med. Record*, 11 juillet.) — Un cas d'injection de paraffine dans le nez, suivie aussitôt de cécité par embolie de l'artère centrale de la rétine.

Lediard (H. A.). Perforations of the gall-bladder; treatment by invagination. (*Lancet*, 4 juillet.) — Perforations de la vésicule biliaire; traitement par l'invagination.

Lile (S.). A new method of drainage in empyema. (*New York Med. Journ.*, 4 juillet.)

Lilienthal (H.). The treatment of so-called diabetic gangrene of the extremities. (*New York Med. Journ.*, 4 juillet.)

Lucas (R. C.). On influenzal orchitis. (*Brit. Med. Journ.*, 25 juillet.)

Mackenzie (J.). The nature of the symptoms in appendicitis. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juillet.)

Reichard. 60 Sehnenverpflanzungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 juin.) — 60 greffes tendineuses.

Reiner (M.). Epiphyseolyse mit subkutaner Periosteotomie zur Behandlung des Genu valgum infantum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juillet.)

Santucci (A.). Peritonite erniaria acuta in sacco non includente visceri addominali. (*Policlinico*, 18 juillet.)

Schlesinger (H.). Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. 1re partie. In-8°, 236 p. Iéna. — Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes.

Schulhof (M.). Akuter Darmverschluss, hervorgerufen durch Ascaris lumbricoides; ein Beitrag zur Lehre vom Ileus. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 juin.) — Occlusion intestinale aiguë, provoquée par des lombrics.

Stangl (E.). Zur Kenntnis der perithelialen Blutgefässtumoren der Haut. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 6.) — Contribution à l'étude des tumeurs vasculaires périthéliales de la peau.

Szendrö (J.). Ein Beitrag zur Entstehung des Angioma cavernosum. (*Wien. med. Wochensch.*, 13 juin.) — Contribution à l'étude de l'origine de l'angiome caverneux.

Tietze (A.). Wann soll im acuten Stadium der Perityphlitis operirt werden? (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 11 juillet.) — Quand doit-on opérer la pérityphlite à l'état aigu?

Viscontini (C.). Un caso di disarticolazione interscapolo-toracica. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juillet.)

Wedl (C.), **Metnitz** (von) et **Wunschheim** (von). Pathologie der Zähne. 2e éd. T. II. In-8°, 288 p. avec fig. Leipzig. — Pathologie des dents.

Wyeth (J. A.). The treatment of vascular tumors by the injection of water at a high temperature, with suggestions as to its employment in tubercular adenitis, abscess, fistulous tracts. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 juin.) — Le traitement des tumeurs vasculaires par des injections d'eau chaude.

UROLOGIE

Cabot (F.) et **Spooner** (H. G.). The cystoscope; its indications and contraindications in genito-urinary diseases. (*Med. Record*, 11 juillet.)

Clarke (W. B.). Some points in the pathology and treatment of prostatic obstruction, with an account of 33 operations for its removal. (*Brit. Med. Journ.*, 4 juillet.) — 33 opérations pour hypertrophie de la prostate.

De Lange (Cornelia). Cystitis bij zuigelingen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 août.) — Deux cas de cystite chez des nourrissons.

Dzirné (I.). Relation de 292 lithotomies (en russe). (*Prakt. Vratch*, 28 juin, 5 et 12 juillet.)

Harrison (R.). Remarks on cancer of the prostate and the selection of cases for suprapubic prostatectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 4 juillet.)

Krüger (C.). Prostatamassage und Albuminurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 juin.)

Rosanov (V.). Contribution à l'étude de la suture de la vessie (24 cas de taille sus-pubienne pour calcul) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 juin.)

Van Hook (W.). Perineal partial prostatectomy. (*New York Med. Journ.*, 4 juillet.)

OPHTALMOLOGIE

Ahlström (G.). Om prognosen vid retinitis albuminurica gravidarum. (*Hygiea*, août.)

Averbakh (M.). Les concrétions mycosiques des canalicules lacrymaux (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 juin et 5 juillet.)

Bull (Ch. S.). The present status of subconjunctival injections in ophthalmic therapeutics. (*Med. Record*, 18 juillet.)

Desogus (R.). Osservazioni cliniche sul glaucoma e sua operabilità. In-8°, 30 p. Cagliari.

Doyne (R. W.). Treatment of atrophic retinae with retinal extract. (*Brit. Med. Journ.*, 25 juillet.)

Fuchs (E.). Manuel d'ophtalmologie. (Trad. de l'allemand par C. Lacompte et L. Leplat.) 2e éd. In-8°, 859 p. avec fig.

Holth (S.). Historisk notis til « kineskopi ». (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.)

Lodato (G.). Blefarocalasi; contributo clinico ed anatomo-patologico. (*Arch. d'ottalmol.*, XI, 1-2.)

Lotine (A.). Un cas de mélanosarcome primitif de la paupière (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 juillet.)

Tzatzkine (A.). Un cas rare d'hémorrhagie répétée dans le corps vitré (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juillet.)

Weiss (E.). Retinitis pigmentosa und Glaukom. In-8°, 26 p. Halle.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Audebert (J.). Arrachement circulaire du col utérin pendant l'accouchement. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1er fév.)

Barth (N.). Atresia hymenalis. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.)

Bassewitz (E. von). Uma rara indicação para a provocação do parto prematuro : gravidez complicada com esternutação convulsiva reflexa. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 juillet.)

Belfield (W. T.). The weight wave of menstruation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juin.) — Les rapports entre le poids du corps et la menstruation.

Boshouwers (H.). Sectio caesarea post mortem. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 août.)

Cordaro (V.). Sulla fissazione dei pigmenti biliari nella placenta durante la gravidanza complicata da itterizia; osservazioni cliniche e ricerche sperimentali. In-8°, 20 p. avec fig. Messine.

Cousins (J. W.). Remarks on ectopic gestation and the conditions favourable for its advance to the full term. (*Brit. Med. Journ.*, 25 juillet.)

Elder (W.) et **Matthew** (E.). Pernicious anæmia following parturition. (*Lancet*, 8 août.)

Erdberg (X. von). Zur Dilatation der Cervix nach Bossi. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 4 juillet.)

Essen-Möller (E.). Sechs Kaiserschnitte, nebst Bemerkungen über die Stellung der Sängerschen Operation zu der Porro'schen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 2.) — Six opérations césariennes; remarques sur les rapports entre l'opération de Sänger et celle de Porro.

Gatti (G.). Metodo di isteropessia funicolo-addominale. (*Policlinico*, partie chir., X, 7.)

Goelet (A. H.). How may we cure posterior displacement of the uterus? (*Med. Record*, 4 juillet.) — Comment peut-on guérir les rétrodéviations de l'utérus?

Goldner (S.). Hat die Verletzung des Lig. rotund. bei Herniotomien Retrodeviationen des Uterus zur Folge? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er août.) — La blessure du ligament rond au cours des herniotomies entraîne-t-elle des rétrodéviations de l'utérus?

Hellier (J. B.). Case of chorea gravidarum treated by inducing abortion. (*Lancet*, 20 juin.) — Avortement provoqué dans un cas de chorée des femmes enceintes.

Kucher (J.). Some practical remarks on the management of breech presentations. (*Med. Record*, 11 juillet.) — Quelques remarques pratiques sur la conduite à tenir dans les présentations du siège.

Paton (D. N.). The influence of diet in pregnancy on the weight of the offspring. (*Lancet*, 4 juillet.) — L'influence du régime alimentaire de la femme enceinte sur le poids de l'enfant.

Piana (G. P.). Emopoesi uterina nelle femmine di alcuni animali domestici e nella donna. In-8°, 19 p. Milan.

Stone (W. S.). The application of hospital methods for the prevention and treatment of puerperal sepsis to private practice. (*New York Med. Journ.*, 27 juin.)

Waitzfelder (E.). Intravenous infusion in puerperal septicæmia. (*Med. Record*, 20 juin.)

PÉDIATRIE

Biel (J.). Ueber künstliche Säuglingsnahrung. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 1er août.) — De l'allaitement artificiel des nourrissons.

Boot (G. W.). The pathology of summer diarrheas of children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juin.) — La pathologie des diarrhées infantiles estivales.

Comby (J.). Tratado de las enfermedades de la infancia. (Trad. du français par Andrés Martinez Vargas.) 2e éd. Fasc. 1 à 6. In-8°, 240 p. Barcelone. Salvat et Cie.

Cotton (A. C.). Infant digestive disturbances. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juin.)

Elsberg (Ch. A.). The surgical features of perforation of the intestine in typhoid fever in children. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Frölich (Th.). Om intermitterende albuminuri i barnealderen. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.) — Sur l'albuminurie intermittente chez les enfants.

Guthrie (L. G.). On the fatal effects of chloroform on children suffering from a peculiar condition of fatty liver. (*Lancet*, 4 juillet.) — Des effets nuisibles du chloroforme chez les enfants qui présentent une forme particulière de foie graisseux.

McAlister (A.). Infant feeding. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juin.) — Alimentation des enfants en bas âge.

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 21. In-8°, p. 705 à 860. Vienne.

Pearson (S. V.). The prevalence of pneumonias in infancy. (*Lancet*, 27 juin.)

Riviere (C.). The incidence and mortality of croupous pneumonia in infancy. (*Lancet*, 18 juillet.)

Rousseau-Saint-Philippe. L'alimentation de la première enfance. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 mai et 7 juin.)

Snyder (J. R.). Suggestions for reducing the prevalence of summer diarrhea in infants. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juin.) — Mesures pour réduire les ravages de la diarrhée estivale des enfants en bas âge.

Tuley (H. E.). Every-day problems in infant feeding. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 juin.) — Les problèmes de l'alimentation des enfants en bas âge.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Imhofer (R.). Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (*Prag. med. Wochensch.*, 9 et 23 juillet.) — Traitement de la tuberculose laryngée.

Marri (E.). Contributo allo studio della pioemia otitica. (*Clinica moderna*, 20 juillet.)

Politzer (A.). Verfahren zum frühzeitigen Verschluss der Wundhöhle nach operativer Eröffnung des Warzenfortsatzes. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Procédés pour l'occlusion précoce de la plaie consécutive à l'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde.

Stenger (P.). Zur Aetiologie und Therapie der Sklerose des Mittelohres. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 juillet) — Etiologie et traitement de la sclérose de l'oreille moyenne.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Burnet (J.). Ichthyol in the treatment of pulmonary disease. (*Lancet*, 8 août.)

Connon (M.). The iodoform treatment of tuberculous disease. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juillet.)

Froussard. Le traitement de la constipation. In-16, 96 p.

Goliner. Beitrag zur therapeutischen Wirkung der Bierhefe. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de la levure de bière.

Gumprecht (F.). Técnica de la terapéutica especial. (Trad. de l'allemand par Ricardo Zariquiey et Augusto Marije.) Fasc. 1 et 2. In-8°, 80 p. avec fig. Barcelone. Salvat et Cie.

Hall-Edwards (J.). Potassium permanganate in the treatment of lupus. (*Brit. Med. Journ.*, 27 juin.)

Jaffé (K.). Ein Beitrag zur Behandlung des Ileus mit subkutanen Strychnininjektionen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 août.)

Kennard (A. E.). The uses of sodium salicylate in the treatment of malarial fever. (*Lancet*, 11 juillet.)

Kilmer (Th. W.). Whooping-cough; a new method of treatment. (*New York Med. Journ.*, 20 juin.) — Un nouveau procédé de traitement de la coqueluche.

Kittel (H.). Kurzer Beitrag zur Therapie des Keuchhustens. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Contribution au traitement de la coqueluche.

Lapresa (V.). Carbonchio e fenolo. (*Incurabili*, 1er-15 juin.)

Novikov (N.). L'eau oxygénée dans quelques affections de l'estomac (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juillet.)

Oefele (F. von). Allgemeine Diätfragen für Zuckerkranke. 4e éd. In-8°, 47 p. Neuenahr. — Le régime des diabétiques.

Penzoldt (F.). Fármacoterapia clínica (tratamiento medicamentoso). (Trad. de l'allemand par José Góngora et Augusto Marije.) Fasc. 1 à 5. In-8°, 200 p. Barcelone. Salvat et Cie.

Phillips (J.). Arsenical idiosyncrasy. (*Lancet*, 11 juillet.)

Rankin (G.). The treatment of aneurysm by subcutaneous injection of gelatin. (*Lancet*, 11 juillet.)

Righi (G.). Contributo all'azione terapeutica dell'arsenico organico. In-8°, 32 p. Legnago.

Sapelier et **Dromard**. L'alcoolomanie (intoxication alcoolique latente); son traitement par le sérum antiéthylique. In-18, 209 p.

Schilling. Taschenbuch der Fortschritte der physikalisch-diätetischen Heilmethoden (Hydro-, Elektro- und Balneotherapie, Gymnastik, Massage, Diätetik) (3. Jahrgang). In-12, 235 p. Leipzig. — Progrès des méthodes physico-diététiques de traitement.

Sinding-Larsen. Jodoform ved chirurgisk tuberkulose. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.)

Smith (E.). A note on the treatment of chorea by ergot of rye. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juillet.)

Tasso (G.). Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nella cura del flemmone diffuso. (*Policlinico*, 25 juillet.)

Ullmann (K.). Ueber Anwendung konstanter Wärme; Beitrag zur Technik und Kasuistik der Thermotherapie. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, mars et mai.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Augé. Electrothérapie médicale et chirurgicale; rayons X; sismothérapie (massage vibratoire). In-8°, 46 p. avec fig. Montpellier.

Castex (E.). Précis d'électricité médicale. In-18, 672 p. avec fig.

Dally (J. H.). On the use of the Röntgen rays in the diagnosis of pulmonary disease. (*Lancet*, 27 juin.)

Grön (K.). Om Röntgenstraalernes indflydelse paa huden og deres anvendelse i behandlingen af hudsygdomme. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.) — L'action des rayons de Röntgen sur la peau et la radiothérapie des maladies cutanées.

Pfeiffer (R.) et **Friedberger** (E.). Ueber die bacterientötende Wirkung der Radiumstrahlen; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 juillet.) — Action bactéricide des radiations de radium.

GÉNÉRALITÉS

Foveau de Courmelles. Chromo et musicothérapie; du rapport des sept couleurs primitives avec les sept tons de la musique, en 1738 et en 1903. (*Rev. internation. de thérapie physique*, 15 juin.)

Hoppe (H.). Krankheiten und Sterblichkeit bei Juden und Nichtjuden, mit besonderer Berücksichtigung der Alkoholfrage. In-8°, 64 p. Berlin. — Morbidité et mortalité des israélites et des non-israélites, surtout au point de vue de l'alcoolisme.

Index-catalogue of the library of the Surgeon-General's Office, United States Army; authors and subjects. 2e série. T. VIII : Insane-Kysthospitalet. In-4°, 894 p. Washington.

Vasiliu (C.). Raportul general asupra igienei publice si asupra starei sanitare a orasului Ploesci si raportul sciintific al spitalului comunal Ploesci pe anul 1902. In-12, 84 p. Ploesci.

23e ANNÉE. — N° 38. Vingt centimes le numéro. 23 SEPTEMBRE 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Etude expérimentale de l'action des solutions de chlorure de sodium sur l'épithélium rénal, par MM. J. Castaigne et F. Rathery.... 309
ETRANGER : *Lettres d'Amérique.* — La législation antialcoolique de l'Etat d'Iowa...... 312
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — Recherches sur la pathogénie des cancers épithéliaux.................. 313
Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche.................. 314
Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire.................. 314
Publications allemandes. — De la capacité sécrétoire des glandes mammaires et des indications et contre-indications de l'allaitement maternel.................. 314
Occlusion autoplastique libre d'une perte de substance du tibia consécutive à une fracture compliquée.................. 314
Recherches sur un cas de diabète insipide. 315
Une affection auriculaire des pays chauds.. 315
Sur la symptomatologie de la maladie de Basedow.................. 315
Des vomissements incoercibles de la grossesse, et d'une nouvelle théorie de cette maladie, fondée sur l'intoxication........ 315
Publications scandinaves. — Contractions tétaniques dues aux ascarides.................. 315
Opérations césariennes itératives chez les mêmes malades.................. 316
La xérophtalmie des tout jeunes enfants... 316
De la composition du suc gastrique chez quelques sujets porteurs de tœnia....... 316
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Y a-t-il utilité à s'assurer, immédiatement après la sortie de la tête fœtale, s'il existe des circulaires autour du cou ?.................. 316
L'opothérapie mammaire comme moyen galactagogue.................. 316
La valeur de la moelle osseuse dans le traitement du rachitisme.................. 316
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Affection auriculaire propre aux pays chauds 315¹
Alcoolisme aux Etats-Unis.................. 312³
Allaitement maternel et ses contre-indications.................. 314²
Ascarides et contractions tétaniques........ 315³
Auto-intoxication et vomissements incoercibles de la grossesse.................. 315³
Cancers épithéliaux et leur pathogénie...... 313³
Chlorure de sodium et son action sur l'épithélium rénal.................. 309¹
Circulaires du cordon autour du cou et conduite à tenir au moment de la sortie de la tête fœtale.................. 316²
Contractions tétaniques et ascarides........ 315³
Coudure de l'angle colique gauche et occlusion intestinale.................. 314¹
Diabète insipide et sa pathogénie.......... 315¹
Glande mammaire comme galactagogue..... 316³
Glandes mammaires et leur capacité sécrétoire.................. 314²
Greffe osseuse pour perte de substance du tibia.................. 314³
Législation antialcoolique de l'État d'Iowa.. 312³
Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis secondaire.................. 314²
Maladie de Basedow et sa symptomatologie. 315²
Moelle osseuse contre le rachitisme........ 316³
Obésité partielle avec pigmentation dans la maladie de Basedow.................. 315²
Occlusion autoplastique libre pour perte de substance du tibia.................. 314³
— intestinale par coudure de l'angle colique gauche.................. 314¹
Opérations césariennes itératives chez les mêmes malades.................. 316¹
Opothérapie mammaire comme galactagogue 316³
Otite externe ossifiante des pays chauds.... 315¹
Protozoaire parasite des cancers épithéliaux 313³
Rachitisme.................. 316³
Régime et diabète insipide.................. 315¹
Reins et action des solutions de chlorure de sodium.................. 309¹
Suc gastrique chez les sujets porteurs de tœnia.................. 316²
Syphilis à la période secondaire et liquide céphalo-rachidien.................. 314²
Tœnia et composition du suc gastrique..... 316²
Traitement du rachitisme.................. 316³
Vomissements incoercibles de la grossesse et auto-intoxication.................. 315³
Xérophtalmie des tout jeunes enfants....... 316¹

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur S. Golovine, privatdocent à la Faculté de médecine de Moscou, est nommé professeur extraordinaire d'ophtalmologie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Richard von Zeynek, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Vienne, est nommé professeur ordinaire de chimie médicale, en remplacement de M. K. H. Huppert, démissionnaire.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Gaetano Gaglio, professeur à la Faculté de médecine de Messine, est nommé professeur ordinaire de matière médicale et de pharmacologie expérimentale.

M. le docteur Ezio Sciamanna, professeur extraordinaire de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

M. le docteur Osvaldo Polimanti, privatdocent à la Faculté de médecine de Gênes, est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Domenico Biondi, professeur à la Faculté de médecine de Cagliari, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Ulrich Rose est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur A. Kouljabko, ancien privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur extraordinaire de physiologie.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Karl Landsteiner (*anatomie pathologique*); Ernst von Czyhlarz (*médecine interne*).

Ecole de médecine du Caire. — M. le docteur Llewellyn Phillips est nommé professeur de clinique médicale.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Francesco Radaeli est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Université de Cambridge. — M. le docteur Frederick Howard Marsh, ancien lecteur à St. Bartholomew's Hospital Medical School de Londres, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

University College de Londres. — M. le docteur Sidney Martin, professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. G. V. Poore, démissionnaire.

Sont nommés lecteurs : MM. les docteurs Page May (*physiologie du système nerveux*); J. H. Parsons (*physiologie optique*).

Albany Medical College. — M. le docteur R. M. Pearce (de Philadelphie) est nommé professeur adjoint d'anatomie pathologique et de bactériologie.

College of Physicians and Surgeons de Chicago. — M. le docteur William L. Ballenger est nommé professeur d'oto-rhino-laryngologie, en remplacement de M. M. R. Brown, démissionnaire.

College of Physicians and Surgeons de New-York. — Sont nommés lecteurs : MM. les docteurs John S. Thacher (*médecine*); Joseph A. Blake et George E. Brewer (*chirurgie*); Arnold H. Knapp (*ophtalmologie*); James D. Voorhees (*obstétrique*); Christian A. Herter (*thérapeutique et matière médicale*).

University of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur Allen J. Smith, professeur à l'University of Texas de Galveston, est nommé professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Simon Flexner, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Boisseau, médecin inspecteur général du service de santé militaire français. — M. le docteur Catelan, directeur du service de la Santé de Marseille. — M. le docteur Giovanni Marenghi, privatdocent de pathologie générale à la Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur T. R. Jessop, ancien professeur de chirurgie au Yorkshire College de Leeds.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE LYON

Demurger (G.). De la cryogénine (métabenzamidosemicarbazide) et de ses emplois thérapeutiques.

Devars (A.). Essai d'étude physiologique et thérapeutique sur la théophylline (ou théocine).

Dorland (A.). Recherches expérimentales sur une toxalbumine extraite de l'urine des malades atteints d'orchite infectieuse.

Douvier (G.). Tuberculose palpébrale.

Duband (C.). De l'élongation du nerf facial dans les tics douloureux de la face.

Dubois (J.). Du rôle des vins plâtrés dans l'étiologie de la cirrhose alcoolique.

Duboucher (D.). Contribution à l'étude de la défense ganglionnaire dans l'infection syphilitique.

Duo (L.). Rhumatisme tuberculeux; hydrocèle essentielle, primitive, d'origine tuberculeuse.

Dumoulin (L.). De la splénectomie chez le chien.

Durand (P.). Des interventions chirurgicales sur l'estomac dans les vomissements rebelles de l'hystérie.

Eggli (H.). Traitement de la fièvre typhoïde par le pyramidon.

El-Khadem (Saad). Du protargol dans l'ophtalmie blennorrhagique.

Enjalbert (M.). Etude critique du traitement des attitudes vicieuses de la coxalgie chez les enfants.

Favier (J.). Des thromboses veineuses au cours des cardiopathies.

Gaïsset (A.). Le bégaiement hystérique.

Galimard (P.-J.). Contribution à l'étude des effets mortels produits par les courants électriques.

Gallavardin (J.). Des troubles respiratoires dans l'hémorrhagie méningée; respiration de Cheyne-Stokes et dissociation entre les mouvements respiratoires et les battements cardiaques.

Garnier (E.). Traitement des luxations congénitales de la hanche par la fixation du grand trochanter à l'os iliaque et au col du fémur (ilio-fémoro-trochantéro-syndèse).

Gaud (R.). De la fièvre dans la syphilis cérébrale.

Gautheron (Ch.). Le lupus et la photothérapie; technique, résultats, indications.

Gay-Bonnet (Ch.). De quelques signes diagnostiques du cancer de l'estomac.

Gazet (J.). Fractures de l'extrémité supérieure du radius.

Gillet (F.). Le méconium; son rôle en médecine légale, en obstétrique et en pathologie infantile.

Girard (P.). Hémorrhagie de l'orbite par contrecoup.

Glatard (J.). La névrose d'angoisse.

Grognard (M.). Le cœur à l'état normal (étude de radioscopie orthogonale).

Grumbach (C.). De la tension de la fontanelle bregmatique chez les nourrissons.

Guichard (P.). Considérations sur la puériculture intra-utérine.

Guth (P.). La syphilophobie et son traitement (étude étiologique et nosologique).

Hau (V.). Anévrysmes latents de la crosse de l'aorte; signes révélateurs (valeur séméiologique et diagnostique).

Henry (A.). Le tubercule chez l'homme et dans la série animale.

Hermabessière (J.). De l'éventration consécutive à la grossesse; étude anatomique et dynamique de la paroi abdominale.

Heuls (L.). Des plaies de la capsule cristallinienne et de la formation de la cataracte.

Joly (R.). Des eaux sulfatées sodiques de Miers-Alvignac; de leur indication dans la cure thermale de l'obésité.

Lafoscade (E.). De l'hydronéphrose dans les anomalies congénitales du rein.

PHYSIOLOGIE

Borissov (P.). Des rapports entre le goût et les besoins de l'organisme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 juin.)

Le Meignen (H.). Les fonctions des glandes surrénales. (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 août.)

Marchand (L.). Le goût. In-18, 335 p. avec fig.

Popielski (L.). Ueber die Zweckmässigkeit in der Function der Verdauungsdrüsen; eine kritische Betrachtung der Pavlov'schen Verdauungstheorie. (*Wien. med. Presse*, 14 et 21 juin, 5, 12 et 19 juillet.) — De la finalité dans le fonctionnement des glandes digestives; considérations critiques sur la théorie de Pavlov.

Velich (A.). Kritische und experimentelle Studien über die Wiederbelebung von tierischen und menschlichen Leichen entnommenen Herzen. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 août.) — Etude critique et expérimentale sur la révivification des cœurs extraits de cadavres animaux ou humains.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Beattie (J. M.). Hæmochromatosis, with diabetes mellitus. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Cowan (J. M.). The heart in acute disease. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — Le cœur dans les maladies aiguës.

Forster (E.-R.). Rapport sur deux cas d'adénopapillomes multiples du gros intestin avec carcinome cylindrique concomitant. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Lefas (E.). Sulla necrosi amiloide. (*Clinica moderna*, 12 août.)

Lucksch (F.). Ueber eine seltene Missbildung an den Vasa deferentia. (*Prag. med. Wochensch.*, 13 août.) — Sur une malformation rare des canaux déférents.

Perrin (M.). Anévrysme aortique oblitéré spontanément. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.)

Posner (C.). Zur Anwendung der Osmiumsäure in der klinischen Mikroskopie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 août.) — Emploi de l'acide osmique en microscopie clinique.

Rogers (L.). Pigmented atrophy of the mucous membrane of the small intestine of malarial origin. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — Atrophie pigmentaire de la muqueuse de l'intestin grêle, d'origine malarique.

Schridde (H.). Eine nach Ausstossung des Intussuszeptums spontan geheilte Invagination des Ileums, zugleich ein Beitrag zur Frage der Entstehung und Entwicklung der Intussuszeption. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juillet.) — Sur un cas d'invagination de l'iléon, guérie spontanément par l'expulsion de la portion invaginée; contribution à l'étude de l'origine et du développement de l'intussusception.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bolton (Ch.). The experimental production of uncompensated heart disease, with especial reference to the pathology of dropsy. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — La production expérimentale de cardiopathies non compensées, surtout au point de vue de la pathogénie de l'hydropisie.

Cantani (A.). Sulla bile nelle infezioni e nelle immunizzazioni; ricerche sperimentali. In-8°, 83 p. Naples.

Figari (F.). Ricerche sperimentali sull'uso di una antitossina per via gastrica. (*Gazz. degli Osped.*, 2 août.)

Gauducheau (A.). Sur le lavage antiseptique de l'intestin. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 30 août.)

Halpern (M.). Ein Beitrag zur Frage über die experimentelle Albumosurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juillet.)

Maffucci (A.). Intorno all'azione del bacillo della tubercolosi umana, bovina ed aviaria nei bovini ed ovini. (*Clinica moderna*, 26 août.)

Zeri (A.). Sulla varia efficacia dei sieri terapeutici a seconda del punto di penetrazione dei corrispondenti germi infettivi. (*Policlinico*, partie méd., X, 7, 8 et 9.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Beard (J.). Ueber Embryomata und andere Geschwülste. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juillet.) — Embryomes et autres tumeurs.

Ehrlich (P.). Toxin und Antitoxin. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 et 25 août.)

Harden (A.) et **Macfadyen** (A.). Enzymes in tumours. (*Lancet*, 25 juillet.)

Jaboulay. Recherches sur la pathogénie des cancers épithéliaux. (*Lyon méd.*, 30 août.)

Königstein (R.). Ueber die agglutinierende Eigenschaft der Galle und des Serums beim Ikterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 août.) — Sur les propriétés agglutinantes de la bile et du sérum sanguin dans l'ictère.

Kraus (R.) et **Lipschütz** (B.). Ueber Antihämolysine normaler Organe. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 août.)

Reckzeh (P.). Das Verhalten der weissen Blutkörperchen, besonders der eosinophilen Zellen, bei einigen Erkrankungen der Haut, des Blutes und bei Infectionskrankheiten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 3-4.) — L'état des leucocytes, notamment des cellules éosinophiles, dans quelques affections de la peau et du sang, ainsi que dans les maladies infectieuses.

Rogers (J.). A chemical hypothesis for the etiology of cancer. (*Ann. of Surgery*, août.)

Segale (M.). I problemi dell'innesto. (*Gazz. degli Osped.*, 9 août.) — Les problèmes de la greffe [des parenchymes].

Turró (R.). Ursprung und Beschaffenheit der Alexine. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 sept.) — Origine et constitution des alexines.

MÉDECINE

Bloch (E.). Zur Klinik und Pathologie der Biermer'schen progressiven Anämie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 3-4.)

Borelli (L.). Contributo alla casuistica delle trombosi venose endocraniche nella clorosi. (*Gazz. degli Osped.*, 23 août.)

Cipollina (A.). Versamenti chilosi e chiliformi. (*Gazz. degli Osped.*, 2 août.)

Georges (H.). Précis d'hématologie et de cytologie. In-18, 250 p. avec fig.

Goldschmidt (S.). Ueber Asthma. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 fév., 10 et 25 mars, 10 avril, 25 mai et 10 juin.)

Gregersen (F.). Ein Fall von sogenannter idiopathischer Oesophagusdilatation. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 2.)

Klein (S.). Lymphocythämie und Lymphomatose. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 et 29 août.)

Lenhartz (H.). Die septischen Erkrankungen. In 8°, 553 p. avec fig. et planches. Vienne. — Les affections septiques.

Löbl (H.). Tetanie und Autointoxikation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 août.)

Lorenz. Praktischer Führer durch die gesamte Medizin, mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. 13e fasc. In-8°, p. 961 à 1040. Leipzig. — Guide pratique de médecine et, en particulier, de diagnostic et de thérapeutique.

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon (année 1902). T. XLII. In-8°, 336 p. avec fig. Lyon.

Mering (J. von). Lehrbuch der inneren Medizin. 2e éd. In-8°, 1165 p. avec fig. Iéna. — Traité de pathologie interne.

Moretti (G. P.). Malattie dell'apparato digerente. T. Ier. In-16, 352 p. Milan.

Niéfédov (V.). Ulcère du duodénum (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juillet.)

Oelrich (I. D.). Ueber maligne Lungen- und Pleuratumoren. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 1 et 2.) — Tumeurs malignes du poumon et de la plèvre.

Ria. Contributo al carcinoma primitivo del fegato. (*Incurabili*, 1er-15 fév.)

Starck (H.). Die diffuse Erweiterung der Speiseröhre. (*Deutsche Praxis*, 10 et 25 avril.) — La dilatation diffuse de l'œsophage.

Verhandlungen des vierten nordischen Kongresses für innere Medizin zu Helsingfors, 4.-6. Juli 1902. In-8°, 272 p. avec graphiques. Stockholm. — Comptes rendus du quatrième Congrès scandinave de médecine interne tenu à Helsingfors du 4 au 6 juillet 1902.

MALADIES INFECTIEUSES

Ivanov (N.). Un cas de septicopyémie latente (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 et 12 juillet.)

Martirené (J.). Casos de contagio de fiebre tifoidea producidos en dormitorios del Asilo de Expósitos y Huérfanos. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin et juillet.)

Moursine (M.). Erysipèle des muqueuses (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Peaudeleu (L.) et **Barraja** (A.). L'indicanurie dans la variole et ses rapports avec les lésions du foie. (*Marseille méd.*, 15 juillet et 1er août.)

Piazza-Martini (V.). La tosse malarica. In-8°, 5 p. Palerme.

Sorotchinsky (P.). La rougeole et son évolution chez les jeunes soldats (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Stolkind (E.). Beitrag zur Kasuistik der gleichzeitigen Erkrankung an Influenza und Abdominaltyphus. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 15 août.) — Coexistence de la grippe et de la fièvre typhoïde.

Ucke (A.). Der « Genius epidemicus » einst und heute. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 15 août.) — Le génie épidémique autrefois et aujourd'hui.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Pelnár (J.). Dusevni poruchy pri chorobách telesnych. (*Sbornik klinicky*, IV, 6.) — Troubles psychiques au cours des maladies somatiques.

Piévnitzky (A.). L'hypnotisme dans les affections organiques incurables (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 juin.)

Piltz (J.). Ueber den diagnostischen Wert der Unregelmässigkeiten des Pupillarrandes bei den sogenannten organischen Nervenkrankheiten. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet et 1er août.) — La valeur diagnostique des irrégularités du bord pupillaire dans les maladies dites organiques du système nerveux.

Sebor (J.). Poznámky ku pathogenese a diagnose Duchennovy obrny. (*Sbornik klinicky*, IV, 6.) — Contribution à la pathogénie et au diagnostic de la paralysie de Duchenne.

Soukhanov (S.) et **Vvedensky** (I.). Du délire alcoolique chronique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 juillet.)

Thierfelder (M.). Ueber die Entstehung gewisser Neurosen bei Radfahrern und deren Verhütung durch eine neue hygienische Verbesserung des Fahrrades. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 août.) — De la production de certaines névroses chez les cyclistes et de leur prévention par un perfectionnement hygiénique de la bicyclette.

Wizel (A.). Ueber die Pathogenese des specifischen Wahns bei Paralytikern; ein Beitrag zu psychologisch-experimentellen Untersuchungen über die Dementia paralytica. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet et 1er août.) — Sur la pathogénie du délire spécifique chez les paralytiques généraux.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Audry (Ch.). De l'adénome sébacé circonscrit. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juillet.)

Bouveyron. Contribution clinique à l'étude du rhumatisme tuberculeux dans les cas de lupus willanique ou de tuberculides. (*Journ. des médecins praticiens de Lyon*, juillet.)

Dubois (C.). Nævus verruqueux généralisé. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Düring (von). Einige Fragen aus der Lehre von der Vererbung der Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 août.) — Quelques points douteux de la théorie de la transmission héréditaire de la syphilis.

Ehrmann (S.). Ueber Herpes progenitalis und Schmerzen in der Regio pubica bei Plattfuss. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 août.) — L'herpès génital et les douleurs dans la région du pubis en cas de pied plat.

Hippel (E. von). Ueber die Häufigkeit von Gelenkerkrankungen bei hereditär Syphilitischen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 août.) — Sur la fréquence des affections articulaires chez les hérédo-syphilitiques.

Jordan. Beiträge zur hereditären Spätsyphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 août.) — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire tardive.

Marshall (C. F.). Syphilis and marriage. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Metzlar (C.). Syphilitische tracheaalstenose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 sept.)

Passtoors (Th.). Een geval van pemphigus met bijzonder gelocaliseerde hyperkeratosen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 sept.)

Perrin (L.). De quelques accidents consécutifs au percement des oreilles (cas de chéloïde, de gangrène, de tuberculose). (*Marseille méd.*, 1er sept.)

Ravaut (P.). Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juillet.)

Schein (M.). Zur Frage der Entstehung der Glatze. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 août.) — Contribution à la pathogénie de la calvitie.

PARASITOLOGIE

Castellani (A.). On the discovery of a species of trypanosoma in the cerebro-spinal fluid of cases of sleeping sickness. (*Lancet*, 20 juin.) — Découverte d'une espèce de trypanosome dans le liquide céphalo-rachidien de sujets atteints de maladie du sommeil.

Cranwell (D. J.). La actinomicosis humana en la República Argentina. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Lutz (A.). Nota preliminar sobre os insectos sugadores de sangue observados nos Estados de S. Paulo e Rio de Janeiro. (*Brazil-medico*, 1er août.)

Maass (F.). The method of infection of actinomycosis in man. (*Ann. of Surgery*, août.) — Le mode d'infection par l'*actinomyces* chez l'homme.

Piazza-Martini (V.). Cisti sierosa retro-peritoneale contenente uova d'anchilostomi in un zolfataio. (*Gazz. siciliana di med. e chir.*, 15 juin.)

CHIRURGIE

Baillet (M.). Résultats du traitement chirurgical du cancer du sein. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 juillet.)

Berezkine (Th.). Contribution au diagnostic et au traitement de la cholélithiase (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 14.)

Borelius (J.). Bauchaktinomykose in Form eines cirkumskripten, beweglichen Tumors. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 2.) — Actinomycose abdominale sous forme d'une tumeur circonscrite et mobile.

Elgart (J.). Eine neue Repositionsmethode für hintere Hüftgelenksverrenkungen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 22 août.) — Un nouveau procédé de réduction des luxations de la hanche en arrière.

Faltin (R.). Beiträge zur Kenntnis des Volvulus coeci. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXV, 4 et XXXVI, 1 et 2.)

Guibal (P.). De la dilatation ampullaire des veines. (*Rev. de chir.*, juin, juillet et août.)

Herzen (P.). De la cholélithiase (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 14.)

Hopmann (E.). Ueber die Operation der puerperalen Mastitis. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 1er août.)

Khokhriakov (N.). Des fistules lombaires d'origine rénale (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Lamas (A.). Tumor del intestino delgado; resección. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet.) — Résection d'une tumeur de l'intestin grêle.

Maggiolo (A. C.). Sobre las dilataciones de la vesicula biliar. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai, juin et juillet.)

Maragliano (D.). Cholecystenterostomie verbunden mit Enteroanastomose. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 29 août.)

Marwedel (G.). Die Aufklappung des Rippenbogens zur Erleichterung operativer Eingriffe im Hypochondrium und im Zwerchfellkuppelraum. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 29 août.) — Le relèvement du rebord costal dans le but de faciliter les interventions opératoires sur l'hypocondre et dans la concavité du diaphragme.

Mayo (W. J.). A review of 303 operations upon the stomach and first portion of the duodenum. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — 303 opérations sur l'estomac et sur la première portion du duodénum.

McChesney (H. F.). Auto-epidermic skin-grafting. (*Med. Record*, 13 juin.) — Greffe cutanée auto-épidermique.

Mikulicz (von). Surgery of the pancreas, with especial consideration of trauma and inflammatory processes. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Neumann (F.). Ueber Polypen der Pulpa. (*Prag. med. Wochensch.*, 20 août.) — Les polypes de la pulpe dentaire.

Passaggi (A.). Prognosi della cura radicale delle ernie dal punto di vista della loro etiologia; ernia ed infortunio sul lavoro. In-8°, 12 p. Gênes.

Paul (F. T.). A note on colotomy and colectomy. (*Lancet*, 8 août.)

Pezzotti (S.). Cura chirurgica della pleurite purulenta. In-8°, 14 p. Alatri.

Piazza-Martini (V.). Patologia e clinica dei tumori mediastinici con 20 osservazioni personali. In-8°, 211 p. avec fig. Palerme.

Pluyette (E.). Entéro-anastomose dans un cas de tumeur intestinale. (*Marseille méd.*, 1er août.)

Profé (Alice). Ueber die bei operativer Behandlung von Hirntumoren auftretenden Hirnhernien. In-4°, 9 p. avec tableaux. Stuttgart. — Des hernies cérébrales qui se produisent au cours des interventions opératoires pour tumeurs du cerveau.

Ries (E.). A simple method of appendectomy. (*New York Med. Journ.*, 4 juillet.)

Rygge (J.). Om kjævecyster. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.) — Les kystes du maxillaire.

Santucci (A.). Sulla enteroanastomosi. (*Gazz. degli Osped.*, 2 août.)

Silberstein (A.). Ein Beitrag zur Lehre von den fœtalen Knochenerkrankungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 4.) — Contribution à l'étude des affections osseuses fœtales.

Skirving (A. S.). The treatment of hydrocele by the method of seton. (*Brit. Med. Journ.*, 25 juillet.)

Spencer (W. G.). The necessity of shortening large nerves when amputating. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juillet.) — Sur la nécessité de raccourcir les gros troncs nerveux dans les amputations.

Stein (J.). Beiträge zur Chloroformnarkose. (*Prag. med. Wochensch.*, 4 et 11 juin.)

Talma. Over longgangreen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 8 août.) — De la gangrène pulmonaire.

Törnqvist (G. W.). Beiträge zur Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheit. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 1 et 2.) — Contribution à la pathologie et au traitement de la lithiase biliaire.

Uldall (C. E.). Et tilfælde af atresia intestini. (*Hospitalstidende*, 5 août.)

Ward (G.). Some recent methods of intestinal anastomosis. (*Med. Record*, 11 juillet.)

White (W. H.). On the desirability of operating for, and the mortality from chronic pancreatitis. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juillet.)

Wullstein (L.). Eine neue Operationsmethode des Caput obstipum. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 15 août.) — Un nouveau procédé opératoire du torticolis.

Zabloudowski (I.). La valeur des procédés physico-mécaniques de traitement des affections des testicules et des parties avoisinantes (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

UROLOGIE

Bäärnhielm (G.). Ett fall af perineal prostatektomi. (*Hygiea*, sept.)

Bobbio (L.). Sopra un caso di epitelioma dell'uretra maschile. (*Policlinico*, partie chir., X, 8.)

Castaño (A.). Prostatectomia perineal. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Hellström (N.). Naagra ord om ureterkatetrisationen och dess praktiska betydelse för diagnosen af kirurgiska njursjukdomar. (*Hygiea*, sept.) — Le cathétérisme des uretères et sa valeur au point de vue du diagnostic des affections chirurgicales du rein.

Keydel. Die intravesikale Trennung des Urins beider Nieren. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er sept.) — La séparation intravésicale de l'urine des deux reins

OPHTALMOLOGIE

Apetz (W.). Ueber gonorrhoisch-metastatische Entzündung am Auge Erwachsener. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 août.) — Sur l'inflammation blennorrhagique de l'œil par métastase chez les adultes.

Armaignac (H.). De la résorption spontanée du cristallin chez l'adulte à la suite des cataractes traumatiques ou provoquées. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Campani (A.). Emeralopia da parotite epidemica. (*Gazz. degli Osped.*, 30 août.)

Darracq. Tumeur insolite de la cornée. (*Bull. de la Soc. méd. de Pau*, juin.)

Etiévant. Un cas de polycorie. (*Journ. des médecins praticiens de Lyon*, juillet.)

Fromaget (C.). L'extirpation du sac lacrymal dans les kératites suppuratives. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 août.)

Krebs (G.). Trochlearislähmung bei Kieferhöhleneiterung. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — Paralysie du grand oblique de l'œil en cas d'empyème du sinus maxillaire.

Mazet. Du benzoate de lithine dans le traitement des taies de la cornée. (*Marseille méd.*, 15 août.)

Morax (V.). Sur quelques manifestations oculaires au cours de la rougeole. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Picot (V.). La kératite à hypopyon; son traitement. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, août.)

Rogman. Tuberculose intra-oculaire; dangers de l'énucléation. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Rosenbach (O.). Ueber monokulare Vorherrschaft beim binokularen Sehen. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juillet.) — De la prédominance de l'un des yeux dans la vision binoculaire.

Trantas. Sur la kératite exanthématique ponctuée superficielle pendant la rougeole. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Uribe-Troncoso. La composition de l'humeur aqueuse dans les cas de cataracte sénile. (*Ann. d'oculist.*, août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Audebert (J.). Gonococcie et puerpéralité. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juin.)

De Paoli (G.). Sul trattamento della placenta previa col metodo Bossi. In-8°, 32 p. Gênes.

Hitschmann (F.). Ein Beitrag zur Kenntnis des Corpuscarcinoms. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 3.) — Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus.

Pick (L.). Zur Frage der Eierstocksveränderungen bei Blasenmole. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 août.) — Les altérations des ovaires dans les cas de môle hydatiforme.

Rietema (S. P.). Geïsoleerde contractie van den ring van Bandl. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 août.)

Rühl (W.). Ueber einen Fall von vorderem Uterus-Scheidenschnitt (Hysterotomia vaginalis anterior) infolge hochgradiger Rigidität der Cervix, kompliziert mit einem Riss durch unteres Uterinsegment und Parametrium. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 août.) — Hystérotomie vaginale antérieure pour rigidité très accentuée du col, compliquée de rupture du segment inférieur de l'utérus et du paramétrium.

Schatz. Ueber die Abreissungen der Scheide und des muskulösen Beckenbodens als Ursachen von Genitalprolaps. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 août.) — Les ruptures du vagin et du plancher pelvien musculaire en tant que causes des prolapsus génitaux.

Steinbüchel (von). Schmerzverminderung und Narkose in der Geburtshilfe mit spezieller Berücksichtigung der kombinierten Skopolamin-Morphium-Anaesthesie. In-8°, 111 p. Vienne. F. Deuticke. — Apaisement des douleurs et narcose en obstétrique.

Véron. Deux césariennes pour bassins obliques ovalaires; suites immédiates et tardives bonnes. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 2.)

Wenczel (Th. von). Zwei hohe Zangenoperationen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 août.) — Deux cas d'application de forceps au détroit supérieur.

Winternitz. Die Wahl der Behandlungsmethoden bei Retroflexio uteri, unter besonderer Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Le choix du procédé de traitement de la rétroflexion de l'utérus, surtout au point de vue des troubles subjectifs.

Zuccola (P. F.). Sul significato di alcuni disturbi funzionali nella donna mestruante. In-8°, 27 p. Turin.

PÉDIATRIE

Alvarez (C.). La anemia seudoleucémica infantil. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Ausset (E.). Un cas de maladie de Barlow. (*Echo méd. du Nord*, 30 août.)

Bosanquet (W. C.). Pyelitis as a cause of intermittent pyrexia in children. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Demay de Certant. Eczéma impétigineux du cuir chevelu et de la face guéri par le sevrage. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, août.)

Fenton (W. J.). Constipation in infants and young children. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Finizio (G.). Alcune ricerche sul ricambio organico di un fanciullo polisarcico. (*Pediatria*, juillet.) — Quelques recherches sur les échanges organiques chez un enfant polysarcique.

Gourdon (J.). Influence des mauvaises attitudes scolaires dans la pathogénie des déviations du rachis de l'adolescence; moyens d'y remédier. (*Bull. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, mai, juin et juillet.)

Graham (E.). Pertussis with unusual cerebral symptoms. (*New York Med. Journ.*, 20 et 27 juin.) — Coqueluche avec symptômes cérébraux insolites.

Guerra y Estapé (J.). Manifestaciones cerebrales en las cardiopatias de la infancia. (*Rev. de med. y cirugia*, juin et juillet.)

TÉRATOLOGIE

Bertin (E.) et **Oui** (M.). Monstre ectromélien hémimèle. (*Echo méd. du Nord*, 23 août.)

Dumon et **Savelli**. Observation d'un fœtus cyclocéphale (variété anopse). (*Marseille méd.*, 1er août.)

Schreiner (K. E.). Om den eksperimentelle embryologis betydning for belysningen af dobbeltmisdannelsernes genese. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.) — La signification de l'embryologie expérimentale au point de vue de la genèse des monstres doubles.

Ziegner (H.). Kasuistischer Beitrag zu den symmetrischen Missbildungen der Extremitäten. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 août.) — Malformations symétriques des extrémités.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Courtade (A.). Etude clinique et physiologique de l'obstruction nasale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin, juillet-août et sept.-oct.)

Daae (H.). Undersögelse over aarsagerne til nedsat höreevne hos skolebörn. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.) — Recherches sur les causes de la diminution de l'ouïe chez les écoliers.

Ivanov (A.). De la transmissibilité des sons par les os (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 15.)

Nikitin (W.). Ueber den Einfluss der Vergrösserung einzelner Teile des pharyngealen lymphatischen Ringes überhaupt und der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums im Speciellen, auf den Allgemeinzustand des Organismus. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 18 et 25 juillet.) — Influence de l'hypertrophie des différentes parties de l'anneau lymphatique pharyngé et, en particulier, des végétations adénoïdes du rhino-pharynx, sur l'état général de l'organisme.

Prota (G.). Anatomia patologica, etiologia e terapia delle neoplasie a rapida evoluzione della laringe. In-8°, 151 p. Naples.

Schmiegelow (E.). Dövstumhedens aarsager. (*Hospitalstidende*, 12 août.) — Les causes de la surdi-mutité.

Vertogradov (S.). Symptomatologie et traitement de la thrombose du sinus latéral d'origine otique (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet et août.)

Zasiédatélev (Th.). Les difformités de l'oreille externe (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 15.)

HYGIÈNE

Chaillou. Hygiène, exercices physiques et services médicaux dans un grand collège moderne (école Sainte-Geneviève, Paris). In-8°, 32 p. avec fig. Blois.

Goldmann (H.). Die Hygiene des Bergmannes, seine Berufskrankheiten, erste Hilfeleistung und die Wurmkrankheit (Ankylostomiasis). In-8°, 104 p. avec fig. Halle. — L'hygiène du mineur, ses maladies professionnelles, les premiers secours et l'ankylostomiase.

Niessen (M. von). Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen? In-8°, 40 p. Hambourg. — Comment peut-on combattre d'une manière efficace la propagation des maladies vénériennes en Allemagne?

Poenaro-Caplesco. Tutunul si efectele asupra fumatorilor. In 8°, 54 p. Bucharest. — Le tabac et ses effets sur les fumeurs.

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire (année 1901). T. XXXI. In-8°, 599 p. Melun. Impr. administrative.

Ritter (P.). Zahn- und Mund-Hygiene im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege. In-8°, 237 p. avec fig. Iéna. — Hygiène des dents et de la bouche au point de vue de la santé publique.

Zahor (J.). O nutnosti a vyhodnosti obligatorniho ohlasováni kazdého onemocneni tuberkulosy. (*Casopis lékaru ceskych*, 18 juillet.) — La nécessité de la déclaration obligatoire de tout cas de tuberculose.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Almkvist (J.). Experimentelle Studien über die Lokalisation des Quecksilbers bei Quecksilbervergiftung. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 2.) — Recherches expérimentales sur la localisation du mercure dans l'empoisonnement hydrargyrique.

Carrara (M.). Sur la coagulabilité du sang asphyxique hors de l'organisme; recherches expérimentales. (*Arch. ital. de biol.*, XXXIX, 1.)

Cramer (A.). Gerichtliche Psychiatrie. 3e éd. In-8°, 396 p. Iéna. — Psychiatrie médico-légale.

Lesser (A.). Stereoskopischer gerichtsärztlicher Atlas. 2e partie. In-4°, 50 planches, avec texte explicatif. Breslau. — Atlas stéréoscopique de médecine légale.

Riva (G.). Un caso di autostrangolamento. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juillet.)

Vibert (C.). Précis de médecine légale. 6e éd. In-8°, XXIV-908 p. avec fig. et planches.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Carrière (G.). Traitement des vers intestinaux. (*Nord méd.*, 15 août.)

Chaleix-Vivie. Note à propos de l'opothérapie placentaire. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, juillet.)

Cioffi (E.). Dell'ipodermoclisi nell'influenza. (*Gazz. degli Osped.*, 23 août.)

Comas (C.) et **Prió** (A.). 3 casos de coqueluche tratados con las inhalaciones de ozono. (*Rev. de med. y cirugia*, août.)

Del Torre (A.). L'ipernutrizione nella cura della tubercolosi. (*Policlinico*, 15 août.)

Di Biagi (F.). La guarigione della peritonite tubercolare colle iniezioni iodo-iodurate alla Durante. (*Policlinico*, 29 août.)

Gérard (E.). Les médicaments arsenicaux. (*Echo méd. du Nord*, 9 août.)

Gräser. Adrenalin gegen Darmblutung bei Typhus. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juillet.) — L'adrénaline contre les hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.

Köhler (L.). Zur Behandlung der Dysenterie in den Tropen. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — Traitement de la dysenterie dans les pays chauds.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE. — De l'origine des néoplasmes malins, par M. le docteur F. de Quervain 317
MÉDECINE PRATIQUE. — Examen du rectum et du côlon descendant par éclairage direct. 323
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Pathogénie de la phtisie pulmonaire et lutte contre la tuberculose 323
De la valeur de la numération des leucocytes dans les affections de l'appareil génital de la femme 324
Autocytotoxines et antiautocytotoxines spécifiques dans le sang des épileptiques 324
Paralysie faciale chez un enfant extrait après l'opération césarienne 324
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Association de l'éther à la morphine en vue de corriger l'action dépressive de cet alcaloïde 324
Les injections sous-cutanées de sérum gélatiné contre les hémorrhagies récidivantes du corps vitré 324
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Affections gynécologiques et numération des leucocytes 324¹
Autocytotoxines et antiautocytotoxines dans le sang des épileptiques 324¹
Cancer et son origine 317¹
Epilepsie 324¹
Ether associé à la morphine pour en prévenir l'action dépressive 324³
Examen du rectum et du côlon descendant par éclairage direct 323¹
Hémorrhagies récidivantes du corps vitré 324³
Leucocytes et leur numération dans les affections de l'appareil génital de la femme 324¹
Morphine et son association à l'éther 324³
Opération césarienne et paralysie faciale chez l'enfant 324²
Paralysie faciale chez un enfant extrait par l'opération césarienne 324²
Parasites du cancer 317¹
Phtisie pulmonaire et sa pathogénie 323²
Rectoscopie par éclairage direct 323¹
Sang des épileptiques 324¹
Sérum gélatiné en injections sous-cutanées contre les hémorrhagies récidivantes du corps vitré 324³
Théorie histogénique du cancer 317¹
Traitement des hémorrhagies récidivantes du corps vitré 324³
Tuberculose et sa prévention 323²

VARIA

Destruction obligatoire en France des rats à bord des navires provenant de pays contaminés ou suspects de peste.

Si les quelques cas de peste qui se sont produits dernièrement à Marseille dans les conditions que nous avons fait connaître d'une manière précise n'ont pas eu, heureusement, des conséquences fâcheuses pour la santé publique, ils auront du moins été l'occasion en France d'une mesure qui s'imposait depuis que l'on connaît mieux les modes de propagation de cette maladie, et qui d'ailleurs a déjà été adoptée par différents pays (Italie, Turquie) : nous voulons parler de la destruction des rats à bord des navires provenant de pays contaminés ou suspects de peste. De-ci, de-là on pourchassait bien les rongeurs sur les bateaux, mais cette destruction faite d'une manière irrégulière et par des procédés plus ou moins empiriques n'était pas prévue par la législation sanitaire. C'est pourquoi le ministre de l'intérieur a fait signer un décret (21 septembre 1903) qui rend la destruction des rats à bord des navires obligatoire pour toutes les provenances de pays contaminés ou suspects de peste, soit en cours de traversée, soit à l'arrivée avant le déchargement. Cette destruction doit être exclusivement pratiquée au moyen des procédés ou appareils dont l'efficacité aura été reconnue par le Comité consultatif d'hygiène publique de France; elle est immédiatement applicable dans les ports où ces procédés ou appareils sont mis à la disposition des capitaines, suivant les conditions agréées par l'autorité sanitaire et sous son contrôle permanent. Un certificat relatant les conditions dans lesquelles a été effectuée l'opération sera délivré aux capitaines ou armateurs par les soins de l'autorité sanitaire.

Congrès de la Société italienne de médecine interne en 1903.

Le treizième Congrès de la Société italienne de médecine interne se tiendra à Padoue du 29 octobre au 1er novembre.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *L'individualité dans la pathogénie et l'étiologie des maladies;*
2° *L'immunité dans les maladies infectieuses aiguës;*
3° *L'interruption de la grossesse dans les maladies internes.*

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Leopold Casper, privatdocent d'urologie.

Faculté de médecine de Bologne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Florio Sprecher (*dermatologie et syphiligraphie*); Davide Fieschi (*chirurgie et médecine opératoire*).

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur O. Förster est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Franz Tangl est nommé professeur de chimie médicale, en remplacement de M. P. Plósz, décédé.

Faculté de médecine de Buénos-Ayres. — M. le docteur Julio Méndez est nommé professeur d'hygiène.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Angelo Motta-Coco est nommé privatdocent de pathologie générale.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Fritz Voit, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Munich, est nommé professeur ordinaire de médecine interne, de pédiatrie et de pharmacologie.

M. le docteur D. Gerhardt, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur extraordinaire de propédeutique médicale et d'histoire de la médecine.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Enrico Roncagliolo, privatdocent à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Adolf Glockner est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Théophile Roussel, membre de l'Académie des sciences morales et politiques et de l'Académie de médecine de Paris, sénateur de la Lozère. — M. le docteur Ph. Steinberger, ancien privatdocent d'odontologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur M. D. Tchaoussov, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur James Farquhar Hibberd, ancien professeur de physiologie et de pathologie générale à Ohio Medical College de Cincinnati.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1902* inclusivement (20 années) absolument complètes, soit les 22 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 198 francs pour la France, 240 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1901), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE LYON

Jouffray (A.-L.). Nouvelles recherches sur la valeur comparée de quelques méthodes d'exploration de la perméabilité rénale dans les néphrites.

Jourdain (J.-A.). Contribution à l'étude et au traitement des congestions frustes intermenstruelles.

Kontorovitch (Dina). Contribution à l'étude des fractures du bassin; fracture simple et limitée de la cavité cotyloïde.

Léclerc-Montmoyen (F.). De l'involution utérine dans l'albuminurie.

Lemoine (L.). La suppuration des kystes de l'ovaire.

Lévêque (H.). Essai de traitement des tuberculoses chirurgicales par les courants continus.

Levet (J.). Rhumatisme tuberculeux; arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse.

Lorenz (O.). Contribution à l'étude des os vrais du poumon.

Marvy (M.). Contribution à l'étude du thymus.

Mazuel (A.). Lymphocytose et pseudo-lymphocytose.

Merson (F.-O.). Du rhumatisme tuberculeux observé récemment dans les sanatoria de Leysin.

Montagard (V.). Etudes sur l'hémolyse en dehors des cultures microbiennes et des toxines.

Morphov (M.). Contribution à l'étude des néphrites paludéennes.

Mouret (L.-V.). Contribution médico-légale à l'étude du patronage de l'enfance coupable.

Nantermoz (A.). Contribution à l'étude du traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques; des dangers de la médication iodurée.

Ourmanov (V.). Des fibromes du corps thyroïde.

Pacalin (J.-G.). Contribution à l'étude clinique de la grossesse à la fois utérine et extra-utérine.

Paradis (L.). De l'étroitesse congénitale du système artériel.

Parmentier (G.). De quelques manifestations de l'épilepsie sur le tube digestif.

Pelossier (L.). Des rétractions isolées des muscles fléchisseurs des doigts et, en particulier, de leur traitement non sanglant (méthode de Claude Martin).

Périé (T.). Zona et ponction lombaire.

Poirier (F.). Traitement du lichen chronique simplex par l'huile de cade.

Polliot (H.). Luxation congénitale de la hanche; étude anatomique et radiographique des résultats obtenus par le traitement non sanglant.

Pourtoy (J.). De l'induration inflammatoire de la tête du pancréas; son rôle dans certains cas d'obstruction des voies biliaires.

Pravaz (P.-L.). Du traitement des arthrites tuberculeuses par les injections de glycérine iodoformée, en particulier chez les enfants.

Pupier (E.). De l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale (étude critique et expérimentale).

Ribollet (N.). Essai d'étude sur les érythrodermies exfoliantes généralisées.

Rocher (H.). Des métastases du goitre.

Rollet (J.). Des kystes hydatiques du corps thyroïde et de leur traitement par l'extirpation totale.

Rondot (A.). La périostite albumineuse.

Roque (J.). Contribution à l'étude de la réduction en masse des hernies inguinales non étranglées.

Sabatier (Ch.). Contribution à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaire.

Salvat (P.). La dépopulation de la France.

Saulneret (A.). La cryoscopie des urines dans quelques cas de syphilis; application de la méthode de Claude et Balthazard.

Soorteikoff (Ch.-D.). Adénophlegmon aigu du cou d'origine otique.

Sébin (Ch.). Des hernies ombilicales à grand diverticule sacculaire.

Séverac (H.). L'hygiène en Italie; législation sanitaire, enseignement et organisation.

Sibille (V.). De la pseudo-névrite optique transitoire chez les adolescents.

Tchakmakoff (D.). Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire.

Tibérius (P.). La température dans les différentes formes d'allaitement chez les nourrissons sains.

Tignel (J.). Des cancers primitifs multiples et, en particulier, de la coexistence sur le tube digestif de deux cancers primitifs.

Tramblay (L.). Contribution à l'étude de l'aérophagie normale et pathologique; physiologie du phénomène.

Trénel (L.). Du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche et de ses résultats éloignés, d'après 100 observations.

Varatges (L.). Contribution à l'étude du lymphadénome de l'orbite.

Vieillard (E.). Le coryza diphtérique.

Voutier (E.). Contribution à l'étude de la pneumectomie.

Yvernault (A.). Contribution à l'étude de la coxa vara.

MÉDECINE

Cesare (G.). Un caso di aneurisma dell'aorta toracica discendente. (*Gazz. degli Osped.*, 30 août.)

Chaves (G. N.) et **Speroni** (D.). Estudio sobre un caso de reumatismo hemofílico. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

De Ruyter (L.) et **Zeehuisen** (H.). Een apparaat voor schoudermeting. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 sept.) — Un appareil pour la mensuration des épaules.

Engel (H.). Ueber die Bestimmung der linken Herzgrenze. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er sept.) — La délimitation du cœur du côté gauche.

Ferrannini (L.). Ueber die Eigentümlichkeiten und die Umwandlungen der Gallenfarbstoffe bei den verschiedenen Formen von Ikterus. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 8 août.) — Les particularités et les métamorphoses des pigments biliaires dans les différentes formes d'ictère.

Fichtner. Zur Kenntnis der Banti'schen Krankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 août.) — Contribution à l'étude de la maladie de Banti.

Galletta (V.). A proposito d'un secondo caso d'angina di Ludwig. (*Gazz. degli Osped.*, 30 août.)

Garnier (Ch.). Pneumonie avec complications suppurées multiples; abcès sous-cutanés consécutifs à des injections médicamenteuses et phlegmon de la cavité de Retzius. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Gascard (A.). La cryoscopie des urines. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 août.)

Hannequin. L'avenir des phlébitiques; rechutes et récidives de phlébite. (*Année méd. de Caen*, mars et avril.)

Hasebroek (K.). Versuch einer Theorie der gymnastischen Therapie der Circulationsstörungen auf Grund einer neuen Darstellung des Kreislaufes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 3-4.) — La gymnastique médicale dans les troubles circulatoires.

Jamin (F.) et **Müller** (E.). Ueber das spezifische Gewicht des lebenden Menschen, mit besonderer Berücksichtigung eines für klinische Zwecke brauchbaren « spezifischen Aequivalentgewichts ». (*Münch. med. Wochensch.*, 25 août et 1er sept.) — Le poids spécifique de l'homme vivant, surtout au point de vue d'un « poids spécifique équivalent » utilisable en clinique.

Joachim (J.). Zur Frage der Gruber-Widal'schen Reaktion bei Ikterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 août.)

Kast (L.). Ueber Blutbefunde bei Morbus Banti. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 mai.) — L'hématologie de la maladie de Banti.

Klieneberger (C.). Ein Beitrag zur Aetiologie der Gastritis phlegmonosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 août.)

Köhler (F.). Die Widal'sche Reaktion bei Gelbsucht. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 août.) — La réaction de Widal dans l'ictère.

Le Meignen et **Mirallié**. Vomissements acétonémiques; terminaison par méningite tuberculeuse; mort. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 août.)

Lemoine (G.). Pleurésies parapneumoniques. (*Nord méd.*, 1er sept.)

Leonardi (E.). Litiasi intestinale gottosa. (*Gazz. degli Osped.*, 30 août.)

Leube (von). Ueber Albuminurie bei Aortenklappeninsuffizienz. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juillet.) — De l'albuminurie dans l'insuffisance des valvules aortiques.

Lodi (M.). Saturnismo acuto ed occlusione intestinale. (*Policlinico*, 29 août.)

Luce (H.). Ueber Leukanämie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 3-4.)

Memmi (G.). Leucocitosi consecutiva ad iniezioni endovenose di sublimato. (*Gazz. degli Osped.*, 9 août.)

Meyer (E.). Beiträge zur Leukocytenfrage. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er sept.) — Contribution à l'étude des leucocytes.

Morichau-Beauchant. Sur un cas de syndrome de Reichmann traité avec succès par le tubo-gavage. (*Poitou méd.*, août.)

Moritz (F.). Ueber die Bestimmung der Herzgrenzen nach Smith mittels des Phonendoskopes. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 août.) — Délimitation du cœur au moyen du phonendoscope d'après le procédé de Smith.

Perutz (F.). Zur Klinik des primären Leberkarzinoms. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 août.) — Contribution à l'étude clinique du cancer primitif du foie.

Piazza-Martini (V.). Come un'idrope-ascite possa mentire un idrotorace. (*Gazz. siciliana di med. e chir.*, 1er fév.)

Pichler (K.). Ein Fall von Diabetes insipidus bei Ependymitis diffusa am Boden der Rautengrube. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er août.) — Un cas de diabète insipide avec épendymite diffuse au niveau du plancher du sinus rhomboïdal.

Rautenberg (E.). Ueber antiperistaltische Bewegungen des Magens. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 3-4.) — Les mouvements antipéristaltiques de l'estomac.

Schlayer. Zur Diagnose des Leberabszesses nach Ruhr. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 août.) — Diagnostic de l'abcès hépatique consécutif à la dysenterie.

Schwarz (L.). Arteriitis obliterans und Arterienembolie nebst embolischem Muskelinfarct bei Endocarditis. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 mai.)

Schwarzkopf. Zur Diagnose chronisch nephritischer Prozesse. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er sept.)

Signorelli (A.). Di un nuovo metodo d'indagine diagnostica: la percussione della colonna vertebrale. (*Policlinico*, 22 août.)

Starck (H.). Die Oesophagoskopie und ihr diagnostischer Wert. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 11 juillet.)

Treutlein (A.). Ueber das Fehlen von Zylindern im Urin von Nephritikern. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er sept.) — Sur l'absence de cylindres dans l'urine des néphritiques.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. 22. Heft: Ueber Erkennung und Beurteilung von Herzkrankheiten. In-8°, 43 p. Berlin. — Sur le diagnostic et l'appréciation des maladies du cœur.

Weber (F. P.). « Simple persistent » and « congenital persistent » jaundice, family biliary cirrhosis, and family tendency to jaundice. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

MALADIES INFECTIEUSES

Evans (L.). The variations in bactericidal value of the serum of patients convalescent from the typhoid fever of South Africa, and the application of serum valency to serum therapeutics. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Gioelli (P.). Sui bacilli pseudodifterici in rapporto all'eziologia e profilassi della difterite. (*Policlinico*, partie méd., X, 9.)

Gütig (C.). Ueber das Verhalten der Leukocyten beim Paratyphus. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 mai.) — Sur l'état des leucocytes dans le paratyphus.

Hau (V.) et **Revol** (L.). Cinq nouveaux cas de panaris diphtériques et d'inoculations sous-épidermiques de la diphtérie. (*Lyon méd.*, 16 août.)

Havelburg (W.). Ueber die Beziehungen der Moskiten zum gelben Fieber. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 et 10 août.) — Les moustiques et la fièvre jaune.

Jundell (I.). Ett bidrag till kännedomen om den tyfösa infektionen i gallblaasan. (*Hygiea*, sept.) — Les infections typhoïdiques de la vésicule biliaire.

Nebelthau (E.). Beiträge zur Entstehung der Tuberkulose vom Darm aus. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 et 28 juillet.) — Sur l'origine intestinale de la tuberculose.

Piazza-Martini (V.). Colica nefritica malarica ossia febbre intermittente sotto forma di colica renale. (*Gazz. siciliana di med. e chir.*, 6 août.)

Schlüter (R.). Sepsis mit anschliessender Miliartuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 août.) — Septicémie avec tuberculose miliaire consécutive.

Stern (R.). Ueber den Wert der Agglutination für die Diagnose des Abdominaltyphus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juillet et 3 août.) — La valeur de l'agglutination pour le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Wright (A. E.). On some further improvements in the procedures for testing and judging by the naked eye of the agglutinating and bacteriolytic effects exerted by the sera of patients suffering from, or preventively inoculated against, typhoid fever, Malta fever and tuberculous affections. (*Lancet*, 25 juillet.) — Quelques perfectionnements dans la technique de la recherche, à l'œil nu, des effets agglutinants et bactériolytiques exercés par les sérums des sujets atteints de dothiénentérie, de fièvre de Malte ou d'affections tuberculeuses, ou inoculés préventivement contre ces maladies.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alter (W.). Perverse Temperaturempfindung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.) — Inversion de la sensibilité thermique.

Annali dell'Istituto psichiatrico dell'Università di Roma. T. II (1902-1903). In-8°, 215 p. avec fig. Rome.

Berger (H.). Experimentelle Studien zur Pathogenese acuter Psychosen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juillet.)

Bracci (C.). Corea con atetosi di intossicazione intestinale. (*Clinica moderna*, 5 août.)

Brissaud (E.) et **Bauer** (A.). Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales. (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

Ceconi (A.). Annotazioni cliniche sulla tabe dorsale. (*Clinica moderna*, 17 et 24 juin.)

Escalier (J. M.). Quistes hidatídicos del cerebro. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Fürnrohr (W.). Wirbelsäulen- und Rückenmarksverletzungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 1-2.) — Traumatismes de la colonne vertébrale et de la moelle épinière.

Gallemaerts. Les centres optiques primaires après l'énucléation ou l'atrophie du globe oculaire. (*Policlinique*, 15 août et 1er sept.)

Indemans (J. M.). 2 gevallen van partieele epilepsie van Jackson. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 sept.)

Jensen (P.). Zur Analyse der Muskelstörung bei der Thomsen'schen Krankheit. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 3-4.) — Contribution à l'analyse des troubles musculaires dans la maladie de Thomsen.

Kalischer (S.). Ueber Gangstörungen bei Tetanie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 sept.) — Des troubles de la marche dans la tétanie.

Kopczynski (S.). Ein Fall von Syphilis des Rückenmarks und seiner Häute in der Lumbosacralgegend (Meningomyelitis lumbosacralis syphilitica) mit ungewöhnlichen trophischen Störungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 1-2.) — Méningo-myélite syphilitique de la région lombo-sacrée avec troubles trophiques insolites.

Meyer (E.). Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 août.) — La signification pronostique des phénomènes catatoniques.

Milian (G.). Le liquide céphalo-rachidien des tabétiques. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juillet.)

Müller (E.). Ueber eine einfache Methode zur Unterscheidung zwischen organisch und psychisch bedingten Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen an den Fingern. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juillet.) — Un procédé simple de différenciation des troubles moteurs ou sensitifs des doigts d'origine organique ou psychique.

Nonne. Ueber acute Querlähmungen bei maligner Neubildung der Wirbelsäule; ein Fall von acuter transversaler Degeneration des Dorsalmarks bei allgemeiner Knochen-Carcinose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 août.) — Des myélites transverses aiguës dans les néoplasmes malins de la colonne vertébrale; dégénérescence transversale aiguë de la moelle dorsale dans un cas de carcinose générale des os.

Pándy (K.). Die Entstehung der Tabes. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 1-2.) — L'origine du tabes.

Rem-Picci (G.). Contributo clinico allo studio delle neuriti e particolarmente di quelle di natura sifilitica. (*Policlinico*, 15 août.)

Revello (A.). Un raro caso di sciatica da compressione. (*Clinica moderna*, 12 août.)

Rolly. Zur Kenntnis der Landry'schen Paralyse. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juillet et 4 août.)

Sano (F.). Un cas de tabes spasmodique. (*Journ. de neurol.*, 5 août.)

Sereni (S.). Polinevrite ricorrente o recidivante a tipo prevalentemente sensitivo. (*Policlinico*, partie méd., X, 8.)

Sérieux (P.). L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. In-4°, 1007 p.

Steinert (H.). Cerebrale Muskelatrophie, nebst einem Beitrag zur Casuistik der Balkentumoren. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 1-2.) — Atrophie musculaire cérébrale; contribution à la casuistique des tumeurs du corps calleux.

Taty. Encéphalo-méningite tuberculeuse; lésion spéciale du cortex, fonte protoplasmique presque totale; antécédents héréditaires paternels (alcoolisme, diabète). (*Lyon méd.*, 16 août.)

Van Oordt (M.). Ueber Freiluftliegebehandlung bei Nervösen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 6 août.) — La cure de repos en plein air chez les sujets atteints de maladies nerveuses.

Weber (L. W.). Ueber Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 août.) — Des psychoses évoluant sous la forme d'incohérence primitive pure.

Weill (E.) et **Gallavardin** (L.). Sur un cas de neuromyélite optique aiguë (myélite aiguë diffuse avec double névrite optique). (*Lyon méd.*, 9 août.)

Zampilloni (G.). Sopra alcune speciali topografie dell'anestesia cutanea. (*Policlinico*, 15 août.)

CHIRURGIE

Alhaique (A.). A proposito di un caso di meningo-encefalocele. (*Incurabili*, 1er-15 juillet.)

Anastasi (G.). Ascesso sub-frenico per suppurazione di una cisti da echinococco sopra-epatica; processo trans-pleuro-diaframmatico. (*Policlinico*, 22 août.)

Barker (A. J.). Clinical remarks on some improvements in the method of local analgesia. (*Lancet*, 25 juillet.)

Baroni (G.). La cura chirurgica della nevralgia del trigemino. (*Gazz. degli Osped.*, 2 août.)

Baum (E. W.). Ueber eine unter ungewöhnlichen Erscheinungen einhergehende Verletzung der epigastrischen Gefässe bei Ascitespunction. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — Sur une blessure des vaisseaux épigastriques, survenue d'une manière insolite au cours d'une ponction d'ascite.

Bayer (J.). Ueber Spiralbrüche des Unterschenkels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — Les fractures de jambe en spirale.

Bechtold (C.). Beitrag zur Kasuistik der subkutanen Nierenquetschungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 août.) — Contusions sous-cutanées des reins.

Berg (A.). A proposed method of retroduodenal choledochotomy for the removal of impacted calculi in the retroduodenal and papillary portions of the common bile-duct. (*Ann. of Surgery*, août.)

Blake (J. A.). The treatment of the peritoneum in diffuse peritonitis. (*Ann. of Surgery*, août.)

Bommier (R.). A propos du cancer du rectum. (*Nord méd.*, 1er sept.)

Claudius (M.). Erfahrungen über Jodcatgut. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.)

Colley (F.). Ueber Späterkrankungen centralen und peripheren Ursprungs nach Schädeltraumen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — Les affections tardives d'origine centrale ou périphérique, à la suite des traumatismes du crâne.

Curtis (B. F.). Thyroidectomy and sympathectomy for exophthalmic goitre. (*Ann. of Surgery*, août.)

Deaver (J. B.). The surgical treatment of exophthalmic goitre. (*Ann. of Surgery*, août.)

Dönitz (A.). « Kokainisierung des Rückenmarkes » unter Verwendung von Adrenalin. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 août.) — Cocaïnisation de la moelle avec emploi de l'adrénaline.

Engelhardt (G.). Eine seltene Fussgelenksluxation. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — Luxation rare de l'articulation tibio-tarsienne.

Fellner (O.). Ueber den Diabetes in der Chirurgie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 août.)

Ferré (H.). Quatre laparotomies précoces pour tumeurs variées de l'abdomen; quatre guérisons rapides et complètes. (*Bull. de la Soc. méd. de Pau*, juin.)

Frœlich. Deux cas de chirurgie orthopédique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.)

Fuchsig (E.) et **Haim** (E.). Ueber 175 Brucheinklemmungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — 175 cas de hernie étranglée.

Garampazzi (C.). Sul laparocele inguinale e sua cura coll'embricamento delle aponeurosi. (*Gazz. degli Osped.*, 23 août.)

Gebele (H.). Ueber penetrierende Bauch-Stich- und-Schusswunden. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 août.) — Sur les plaies pénétrantes de l'abdomen par instruments piquants et par armes à feu.

Giacomelli (G.). Contributo allo studio delle lesioni distrofiche d'origine neuro-vascolare. (*Clinica moderna*, 12 août.)

Grevsen (L.). Nochmals die Morphium-Scopolamin-Narkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 août.)

Gutiérrez (A.). Proceder operatorio en los epiteliomas del labio y de la lengua. In-8°, 24 p. avec fig. Buénos-Ayres.

Hammes (Th.). Iets over lachgasnarcose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 sept.) — Anesthésie par le protoxyde d'azote.

Heddaeus (J.). Die Untersuchung des Bauchs in Knieellbogenlage. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 13 août.) — L'exploration de l'abdomen dans la position génu-pectorale.

König. Aphoristische Bemerkungen zum Verlauf und der Behandlung der Friedensschussverletzungen der Lunge. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 août.) — Remarques sur l'évolution et le traitement des blessures du poumon par armes à feu en temps de paix.

Koslowski (B.). Ein Fall von wahrem Nabeladenom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — Un cas d'adénome vrai de l'ombilic.

Kuhn (F.). Pulmonale Narkose. (*Therap. Monatsh.*, sept.)

Le Fort (R.). Sarcome du pharynx; ablation après résection du maxillaire supérieur et laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (*Echo méd. du Nord*, 23 août.)

Lewerenz. Ueber die subcutanen Rupturen der Gallenwege traumatischen Ursprungs, nebst einem casuistischen Beitrag. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 1.) — Les ruptures sous-cutanées des voies biliaires, d'origine traumatique.

Lexer (E.). Die Entstehung entzündlicher Knochenherde und ihre Beziehung zu den Arterienverzweigungen der Knochen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 1.) — L'origine des foyers inflammatoires osseux et leurs rapports avec les ramifications artérielles des os.

Lockwood (Ch. B.). Hepatectomy for the removal of Riedel's lobe. (*Lancet*, 25 juillet.)

Loison (E.). Pathogénie et traitement de la luxation de l'extrémité supérieure du radius accompagnant une fracture de la diaphyse du cubitus. (*Marseille méd.*, 15 août.)

Löwe (L.). Zur Chirurgie der Nase. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 1[er] août.) — Contribution à la chirurgie du nez.

Mariani (C.). Cisti dell'ultimo tratto del mesentere diagnosticata ed operata. (*Gazz. degli Osped.*, 23 août.)

Martin (A.). Tumeurs de la parotide. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 août.)

Martina (A.). Die Arrosionsblutungen nach der Tracheotomie durch Canülendecubitus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — Des hémorrhagies par pression de la canule, après la trachéotomie.

Nötzel (W.). Experimentelle Studie zum antiseptischen Wundverband. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 1.) — Etude expérimentale du pansement antiseptique des plaies.

Orecchia (C.). Su la legatura simultanea dell'arteria e della vena femorale. (*Gazz. degli Osped.*, 30 août.)

Plesch (J.). Eine neue Methode zur Diagnostisirung der Knochenbrüche. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — Une nouvelle méthode de diagnostic des fractures.

Roe (W. J.). Bilateral bony ankylosis of the temporo-maxillary articulation of traumatic origin, and its surgical treatment. (*Ann. of Surgery*, août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Audebert (J.). Arthropathies pelviennes d'origine gravidique. (*Arch. méd. de Toulouse*, 15 juin, 15 juillet et 15 août.)

Bantock (G.). The conservative treatment of lesions of the uterine appendages. (*Lancet*, 25 juillet.)

Biagi (N.). Della torsione del peduncolo nelle cisti ovariche. (*Policlinico*, partie chir., X, 8.)

Ceni (U.). Parti prematuri provocati nelle viziature pelviche. (*Policlinico*, 29 août.)

Dhotel (J.). Dystocie par gros fœtus. (*Echo méd. du Nord*, 9 août.)

Evelt (W.). 3 Fälle von Uterussarkom. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 août.)

Fehling (H.). Zur Prophylaxe und Therapie des Puerperalfiebers. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 août.) — Prophylaxie et traitement de la fièvre puerpérale.

Franz (K.). Nachteile der Beckenhochlagerung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 août.) — Les inconvénients de la position déclive.

Hammer. Beitrag zur Therapie der Placenta praevia. (*Münch. med. Wochensch.*, 1[er] sept.)

Kohn (R.). Myasthenia gravis pseudoparalytica und Gravidität. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 mai.)

Lewis (D. G.). Tumors of the round ligament of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Lopez (E.) et **Navarro** (V.). Nuevo procedimiento quirúrgico aplicado al tratamiento de las desviaciones uterinas. (*Rev. de med. y cirugia*, août.)

Lopriore (S.). Polmonite crupale in gravidanza inoltrata. (*Gazz. degli Osped.*, 30 août.)

Morrison (J. B.). Interstitial or tubo-uterine gestation complicating uterine pregnancy; abortion of both fœtuses three weeks apart. (*New York Med. Journ.*, 27 juin.) — Grossesse interstitielle ou tubo-utérine compliquant une grossesse utérine; avortement des deux fœtus à trois semaines d'intervalle.

Orthmann (E. G.). Beitrag zur Kenntnis der Tubenschwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 août.) — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire.

Paddock (C. E.). Antenatal rigor mortis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Peri (A.). Sulla interruzione artificiale della gravidanza nella tubercolosi polmonare. (*Policlinico*, 8 août.)

Reed (Ch. B.). The relations between peritoneal adhesions and the functionating uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Remy (S.). Au sujet de « l'accommodation » en obstétrique. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

PÉDIATRIE

Hohlfeld (M.). Erythema exsudativum multiforme, Chorea, Rheumatismus nodosus, Endo-Pericarditis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 août.)

Madinier. Eczéma impétigineux et catarrhe suffocant chez un enfant de cinq mois. (*Journ. des médecins praticiens de Lyon*, août.)

Miller (G. B.). Congenital dilatation of the gall bladder and bile ducts. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Dilatation congénitale de la vésicule et des voies biliaires.

Morison (A.). On the use of opium in the carditis of children. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Prandi (A.). Le gastro-enteriti acute dei bambini e la cura idrica. (*Gazz. degli Osped.*, 30 août.)

Röder (H.). Das Westphal'sche Phänomen bei croupöser Pneumonie im Kindesalter. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 3-4.)

Shands (A. R.). Treatment of club-foot in children under 3 years old. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Traitement du pied bot chez les enfants âgés de moins de trois ans.

Silva (G.). Studio critico sulle indicazioni della rachidocentesi. (*Pediatria*, juillet.)

Stooss (M.). Barlow'sche Krankheit (Skorbut der kleinen Kinder). (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1[er] et 15 août.)

Thierfeld (R.). Ueber Lithiasis bei Kindern. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 août.) — De la lithiase urinaire chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Biehl (C.). Streng umschriebene Entzündungsherde im Schläfenbeine. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 août.) — Foyers inflammatoires nettement circonscrits dans l'os temporal.

Dudrewicz (K.). Powiklania spraw ropnych ucha srodkowego. (*Kronika lekarska*, 1[er] et 15 janv., 1[er] et 15 fév. et 1[er] mars.) — Les complications des otites moyennes purulentes.

Ferran (C.). De l'association de la strychnine et de la pilocarpine dans le traitement de la syphilis de l'oreille interne. (*Journ. des médecins praticiens de Lyon*, août.)

Lothrop (H. A.). The anatomy of the inferior ethmoidal turbinate bone with particular reference to cell formation; surgical importance of such ethmoid cells. (*Ann. of Surgery*, août.) — L'anatomie du cornet ethmoïdal inférieur, surtout au point de vue de la formation de cellules; importance chirurgicale de ces cellules ethmoïdales.

Pick (F.). Larynxpolyp und Lungentuberculose. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 mai.) — Polype du larynx et tuberculose pulmonaire.

Schmiegelow (E.). Den akutte mellemöresuppuration, særligt med hensyn til diagnose og behandling. (*Ugeskrift for Læger*, 14 et 21 août.) — L'otite moyenne aiguë purulente, surtout au point de vue du diagnostic et du traitement.

HYGIÈNE

Keferstein. Alkoholismus und Bier. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 août.) — L'alcoolisme et la bière.

Monnier (M. U.). Etude sur quelques formes d'infections et intoxications alimentaires envisagées dans leurs rapports avec la pathologie générale, l'hygiène et la médecine légale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 8 et 15 août.)

Schröder (G.). Bemerkungen zur Frage der Heilstättenbehandlung Lungenkranker. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 3 août.) — Remarques sur le traitement des affections pulmonaires dans les sanatoria.

Tissier (H.) et **Gasching** (P.). Recherches sur la fermentation du lait. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Hodara (M.). Die Behandlung der Trichophytiasis capitis mit Chrysarobin. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1[er] août.)

Lenné. Zur Therapie des Diabetes mellitus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 10 août.)

Lyonnet (B.). L'alimentation des tuberculeux. (*Journ. des médecins praticiens de Lyon*, août.)

Noorden (C. von). Ueber Hafercuren bei schwerem Diabetes mellitus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 sept.) — Les cures d'avoine dans le diabète grave.

Pribram (H.). Ueber die haemostatische Wirkung der Gelatine-Injectionen bei Typhus abdominalis. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 mai.) — L'action hémostatique des injections de gélatine dans la fièvre typhoïde.

Wälsch (L.). Ueber unangenehme Nebenwirkungen nach Application medicamentöser Salben auf die Haut. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 août.) — Les effets fâcheux de l'application des pommades médicamenteuses sur la peau.

Wittmaack. Die Behandlung des Schleimhautlupus der Nase mit Pyrogallussäure. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 août.) — Le traitement du lupus de la muqueuse nasale par l'acide pyrogallique.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Beck (C.). Zum Selbstschutz bei der Röntgenuntersuchung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 août.) — La protection de l'opérateur au cours des recherches radiologiques.

Bloch (J.). Zur Galvanotherapie des Menière-schen Symptomencomplexes. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 mai.)

Casassa (A.). Ricerche sperimentali sulla radioterapia nell'ozena. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVI, 7-8.)

Chanoz. Cancer et rayons X. (*Journ. des médecins praticiens de Lyon*, juillet.)

Holzknecht (G.). Die Röntgeno-therapeutische Vorreaktion. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 1-2.)

Krogius (A.). Ueber einen mit Röntgen-Strahlen erfolgreich behandelten Fall von Schädelsarkom. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 1.) — Sur un cas de sarcome du crâne, traité avec succès par les rayons de Röntgen.

Lawson (D.) et **Crombie** (R. H.). Röntgen rays in the diagnosis of lung disease. (*Lancet*, 25 juillet.) — Les rayons de Röntgen dans le diagnostic des affections pulmonaires.

Mongour (Ch.). De l'action de la lumière rouge dans la variole. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 juillet.)

BACTÉRIOLOGIE

Fisher (Th.). A brief note on a bacillus in a case of ulcerative colitis. (*Lancet*, 27 juin.)

Macfadyen (A.) et **MacConkey** (A.). An experimental examination of mesenteric glands, tonsils and adenoids, with reference to the presence of virulent tubercle bacilli. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juillet.)

Morgan (H. de R.). The biological action of moulds on arsenical compounds. (*Lancet*, 4 juillet.) — L'action biologique des moisissures sur les composés arsenicaux.

Panichi (L.). Varietà nevrotossica dello pneumococco del Fränkel. (*Policlinico*, partie méd., X, 7, 8 et 9.)

Schick (B.) et **Ersettig** (H.). Zur Frage der Variabilität der Diphtheriebazillen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 août.)

Tuck (G. L.). The occurrence of tetanus spores in gelatin and its bearings on clinical medicine. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Xalabarder (E.) et **Proubasta** (F.). Diferenciación del bacilo tífico y del colibacilo en el caldo de Malte; nota primera. (*Rev. de med. y cirugia*, juillet.)

GÉNÉRALITÉS

Arsonval (d'), **Gariel**, **Chauveau**, **Marey** et **Weiss**. Traité de physique biologique. T. II : radiations; optique. In-8°, 1148 p. avec fig. et planches.

Carbonelli (G.). Il conte di Neipperg; documenti sulla sua morte. In-8°, 66 p. avec portrait. Turin.

Casares (A.) et **Martinez** (A.-B.). Annuaire statistique de la ville de Buénos-Ayres (12[e] année, 1902). In-8°, 329 p. Buénos-Ayres.

Mauriac (E.). Les ambulances urbaines de Bordeaux de 1890 à 1903. In-8°, 14 p. Bordeaux.

Statistique médicale de la marine pendant l'année 1900 (2[e] année). In-4°, 175 p. Impr. nationale.

23e ANNÉE. — N° 40. Vingt centimes le numéro. 7 OCTOBRE 1903.

LA
SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Contribution à l'étude du mécanisme des mouvements volontaires et des fonctions du faisceau pyramidal, par M. le professeur G. Marinesco 325
MÉDECINE PRATIQUE. — Un signe susceptible de faciliter le diagnostic de la grossesse gémellaire 329
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — De la tuberculose articulaire et des séries morbides parallèles 330
Action analgésiante du radium 330
Académie des sciences. — Sur la production de sucre dans le sang durant le passage de ce dernier à travers le poumon 330
Diagnostic radiographique des calculs biliaires 330
Les myélocytes du bulbe olfactif 330
ETRANGER : *Lettres d'Amérique.* — Sur la désinfection chirurgicale aux Etats-Unis 330
La chloroformisation et l'éthérisation aux Etats-Unis 331
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Les échanges protéiques dans l'anémie pernicieuse et spécialement dans l'anémie bothriocéphalique 331
Les luxations de l'articulation de Lisfranc 331
Contribution au diagnostic des carcinomes profonds du pharynx 332
Inoculations de l'agent pathogène du chancre mou aux singes 332
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La valeur des amers contre l'anorexie et leur mode d'emploi 332
Le bleu de méthylène dans le traitement des diarrhées 332
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Amers et leur valeur eupeptique 332²
Analgésie au moyen du radium 330¹
Anémie bothriocéphalique et échanges protéiques 331²
Anorexie 332²
Bleu de méthylène contre les diarrhées 332³
Bulbe olfactif et ses myélocytes 330²
Calculs biliaires et leur diagnostic radiographique 330²
Carcinomes profonds du pharynx et leur diagnostic 332¹
Chancre mou et inoculation de son agent pathogène aux singes 332²
Chloroformisation et éthérisation aux Etats-Unis 331¹
Désinfection chirurgicale aux Etats-Unis 330²
Diarrhées 332³
Echanges protéiques dans l'anémie bothriocéphalique 331²
Glycogénie hématique 330¹
Grossesse gémellaire et son diagnostic 329³
Ligaments ronds et leur effacement en cas de grossesse gémellaire 329³
Luxations de l'articulation de Lisfranc 331³
Mouvements volontaires chez l'homme 325¹
Myélocytes du bulbe olfactif 330²
Radiographie des calculs biliaires 330²
Radium comme analgésique 330¹
Séries morbides parallèles entre le rhumatisme et la tuberculose 330¹
Sucre et sa production dans le sang pendant la traversée du poumon 330¹
Traitement de l'anorexie 332²
— des diarrhées 332³
— des luxations de l'articulation de Lisfranc 331³
Tuberculose articulaire 330¹
Voies pyramidales chez l'homme 325¹

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Giovanni Vitali, privatdocent à la Faculté de médecine de Modène, est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Stanislas Dobrowolski est nommé privatdocent de gynécologie.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur W. Stöckel (de Bonn) est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Fribourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Richard Link (*médecine interne*); Karl von Eicken (*laryngologie et rhinologie*); Wilhelm Herrenknecht (*odontologie*).

Faculté de médecine de Halle. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten A. Tschermak (*physiologie*), Ernst Vahlen (*pharmacologie*).

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur V. L. Bormann est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur R. Beneke, privatdocent à la Faculté de médecine de Gœttingue, est nommé professeur ordinaire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. E. Neumann, démissionnaire.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Vincenzo Cordaro, privatdocent à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Modène. — MM. les docteurs Ulisse Gardini et Torquato Legnani sont nommés privatdocenten de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Munich. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les privatdocenten Hermann Dürck (*anatomie pathologique*), Ludwig von Stubenrauch (*chirurgie*), Friedrich Lange (*orthopédie*).

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Antonio Anile et Giovanni Vastarini-Cresi (*anatomie*); Francesco Scotti (*pathologie interne*); Filiberto Iacobelli et Leopoldo Rizzo (*pathologie externe*); Angelo Piantieri (*médecine opératoire*); Luigi Mosca (*dermatologie et syphiligraphie*); Durando Durante (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Salvatore Santomauro, privatdocent à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur A. Fischel, privatdocent d'anatomie, est nommé professeur extraordinaire.

M. le docteur Josef Langer est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Rosenfeld est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Fochier, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Lacombe, sénateur de la Charente. — M. le docteur E. Pflüger, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Berne. — M. le docteur A. Rollett, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Richard Pott, professeur extraordinaire de pédiatrie à la Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur M. Ph. Koslenko, privatdocent de gynécologie à la Faculté de médecine de Moscou.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1902* inclusivement (20 années) absolument complètes, soit les 22 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 198 francs pour la France, 240 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1901), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE MONTPELLIER

Abbadie de Barrau (d'). Revue générale des malformations congénitales du cœur; à propos d'un cas de cyanose périphérique tardivement reconnu (maladie bleue).

Abramovitch (Mlle). L'hystérie saturnine.

Aglot. Contribution à l'étude des exostoses de croissance.

Alvernhe. Des kystes hydatiques osseux crâniens.

Andrianyafy. Le Ramanenjana à Madagascar (choréomanie d'origine palustre).

Antonin. De la sérothérapie dans la fièvre scarlatine (étude pathogénique et de thérapeutique pathogénique).

Ardisson. Contribution à l'étude des luxations spontanées de la hanche (luxations aiguës).

Arnaud. La tarsectomie interne dans le pied plat valgus douloureux invétéré.

Artus (A.). Des pseudo-métrites.

Aton. De quelques troubles anormaux dus à la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx de l'enfant.

Audibert (L.-V.). L'éosinophilie.

Baïtcheff. De l'hydrocèle ventro-scrotale (hydrocèle en bissac de Dupuytren).

Battarel. Quelques remarques sur la paralysie générale chez les indigènes musulmans algériens.

Beis (F.). Contribution à l'étude des kystes tubo-ovariens.

Bellot. Contribution à l'étiologie de la paralysie générale progressive.

Beniaya. Contribution à l'étude de la pelade; de sa nature.

Benoit (G.). Contribution à l'étude des ferments solubles du lait de femme.

Benoit (J.). Du myxœdème chez l'enfant.

Blanc (J.). Contribution à l'étude clinique du collargol.

Blanchard. Indications opératoires dans le cancer de l'anse iléo-cæcale.

Bonan (A.). Des abcès du sein pendant la grossesse.

Bordes. Des adhérences balanopréputiales dans leur rapport avec l'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant.

Bouisson (H.). Les procédés de laboratoire pour le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Claude (A.). Contribution à l'étude pathogénique des névralgies diaphragmatiques d'origine palustre.

Contencin. Contribution à l'étude des déchirures des culs-de-sac du vagin au cours des accouchements.

Coudero. Contribution à l'étude des folliculites et des diverticulites blennorrhagiques.

Danillon. Des kystes dermoïdes du raphé périnéogénital.

Darbousse. L'entéro-colite muco-membraneuse.

Déléon-Brunet. Contribution à l'étude des déterminations pulmonaires et rénales de la grippe.

Delmas (D.). La tuberculose infantile médicale et les sanatoria maritimes.

Desdouits. Formes et nature de la spléno-pneumonie.

Désery. Contribution à l'étude du traitement diététique de l'épilepsie.

Duchenne. De la séparation des urines des deux reins par l'appareil de Luys.

Dullin. Revue générale des hernies ombilicales congénitales de la période embryonnaire.

Espinouze. Essai sur la photométrie scolaire.

Fighièra. Contribution à l'étude du traitement des plaies artérielles par la suture.

Filippi. L'albuminurie d'origine infectieuse chez l'enfant.

Fouquet. Etude de la sclérodermie.

Galib. Du bégaiement.

Gavaudan (R.). Tubage du larynx pour diphtérie.

Géraudie. Contribution à l'étude pathogénique des phlegmons de la cavité de Retzius.

Germain (O.). L'exagération des réflexes tendineux dans l'insuffisance antitoxique.

Gofschneider (Mlle). Des stigmates oculaires et visuels chez les femmes criminelles de la maison centrale de Montpellier.

Goubert. Des états éléphantiasiques non filariens.

Granier. Essai sur la névropathie cérébro-cardiaque ou maladie de Krishaber.

Hayat. Contribution à l'étude de la fièvre dite méditerranéenne (fièvre de Malte).

Ignatieff. Contribution à l'étude du traitement du cancer du sein.

Kanazirsky. Contribution à l'étude du phlegmon primitif du tissu cellulaire sous-pleural (péripleurite de Wunderlich).

Kantor (Mme). Fièvre typhoïde et grossesse.

Laurans. Bienvenu de Jérusalem; le manuscrit de Besançon.

Leroueille. Des rétrécissements de l'urèthre chez la femme.

PHYSIOLOGIE

Arthus (M.). Sur la labogénie; action labogénique du lait. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Hirt (E.). Kasuistischer und kritischer Beitrag zur Lehre von der Funktion der Blase und des Mastdarmes. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 sept.) — Contribution à l'étude des fonctions de la vessie et du rectum.

Lapicque (M. et Mme). Recherches sur la loi d'excitation électrique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Lugiato (L.). Studii sperimentali sulla forma del sollevamento ergografico; 1a nota. (*Riv. di patol. nervosa e mentale*, sept.)

Nicloux (M.). Contribution à l'étude physiologique de la glycérine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Babes (V.). Atlas der pathologischen Histologie des Nervensystems. 9e fasc. In-8°, 11 planches, avec texte explicatif. Berlin.

Cacace (E.). Ricerche sperimentali ed istopatologiche sull'avvelenamento cacodilico. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei medici e natural.*, XIII, 1.)

Huguenin (B.). Ueber einen Fall von Gallenblasenruptur mit tötlicher Blutung infolge eines Carcinoma haematodes an der Vereinigungsstelle der drei Hauptgallengänge, nebst Bemerkungen über einige gleichzeitige Leber- und Pankreasveränderungen. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 3.) — Sur un cas de rupture de la vésicule biliaire avec hémorrhagie mortelle par suite d'un cancer siégeant au confluent des trois principaux conduits biliaires; remarques sur quelques altérations simultanées du foie et du pancréas.

Simon (L.-G.). Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la diphtérie humaine; lésions et réactions du système hématopoïétique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Kassowitz (M.). Vererbung der Syphilis und plazentare Uebertragung der Variola. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 août.) — L'hérédité de la syphilis et la transmission placentaire de la variole.

Kasten (F.). Ueber die Bildung von spezifischen Antikörpern nach kutaner Infektion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 sept.) — Sur la formation d'anticorps spécifiques après infection cutanée.

Klingmüller (V.). Zur Wirkung abgetöteter Tuberkelbacillen und der Toxine von Tuberkelbacillen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 août.) — L'action des cadavres de bacilles de la tuberculose et des toxines provenant de ces bacilles.

Muir (R.). On the action of hæmolytic sera. (*Lancet*, 15 août.)

Neufeld (F.). Ueber Immunisirung gegen Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 sept.)

Ruhräh (J.). The relation of the thymus gland to marasmus. (*Lancet*, 29 août.)

Turró (R.). Origine et nature des alexines. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

MÉDECINE

Abrams (A.). A contribution to the study of the intercostal phonation phenomenon and the Litten diaphragm phenomenon. (*Med. Record*, 8 août.)

Bernabei (C.). A proposito di « un nuovo reattivo dei pigmenti biliari dell'urina ». (*Gazz. degli Osped.*, 11 janv.)

Bulletin de la Société de médecine d'Angers (1er et 2e trimestres de 1903). In-8°, 183 p. avec fig. Angers.

Cardarelli (A.). Ragioni del mio dubbio sulla malattia di Papa Leone XIII. (*Riv. critica di clinica medica*, 12 sept.)

Corazza (G.). Maïs e pellagra. In-8°, 30 p. Matera.

Ham (C. E.) et **Macleod** (J. R.). The estimation of free hydrochloric acid in the gastric contents. (*Lancet*, 1er août.)

Kühner (A.). Rheumatismus und Gicht. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 17 août.) — Rhumatisme et goutte.

Leyden (E. von) et **Klemperer** (F.). Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. 3. Band : Constitutionsanomalien und Blutkrankheiten. In-8°, 514 p. avec fig. Vienne. — La clinique allemande au début du vingtième siècle. T. III : anomalies de constitution et maladies du sang.

Lucibelli (G.). Intorno alla genesi del murmure vescicolare. (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, juillet.)

Mathieu (A.). Su di un caso di senilità avanzata. In-8°, 27 p. Cagliari.

Moritz (O.). Der Blutdruck bei Körperarbeit gesunder und herzkranker Individuen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 3-4.) — La pression sanguine pendant le travail physique chez les individus sains et chez les sujets atteints d'affections cardiaques.

Osler (W.). On the so-called Stokes-Adams disease (slow pulse with syncopal attacks). (*Lancet*, 22 août.)

Pick (A.). Zur Frage der hepatogenen Dyspepsie. (*Wien. med. Wochensch.*, 11, 18 et 25 juillet et 1er août.)

Pieraccini (G.). Il suono retrosternale del Banti e il triangolo paravertebrale del Grocco. (*Clinica moderna*, 1er juillet.)

Sedgwick (C. H.). A case of malignant disease following splenic anæmia. (*Lancet*, 19 sept.)

Silvagni (L.). Aneurisma voluminoso dell'aorta ascendente e dell'arco; considerazioni cliniche ed anatomiche. (*Nuovo raccoglitore med.*, juillet.)

Sormano (S.). Passaggio e trasformazione di alcune sostanze nell'urina. In-8°, 81 p. Turin.

Waldeyer (W.) et **Posner** (C.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin (Jahrgang 1902). T. Ier, Ire partie. In-8°, 306 p. avec fig. Berlin. — Compte rendu sur les progrès réalisés dans les sciences médicales pendant l'année 1902.

Wolf (J.). Ueber Heterochylie. (*Wien. med. Presse*, 6 sept.)

MALADIES INFECTIEUSES

Austregesilo (A.). Sobre alguns signaes cardiacos ainda não descriptos na febre amarella. (*Brazil-medico*, 22 août.)

Curtius. Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Diphtherie. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 sept.)

Ettinger (I.). Asupra unui caz de febra tifoida emoragica cu stafilococie si colibacilosa. (*Spitalul*, 15 janv.)

Faber (E.). Dödsaarsagerne ved difteri. (*Thèse de Copenhague.*) — Les causes de la mort dans la diphtérie.

Krause (K. A.) et **Hartog** (C.). Ueber Strumitis posttyphosa und den Nachweis der Typhusbacillen im Strumaeiter. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 août.) — Thyroïdite post-typhoïdique et constatation de bacilles d'Eberth dans le pus provenant de la glande thyroïde.

Moreau (E.). Sur une complication grave des oreillons : péritonite ourlienne mortelle. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 août.)

Oliari (A.). La malaria nella provincia di Parma dopo la soppressione della coltura di riso; note statistiche ed epidemiologiche. In-8°, 70 p. Parme.

Ott. Rougeoles récidivantes et rougeoles à « rash »; l'épidémie de Lillebonne en 1902. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 août.)

Piazza-Martini (V.). Altre osservazioni sulla tosse malarica. (*Gazz. siciliana di med. e chir.*, 4 juin.)

Pierce (R. C.). A case of recurrent varioloid rash following vaccination. (*Lancet*, 1er août.)

Simon (L.-G.). Des variations leucocytaires chez les malades atteints de diphtérie et traités par le sérum antidiphtérique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Solimene (A.). Resoconto delle intubazioni eseguite negl'infermi di croup ed altre malattie infettive acute al Cotugno. In-8°, 36 p. Naples.

Tombleson (J. B.). A note on the etiology of yellow fever. (*Lancet*, 29 août.) — A propos de l'étiologie de la fièvre jaune.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Beduschi (V.) et **Bossi** (P.). Sulla patogenesi del cosidetto torticollo mentale. (*Arch. di ortopedia*, XX, 2.)

Belugou (A.) et **Faure** (M.). Pathogénie, pronostic et thérapeutique du tabes (d'après 1,960 observations). (*Rev. de méd.*, août.)

Binet-Sanglé (Ch.). Physio-psychologie des religieuses : les religieuses de Port-Royal. (*Journ. de neurol.*, 5 août.)

Constensoux (G.) et **Zimmern** (A.). Sur la mesure du tonus musculaire. (*Rev. neurol.*, 15 sept.)

Corletto (F.). Di un nuovo riflesso osservato in due casi di morbo di Pott. (*Policlinico*, 3 janv.)

Dana (Ch. L.). The irritability of the facial muscles : a study of its physiological causes and clinical significance. (*New York Med. Journ.*, 25 juillet.)

Doutrebente. Un cas de paralysie générale sénile. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 août.)

Förster (O.). Die Mitbewegungen bei Gesunden, Nerven-und Geisteskranken. In-8°, 53 p. avec fig. Iéna. G. Fischer. — Les mouvements associés au double point de vue physiologique et pathologique.

Fragstein (von). Ueber doppelseitige Gehörstörungen kombiniert mit bilateralen Krämpfen im Gebiete des Facialis, nebst Bemerkungen über das Versorgungsgebiet des letzteren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 sept.) — Troubles bilatéraux de l'audition associés à des crampes bilatérales dans le domaine du facial; remarques sur le territoire de distribution de ce nerf.

Friedmann (M.). Zur Kenntnis der zerebralen Blasenstörungen und namentlich des Rindenzentrums für die Innervation der Harnblase. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 sept.) — Contribution à l'étude des troubles vésicaux d'origine cérébrale et du centre cortical d'innervation de la vessie.

Funke (R.). Ueber Pseudotetanie. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 mai.)

Grasset (J.). Un cas de voix eunucoïde datant de l'ictus dans l'hémiplégie cérébrale (paralysie centrale du cricothyroïdien). (*Rev. neurol.*, 15 sept.)

Guth (H.) et **Rosenfeld** (R.). Sklerodermie und Myosklerose. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juillet.)

Hager (P.). Beiträge zur Aetiologie der verschiedenen progressiven Muskelatrophien im Anschlusse an 2 familiäre Fälle von Dystrophia musculorum progressiva. (*Pest. med.-chir. Presse*, 30 août.)

Jolly (F.). Ueber einige seltenere Fälle von Querschnittserkrankung des Rückenmarks: Ein Fall von doppelseitiger Halbseitenerkrankung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 2.)

Kopczynski (S.). Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de la chorée (chorea minor Sydenhami). (*Rev. neurol.*, 15 août.)

Lannois (M.). Troubles psychiques dans un cas de sclérose en plaques. (*Rev. neurol.*, 15 sept.)

Saporito (F.). Sulla delinquenza e sulla pazzia dei militari. In-8°, 218 p. avec fig. Naples.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brauns (Th.). Ein Fall von ausgebreitetem Schweissdrüsen-Adenom mit Cystenbildung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 3.) — Un cas d'adénome étendu des glandes sudoripares avec formation de kystes.

Dreuw. Zur Behandlung des Lupus; vorläufige Mitteilung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er sept.) — Traitement du lupus.

Fick (J.). Beobachtungen über tertiäre Lues in Prof. Dr. Ehrmann's Ambulatorium in Wien. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIV, 1.)

Fischel (R.). Ueber die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe und den Versuch seines histochemischen Nachweises. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 3.) — Action du mercure sur le tissu syphilitique et sa mise en évidence par les moyens histochimiques.

Fournier (A.). Syphilis de l'estomac. (*Syphilis*, juillet.)

Hansen (C. T.). Behandling af lupus vulgaris ved frysning med klorætyl. (*Hospitalstidende*, 19 août.) — Lupus vulgaire traité par la réfrigération au moyen du chlorure d'éthyle.

Jadassohn. Ueber Prurigo und Neurodermitiden. (*Deutsche Praxis*, 25 nov. et 10 déc. 1902; 10 et 25 fév. et 10 mars.)

Kraus (A.). Ueber entzündliche Knotenbildung in der Haut mit umschriebener Atrophie des Fettgewebes. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 3.) — La production d'indurations inflammatoires dans la peau avec atrophie circonscrite du tissu adipeux.

Malherbe (H.). L'érythème circiné tertiaire de la syphilis. (*Gaz. méd. de Nantes*, 19 sept.)

Mibelli (V.). La clinica dermosifilopatica dell'Università di Parma nel decennio 1892-1902. In-8°, 23 p. Parme.

Pospelow (A. J.) et **Gautier-Dufayer** (E. W.). Zur Kasuistik und Pathogenese des Melasma suprarenale (Morbus Addisonii). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 3.)

Salomon (O.). Ueber Hautgeschwüre gonorrhoischer Natur. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mars.) — Des ulcérations cutanées de nature blennorrhagique.

Scagliosi (G.). Beitrag zur Pathologie der Hautverbrennungen; pathologisch-anatomische und experimentelle Untersuchungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 et 30 juillet.) — Contribution à l'anatomie pathologique des brûlures cutanées.

Secchi. Sopra alcuni casi non comuni di clinica sifilopatica. (*Gazz. degli Osped.*, 26 juillet et 16 août.)

Vignolo-Lutati (C.). Neuer klinisch-experimenteller Beitrag zur Pathologie der glatten Muskelfasern der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 3.) — Nouvelle contribution clinique et expérimentale à l'étude des lésions des fibres musculaires lisses de la peau.

CHIRURGIE

Aldrich (F. G.). Amputation of the leg under hypnotism. (*Lancet*, 22 août.) — Amputation de jambe pendant le sommeil hypnotique.

Alhaique (A.). Note di clinica e di terapia chirurgica. (*Incurabili*, 1er-15 mai et 1er-15 juin.)

Arcangeli (A.). Alcuni casi di tubercolosi del sacco erniario; nota preventiva. In-8°, 7 p. Foligno.

Auvray (M.). Abcès tuberculeux intra-hépatique et périhépatite tuberculeuse. (*Rev. de chir.*, sept.)

Bidou (G.). Mécanothérapie et déviations du rachis. In-8°, 43 p. avec fig.

Blauel (C.). Beitrag zu den extracraniellen Aneurysmen der Carotis interna. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 3.)

Boari (A.). Contributo di 540 operazioni addominali. In-8°, 79 p. Pescia.

Braun (H.). Zur Anwendung des Adrenalins bei anästhesierenden Gewebsinjektionen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 19 sept.) — Association de l'adrénaline aux injections interstitielles pratiquées en vue d'obtenir l'anesthésie.

Casati (E.). Vaginalite flemmonosa susseguente ad appendicite cancrenosa in ernia appendicolare congenita; resezione del cieco; guarigione. (*Nuovo raccoglitore med.*, juillet.)

Connor (F. P.). Intussusception of the vermiform appendix. (*Lancet*, 29 août.)

Croizier. Luxation du pied en arrière; fracture du péroné au tiers inférieur; arrachement de la malléole interne. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 août.)

Douriez (H.). Un cas d'hémicerclage de la rotule. (*Gaz. méd. de Picardie*, août.)

Elgart (J.). 2 operativ geheilte Fälle von Invaginatio ileocoecalis bei Erwachsenen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 août.) — 2 cas d'invagination iléo-cæcale chez des adultes, guéris par l'opération.

Féré (Ch.) et **Demanche** (R.). Note sur un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire consécutive à une fracture de l'avant-bras. (*Rev. de chir.*, sept.)

Galeazzi (R.). Contributo alla cura operatoria moderna del male di Pott. In-8°, 24 p. Biella.

Gibney (V. P.). The correction of deformity at the hip, the result of disease; a study of the best methods and best positions. (*New York Med. Journ.*, 25 juillet.) — La correction de la déformation de la hanche, consécutive à la coxalgie.

Hellendall (H.). Retropharyngeale Geschwülste. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — Tumeurs rétropharyngées.

Hibbs (R. A.) et **Correll-Löwenstein** (H.). 2 cases of congenital elevation of the shoulder, with a review of the reported cases. (*Med. Record*, 1er août.) — 2 cas de position élevée congénitale des épaules.

Honsell (B.). Weiterer Beitrag zur akuten Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — Nouvelle contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë dans la région de l'articulation coxo-fémorale.

Joseph (E.). Ueber angeborene bösartige Neubildungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 août.) — Des néoplasmes malins congénitaux.

Kausch (W.). Zur Narkose beim Ileus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 août.)

Kühner (A.). Tortikollis, Tortithorax und Lumbago; ihre Beziehungen zur Unfallversicherung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 14 sept.) — Torticolis, tortithorax et lumbago; leurs rapports avec l'assurance contre les accidents.

Macphatter (N.). Removal of the internal jugular vein and carotid arteries in order to remove a tumor in the left side of the neck. (*New York Med. Journ.*, 25 juillet.) — Résection de la veine jugulaire interne et des artères carotides en vue de l'extirpation d'une tumeur siégeant au côté gauche du cou.

Power (d'Arcy). Have the locality and surroundings an influence upon the recurrence of malignant disease after operation? (*Lancet*, 25 juillet.) — La localité et le milieu exercent-ils une influence sur la récidive des affections malignes après opération ?

Schanz (A.). Eine neue Operation zur Behandlung veralteter Kniescheibenbrüche. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juillet.) — Une nouvelle opération pour fractures anciennes de la rotule.

Sträter (M.). Over eén geval van ductus omphalo-entericus persistens. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 sept.)

Stratton (R. Th.). The gradual surgical occlusion of large arteries; its relative advantages, together with an experimental inquiry as to its feasibility. (*Ann. of Surgery*, août.)

Struthers (J. W.). Observations on Oberst's method of inducing local anæsthesia. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Tommasoli (F.). Nefrectomia in un caso di lesione renale con sintomatologia strana e rara. (*Policlinico*, 8 août.)

Venot (A.). Tuberculose à marche rapide de l'épididyme; castration; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 août.)

Videla (J. A.). Adenofibroma del seno en un sujeto del sexo masculino. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Weyprecht (K.). Erfahrungen über die Operation des eingeklemmten Bruches. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 1.) — Recherches sur l'opération de la hernie étranglée.

Wolff (R.). Die Fracturen des Os naviculare carpi nach anatomischen Präparaten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.)

OPHTALMOLOGIE

Abelsdorff (G.). Ueber mechanische Behandlung der Blepharoptosis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 août.) — Traitement mécanique de la blépharoptose.

Claiborne (J. H.). Treatment of trachoma. (*Med. Record*, 8 août.)

Fridenberg (P.). A signal test for color-blindness. (*Med. Record*, 1er août.) — Signal-épreuve pour la recherche du daltonisme.

Mendel (F.). Ein Fall von Druckatrophie des Sehnerven bei Tumor der Schädelbasis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 août.) — Un cas d'atrophie du nerf optique par compression due à une tumeur de la base du crâne.

Weeks (J. E.). The influence of heredity on the eye. (*Med. Record*, 8 août.) — L'influence de l'hérédité sur les yeux.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ansaloni. Notes de pratique obstétricale à propos d'un cas de présentation du front, suivi de basiotripsie. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 août.)

Baldy (J. M.). Retrodisplacements of the uterus and their treatment. (*New York Med. Journ.*, 25 juillet.)

Bertino (A.). Rendiconto clinico dell'Istituto ostetrico-ginecologico dell'Università di Cagliari dal 20 novembre 1900 al 12 luglio 1902. In-8°, 101 p. Cagliari.

Chénieux. Résultats et avantages comparés de l'hystérectomie vaginale et de la laparotomie. (*Limousin méd.*, juillet.)

Fränkel (L.). Ausgetragene Schwangerschaft im atretischen Uterus bicornis bicollis, zugleich ein Beitrag zur Diagnose desselben. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Grossesse à terme dans un utérus bicorne double atrésique; contribution au diagnostic de cette malformation.

Gigli (L.). Zur Pubeotomie nach Baumm. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

Hahn (W.). Ueber den gegenwärtigen Stand und die Erfolge der conservativen und operativen Behandlungsmethoden bei entzündlichen Adnexerkrankungen. (*Wien. med. Presse*, 26 juillet et 2 août.) — L'état actuel et les résultats des méthodes conservatrices ou opératoires de traitement des affections inflammatoires des annexes.

Heidemann (W.). Die radikale Entfernung der krebsigen Gebärmutter und Scheide auf abdominalem Wege. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 août.) — L'extirpation radicale de l'utérus et du vagin cancéreux par la voie abdominale.

Hitschmann (F.) et **Lindenthal** (O. Th.). Der weisse Infarct der Placenta. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXIX, 3.) — L'infarctus blanc du placenta.

Hofmeier (M.). Die Universitäts-Frauenklinik in Würzburg (1889-1903); Berichte und Studien. In-8°, 227 p. avec fig. Stuttgart. — La clinique gynécologique de Wurtzbourg de 1889 à 1903.

Keitler (H.). Ueber traubenförmige Sarkome im Corpus uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Les sarcomes en grappe du corps de l'utérus.

Kouwer (B. J.). Correctie der aangezichtsligging gedurende de baring. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 sept.) — Sur la conduite à tenir dans les présentations de la face.

Maasland (H.) et **De Josselin de Jong** (R.). Een geval van papilloom (papillair-carcinoom) der baarmoeder. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 sept.) — Papillome de l'utérus.

Peham (H.). Das traubige Sarkom der Cervix uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Le sarcome en grappe du col utérin.

Pfannenstiel (J.). Zur Discussion über die Behandlung der Falschlagen von Uterus und Scheide. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Traitement des déviations de l'utérus et du vagin.

Sippel. Die neueren Operationsbestrebungen gegenüber dem Gebärmutterkrebs. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 août.) — Les nouveaux procédés opératoires du cancer utérin.

Stewart (R. W.). The kidney in pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Le rein dans la grossesse.

Torretta (P.). Elefantiasi e gravidanza. (*Progresso med.*, 25 août.)

Tuszkai (O.). Ueber Indication der Einleitung der Geburt bei Hyperemese und Cardiopathie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 août.) — Les indications de l'accouchement provoqué en cas de vomissements incoercibles ou de cardiopathie.

Warren (S. P.). Fetal ascites with dystocia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Willson (R. N.). The significance of urinalysis in pregnancy, with special reference to eclampsia. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, juin.)

PÉDIATRIE

Bartenstein (L.). Head'sche Zonen bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 3.)

Beck (C.). Ein Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Meningitis serosa (interna) acuta im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 3.) — Contribution à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la méningite séreuse (interne) aiguë chez les enfants.

Bolognini (P.). Prelezione al corso di terapia delle malattie infantili. (*Pediatria*, juin.)

Cohn (M.). Zur Coxa vara infolge Frührachitis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 3.) — Coxa vara consécutive au rachitisme précoce.

Corson (E. R.). The fever of dentition. (*New York Med. Journ.*, 25 juillet.)

Figueira (F.). Eléments de séméiologie infantile. In-18, 640 p. avec fig.

Fitschen (Eleonore). Ueber Säuglingsernährung mit Vollmilch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 1-2.) — L'allaitement au moyen du lait complet.

Frankl (O.). Ueber den Verschluss der Nabelarterien. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 août et 5 sept.) — Sur l'occlusion des artères ombilicales.

Gittings (J. C.) et **Jopson** (J. H.). Oedema of the glottis. (*New York Med. Journ.*, 25 juillet.)

Hicks (H. T.). On the treatment of the summer diarrhœa and vomiting in infants. (*Lancet*, 15 août.) — Traitement de la diarrhée estivale et des vomissements chez les enfants en bas âge.

Kerley (Ch.), **Gieschen** (A.) et **Myers** (G.). Some comparative examinations of breast milk and cow's milk, and the effect of the addition of alkalies and other antacids to cow's milk. (*Med. Record*, 8 août.) — Quelques analyses comparatives du lait de femme et du lait de vache; effets de l'association des alcalins et d'autres antiacides avec du lait de vache.

Monti. Die Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 1-2.) — L'allaitement au moyen du lait de femme.

Perlin (Anna). Beitrag zur Kenntnis der physiologischen Grenzen des Hämoglobingehaltes und der Zahl der Blutkörperchen im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 3.) — Contribution à l'étude des limites physiologiques du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules sanguins chez les enfants.

Ratner (L.). Die Sommerdiarrhoe bei Kindern und ihre Behandlung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 31 août.) — La diarrhée estivale infantile et son traitement.

Rommel (O.). Ein Fall von Henoch'scher Purpura. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 août.)

Stewart (D. H.). Some dangers of the hot-water bottle as applied to the new-born. (*Med. Record*, 8 août.) — Quelques dangers de l'emploi du cruchon d'eau chaude chez les nouveau-nés.

Würtz (A.). Ein Beitrag zur Ernährungsphysiologie des Säuglings. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 3.) — Contribution à la physiologie de la nutrition du nourrisson.

Zangemeister (W.). Eine Bemerkung über die künstliche Ernährung von Säuglingen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 sept.) — Une remarque sur l'allaitement artificiel des nourrissons.

Zappert (J.). Ueber Genitalblutungen neugeborener Mädchen. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er août.) — Des hémorrhagies génitales chez les nouveau-nés du sexe féminin.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Arnozan (X.). Précis de thérapeutique. 2e éd. 2 vol. In-18, 1247 p. avec fig.

Behring (von). Zur antitoxischen Tetanustherapie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 août.)

Elworthy (H. S.). A case of traumatic tetanus treated with antitoxin; death. (*Lancet*, 15 août.) — Un cas de tétanos traumatique traité par l'antitoxine; mort.

Fingland (W.). The successful treatment of sporadic dysentery by Aplopappus Baylahuen. (*Lancet*, 15 août.)

Holitscher (A.). Der Alkohol bei der Behandlung fieberhafter Krankheiten, besonders der Pneumonie. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juillet, 6 et 13 août.) — L'alcool dans le traitement des maladies fébriles et, en particulier, de la pneumonie.

Kingdon (W. R.). The successful treatment of thoracic aneurysms by large doses of iodide of potassium. (*Lancet*, 22 août.)

Macrez (P.). Formulaire-index du praticien pour adultes et enfants. In-32, 288 p.

Moresco (G.). L'opoterapia soprarenale nel trattamento dell'atonia vescicale; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 16 août.)

Nagel. Beitrag zur Behandlung der Ankylostomiasis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 juillet.) — Contribution au traitement de l'ankylostomiase.

Weill (E.), **Lumière** (A.) et **Péhu** (M.). Traitement des diarrhées infantiles par les solutions de gélatine. (*Lyon méd.*, 23 août.)

Wiesinger. Hydrops intermittens; Heilung durch Jodoformglycerininjektion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 août.) — Hydarthrose intermittente; guérison par injection de glycérine iodoformée.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Béclère (A.). Le radiodiagnostic des calculs urinaires. (*Arch. d'électricité méd.*, août.)

Brohl. Ein selteneres Röntgenbild. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Une radiographie rare.

Colombo (C.). Ueber den Wert der chemischen Strahlen aus der Geissler'schen Röhre bei der Lupusbehandlung. (*Wien. med. Presse*, 30 août.) — Sur la valeur des rayons chimiques du tube de Geissler dans le traitement du lupus.

Cugusi-Simon (A. et G.). Studio critico-sperimentale sulle correnti d'Arsonval-Tesla. In-8°, 40 p. Cagliari.

Leduc (S.). Etude sur les courants intermittents de basse tension. (*Arch. d'électricité méd.*, sept.)

Levy-Dorn et **Jacobsohn** (M.). Beitrag zur Untersuchung auf Fremdkörper mit Röntgenstrahlen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 août.) — Contribution à la recherche des corps étrangers au moyen des rayons de Röntgen.

Marshall (E. G.). Electricity in the treatment of diseases of the stomach. (*Med. Record*, 8 août.)

Mondain. Un cas de cancer guéri par les rayons X. (*Arch. d'électricité méd.*, sept.)

Stover (G. H.). An experience with the X ray in kraurosis vulvæ. (*New York Med. Journ.*, 25 juillet.)

Wertheim-Salomonson (M.). Courants de haute fréquence non amortis. (*Arch. d'électricité méd.*, sept.)

GÉNÉRALITÉS

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. XX, fasc. 1er. In-8°, 154 p. avec planches. Berlin. — Travaux de l'Office sanitaire impérial [allemand].

Bandaline (J.). The struggle of science with old age. (*Med. Record*, 18 juillet.) — La lutte de la science contre la vieillesse.

Hamilton (Mlle). Instruction professionnelle et situation du personnel secondaire des hôpitaux. In-8°, 16 p. Bordeaux.

Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. 74. Versammlung zu Karlsbad, 21.-27. September 1902: Medizinische Abteilungen. In-8°, XXI-670 p. Leipzig. — Comptes rendus de la 74e Assemblée des naturalistes et médecins allemands, tenue à Karlsbad du 21 au 27 septembre 1902.

23e ANNÉE. — N° 41. Vingt centimes le numéro. 14 OCTOBRE 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Des colorations du liquide céphalo-rachidien, d'origine hémorrhagique, par M. le professeur L. Bard.. 333
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine*. — De la syphilisation du singe............ 337
Traitement de la gastro-entérite des nourrissons par le lait acidifié............ 337
Société de chirurgie. — Rupture intrapéritonéale de la vessie, consécutive à une fracture du bassin............ 337
Traitement des fistules vésico-vaginales... 337
Luxation du genou en dehors............ 337
Société médicale des hôpitaux. — Recherche de la rétention des chlorures............ 337
Péritonite tuberculeuse simulant une cirrhose alcoolique............ 338
Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques à la période secondaire............ 338
Traitement du tétanos par des injections sous-arachnoïdiennes de toxine antitétanique............ 338
ETRANGER : *Académie de médecine de Belgique*. — De la splénophlébite............ 338
Recherches sur la fonction motrice de l'utérus............ 338
Lettres d'Amérique. — Le nègre des Etats-Unis au point de vue médico-chirurgical. 338
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes*. — L'entérokystome simple et son rôle dans l'étiologie de l'occlusion intestinale. 339
Inconvénients de la position de Trendelenburg............ 340
Les taches de Koplik constituent-elles un signe précoce certain de la rougeole?.... 340
A propos de la formation de tissu décidual dans l'intoxication phosphorée............ 340
De la composition du sang pendant la grossesse et l'accouchement............ 340
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Un procédé pour assurer la coaptation des fragments pendant l'application d'un appareil inamovible 340
Anesthésie obstétricale par injections épidurales de cocaïne............ 340
Le bleu de méthylène contre l'insomnie rebelle des aliénés............ 340
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Anesthésie obstétricale par injections épidurales de cocaïne............ 340[3]
Bleu de méthylène contre l'insomnie rebelle des aliénés............ 340[3]
Chlorures et leur rétention............ 337[2]
Cirrhose alcoolique simulée par une péritonite tuberculeuse............ 338[1]
Coaptation des fragments pendant l'application d'un appareil inamovible............ 340[2]
Colorations du liquide céphalo-rachidien, d'origine hémorrhagique............ 333[1]
Entérokystome simple et occlusion intestinale............ 339[3]
Fistules vésico-vaginales............ 337[1]
Fonction motrice de l'utérus............ 338[2]
Fracture du bassin et rupture intrapéritonéale de la vessie............ 337[1]
Gastro-entérite des nourrissons............ 337[1]
Injections épidurales de cocaïne en obstétrique............ 340[3]
— sous-arachnoïdiennes et paranerveuses de toxine antitétanique. 338[1]
Insomnie rebelle des aliénés............ 340[3]
Intoxication phosphorée et formation de tissu décidual............ 340[2]
Lait acidifié contre la gastro-entérite des nourrissons............ 337[1]
Liquide céphalo-rachidien des syphilitiques à la période secondaire............ 338[1]
— — et ses colorations d'origine hémorrhagique............ 333[1]
Luxation du genou en dehors............ 337[2]
Nègres d'Amérique et leur pathologie...... 338[3]
Occlusion intestinale et entérokystome simple 339[3]
Péritonite tuberculeuse simulant une cirrhose alcoolique............ 338[1]
Position de Trendelenburg et ses inconvénients............ 340[1]
Rétention des chlorures............ 337[2]
Rougeole au début et taches de Koplik...... 340[1]
Rupture intrapéritonéale de la vessie, consécutive à une fracture du bassin............ 337[1]
Sang et sa composition pendant la grossesse et l'accouchement............ 340[2]
Splénophlébite............ 338[2]
Syphilis à la période secondaire et liquide céphalo-rachidien............ 338[1]
Syphilisation du singe............ 337[1]
Taches de Koplik et rougeole au début...... 340[1]
Tétanos............ 338[1]
Tissu décidual et intoxication phosphorée...... 340[2]
Traitement de la gastro-entérite des nourrissons............ 337[1]
— de l'insomnie rebelle des aliénés 340[3]
— des fistules vésico-vaginales.... 337[1]
— des fractures............ 340[2]
— du tétanos............ 338[1]
Utérus et sa fonction motrice............ 338[2]

VARIA

La Conférence sanitaire internationale de Paris en 1903.

Ainsi que nous le faisions prévoir dans notre numéro du 27 mai dernier en donnant le programme des travaux de la nouvelle Conférence sanitaire internationale, la réunion, fixée primitivement au 8 juin de cette année, a été reportée au mois d'octobre : elle s'est ouverte samedi dernier 10 octobre. Les puissances représentées à cette Conférence sont au nombre de 25 (l'Egypte étant comprise dans la Turquie, bien qu'elle ait envoyé deux délégués propres), à savoir : Allemagne, République Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Danemark, Espagne, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Italie, Luxembourg, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Perse, Portugal, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Suisse, Turquie. Le nombre des délégués s'élève à 69, dont 39 appartiennent au Corps médical. Selon toutes prévisions, les travaux de la Conférence dureront un mois.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Hermann Zingerle, privatdocent, est nommé professeur extraordinaire de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Königsberg. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Max Askanazy (*anatomie pathologique*), Paul Hilbert (*médecine interne*), Max Lange (*gynécologie*), Paul Gerber (*laryngologie*).

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur A. J. Taliantzev, privatdocent, est nommé professeur extraordinaire de pathologie générale.

Faculté de médecine d'Odessa. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires D. Kichensky (*anatomie pathologique*); Alexander Bogdanov (*clinique médicale*).

Faculté de médecine de Palerme. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires Arnaldo Trambusti (*pathologie générale*); Rosolino Colella (*psychiatrie*).

M. le docteur A. Noto est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Parme. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Alberico Testi (*médecine*); Tito Cavazzani (*pathologie externe et médecine opératoire*); Carlo Capellini (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Iginio Tansini, professeur à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire, en remplacement de M. E. Bottini, décédé.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Johann Jesensky est nommé privatdocent d'odontologie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Aristide Mattòli est nommé privatdocent d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Rudolf Schmidt (*médecine interne*); Heinrich von Halban (*neurologie et psychiatrie*); Stefan Weidenfeld (*dermatologie et syphiligraphie*).

Guy's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur A. E. Boycott est nommé lecteur de pathologie expérimentale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE MONTPELLIER

Létot. Essai sur les infections localisées lentes et atténuées.

Liosner (Mlle). Du masque opératoire.

Loubet. Des arthrites sacro-iliaques dans la puerpéralité; étiologie, pathogénie et symptômes.

Maire. Contribution à l'étude des convulsions épileptiformes dans la fièvre typhoïde.

Maïsel (Mlle). Malaria infantile et quelques-unes de ses complications (bronchopneumonie et évolution dentaire).

Manahiloff. Contribution à l'étude de l'hyperthermie hystérique.

Mantaphounis. Contribution à l'étude des fractures sus-condyliennes du fémur.

Margerid. Considérations sur les cas les plus fréquents de l'ophtalmologie algérienne; leurs causes et leur traitement.

Massé. Une épidémie de variole à Avignon.

Masseguin (A.). Contribution à l'étude clinique de la cryogénine.

Maystre. Des accidents de la ponction lombaire.

Modercin. Contribution à l'étude des mastites syphilitiques.

Moliner. Essai sur les assistances médicale et sociale.

Monnier. Le permanganate de potasse dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Morin. Considérations sur la valeur comparée de l'électrolyse et de l'uréthrotomie interne.

Morucci. Contribution à l'étude de la tuberculose chirurgicale sénile et de ses localisations ostéo-articulaires.

Murat (P.). Contribution à l'étude clinique de l'arrhénal comme spécifique de la malaria.

Nazmi. La médecine au temps des Pharaons.

Nègre (P.). Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant.

Nicolieff. Contribution à l'étude des fractures de l'astragale.

Niel (Ch.). De la résection du genou sans ouverture de l'articulation.

Ognianoff (I.). Des mouvements involontaires chez les tabétiques.

Olénoff (Mlle). Essai sur l'hérédité dans la maladie de Friedreich.

Olivieri. Contribution à l'étude du procédé de Mareschi dans la cure de l'ulcère variqueux.

Pagès (P.). Sur la curabilité des processus méningés tuberculeux (diagnostic clinique et biologique).

Papadopoulos. Traitement de la métrite cervicale par les caustiques alcalins.

Parienté. Part de l'hérédité et de la contagion dans la tuberculose infantile.

Payreficot. Des kystes congénitaux de la vulve.

Pinelli. L'adrénaline et ses applications en chirurgie.

Popoff. Néphrite syphilitique tardive.

Pouchovsky (Mlle). Le syndrome de Weber dans l'hystérie.

Poulain. Les bromures et l'hypochloruration; leur emploi dans les asiles.

Poussin. Coqueluche et belladone.

Rabary. La chique à Madagascar (*Sarcopsylla penetrans*).

Raffalli. Contribution à l'étude des kystes de la glande vulvo-vaginale.

Raffalli (Louis). Contribution à l'étude des tuberculoses chirurgicales chez les lupiques.

Rakotobé. La lèpre et les léproseries à Madagascar et à la Guyane.

Ratcheff. Les ecchymoses sous-pleurales et le contenu cardiaque dans les asphyxies toxiques et quelques autres empoisonnements.

Reyne. Contribution à l'étude des idées hypocondriaques simples (non délirantes).

Rouslacroix. Modifications apportées au pouls et à la tension artérielle par quelques interventions chirurgicales et leurs suites.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Böhm (A.) et **Oppel** (A.). Manuel de technique microscopique. (Trad. de l'allemand par E. de Rouville.) 3e éd. In-18, 392 p. avec fig.

Mosse (M.). Zur Lehre von den neutrophilen Granulationen des Blutes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 août.) — Contribution à l'étude des granulations neutrophiles du sang.

Pólya (E.) et **Navratil** (D. von). Untersuchung über die Lymphbahnen des Wurmfortsatzes und des Magens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — Recherches sur les voies lymphatiques de l'appendice et de l'estomac.

Srdinko (O.). Prispevek k srovnávaci anatomii a embryologii nadledviny. (*Casopis lékaru ceskych*, 4 et 11 juillet.) — Contribution à l'anatomie comparée et à l'embryologie de la capsule surrénale.

Thorel (Ch.). Histologisches über Nebenpankreas. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 2.) — Recherches histologiques sur le pancréas accessoire.

PHYSIOLOGIE

Halliburton (W. D.). Handbook of physiology. 5e éd. In-8°, 932 p. Londres.

Harckman (P.). Présence de diastases dans les liquides physiologiques; leur origine et leur signification pathologique dans ces milieux. In-8°, 13 p. Tournai.

Karrenstein. Blutdruck und Körperarbeit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 3-4.) — Tension sanguine et travail physique.

Oppenheimer (C.). Die Fermente und ihre Wirkungen. 2e éd. In-8°, 439 p. Leipzig. F. C. W. Vogel.

Stern (H.). The constitution of normal prostatic secretion. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Verworn (M.). Allgemeine Physiologie; ein Grundriss der Lehre vom Leben. 4e éd. In-8°, 652 p. avec fig. Iéna. — Physiologie générale.

Weinzirl (J.). Cold as a causal factor in the blood changes due to high altitude. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Le froid comme cause des modifications du sang dans les hautes altitudes.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Beck (C.) et **Krompecher** (E.). Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand. In-8°, 112 p. avec planches. Hambourg. — La structure fine des cancers cutanés primitifs et les divers rapports existant entre la prolifération épithéliale et la résistance du tissu conjonctif.

Blumer (G.). A note on the embryonal glandular tumors of the kidney (embryonal adenosarcoma). (*Albany Med. Ann.*, août.) — A propos des tumeurs glandulaires embryonnaires du rein.

Bodon (K.). Die morphologischen und tinktoriellen Veränderungen nekrobiotischer Blutzellen. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 3.) — Les altérations de forme et de colorabilité des globules sanguins nécrobiotiques.

Chadbourne (T. L.). A case of diaphragmatic hernia; death from acute distention. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Hernie diaphragmatique; mort par distension brusque [de l'estomac et de l'intestin].

Faber (K.) et **Bloch** (C. E.). De patologiske forandringer i fordöjelseskanalen ved den perniciöse anæmi. (*Hospitalstidende*, 2 et 9 sept.) — Les lésions anatomo-pathologiques du tube digestif dans l'anémie pernicieuse.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Chidichimo (F.). Nuove ricerche sull'azione fisiologica del veratrum viride. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, mai.)

Lodato (G.). Gli effetti dell'anopsia sullo sviluppo dell'apparato visivo; studio sperimentale. (*Arch. di ottalmol.*, XI, 3-4.)

Nicolas (J.) et **Dumoulin** (L.-E. et F.). Influence de la splénectomie sur la richesse globulaire du sang, sur sa valeur colorimétrique et sa teneur en fer chez le chien. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Nötzel (W.). Experimentelle Studie zur Frage der Ausscheidung von Bakterien aus dem Körper. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 sept.) — Recherches expérimentales sur l'élimination des bactéries hors de l'organisme.

Trudeau (E. L.). Artificial immunity in experimental tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 18 juillet.)

Weleminsky (F.). Zur Pathogenese der Lungentuberculose : Lungentuberculose und Fütterungsinfection. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 sept.) — Contribution à la pathogénie de la tuberculose pulmonaire : tuberculose pulmonaire et infection alimentaire.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Haig (A.). Uric acid as a factor in causation of disease. 6e éd. In-8°, 964 p. avec fig. Londres.

Pfaundler (M.). Ueber die Kalkadsorption tierischer Gewebe, und über die Grundlagen einer modernen Rhachitistheorie. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 sept.) — Sur l'absorption du calcium par les tissus animaux et sur les bases d'une théorie du rachitisme.

Richter (P. F.). Fieber und Zuckerausscheidung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 sept.) — Fièvre et glycosurie.

Sihle (M.). Recherches expérimentales sur la physiologie de la portion thoracique du nerf vague dans ses rapports avec la dilatation aiguë du poumon (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 et 9 août.)

Watson (Anne M.). On the modern theories of immunity. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Wentscher (J.). Ein weiterer Beitrag zur Ueberlebensfähigkeit der menschlichen Epidermiszellen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Nouvelle contribution à l'étude du pouvoir de survie des cellules épidermiques humaines.

MÉDECINE

Ascoli (G.). Vorlesungen über Urämie. In-8°, XCII-296 p. avec planches. Iéna. — Leçons sur l'urémie.

Beck (H. G.). Orthostatic albuminuria. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Behrendt (E. C.). Ueber eine neue Methode quantitativer Bestimmung von Zucker im Harn; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 août.) — Sur une nouvelle méthode de dosage du sucre dans l'urine.

Bendix (E.). Ein Fall von Pentosurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 sept.)

Billings (F.) et **Capps** (J. A.). Acute myelogenic leukæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Bureau (M.). Des albuminuries dyspeptiques. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 sept.)

Conder (A. R.). 3 cases of pericardial disease. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Conner (L. A.) et **Dodge** (G. E.). A study of the physical signs of lobar pneumonia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

D'Amato (L.). Il pancreas nella cirrosi volgare del fegato. (*Riforma med.*, 9 et 16 sept.)

Darkchevitch (N.). Contribution à l'étude de la maladie d'Addison (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 août.)

Du Mesnil de Rochemont. Zur Klinik des Adams-Stokes'schen Symptomenkomplexes. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 sept.)

Fränkel (Albert). Pathologie und Therapie der Krankheiten des Respirationsapparates. II. Band, 1. Teil : Spezielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten. In-8°, 448 p. avec fig. et planches. Vienne. — Pathologie et traitement des affections pulmonaires.

Gibson (G. A.). Paradoxical, hyperdicrotic and hemisystolic pulsation. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Hart (S.) et **Gies** (W. J.). Observations on a case of diabetes terminating in coma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Herschell (G.). Manual of intragastric technique : practical lessons in the use of apparatus for diagnosis and treatment of the diseases of the stomach. In-8°, 174 p. Londres.

Hofmann (J.). Funktionelle Herzmuskelschwäche und Nervensystem. In-8°, 84 p. avec fig. Munich. — Faiblesse fonctionnelle du myocarde et système nerveux.

Januszkiewicz (A.). Ein Fall von akuter Leukämie. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 2.)

Monro (T. K.). Manual of medicine. In-8°, 922 p. Londres.

Montagnon. Sur un cas de linite plastique. (*Loire méd.*, sept.)

Neisser (A.). Stereoskopischer medizinischer Atlas. Fasc. 48 à 51. In-12, 66 p. avec planches. Leipzig.

Obrastzov (V.). Des bruits du cœur dédoublés ou surajoutés, perçus à l'auscultation immédiate (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 et 23 août.)

Orlovsky (V.). Observations cliniques sur l'évolution du coma diabétique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 juillet.)

Oser (L.). Diseases of the liver, pancreas and suprarenal capsules. (Trad. de l'allemand par R. H. Fitz et F. A. Packard.) In-8°, 918 p. Londres. — Maladies du foie, du pancréas et des capsules surrénales.

Osler (W.). Chronic cyanosis, with polycythæmia and enlarged spleen : a new clinical entity. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Cyanose chronique avec polycythémie et splénomégalie.

Reale (G.). Un caso di noma in adulto. (*Policlinico*, 5 sept.)

Riegel (F.). Diseases of the stomach. (Trad. de l'allemand par Ch. G. Stockton.) In-8°, 836 p. Londres. — Les maladies de l'estomac.

MALADIES INFECTIEUSES

Bridge (N.). Tuberculosis. In-8°, 302 p. avec fig. Londres.

Büsing (K. E.). Beitrag zur Verbreitungsweise der Diphtherie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 sept.) — Contribution à l'étude des modes de propagation de la diphtérie.

Craig (J. D.). Some sequelæ of smallpox. (*Albany Med. Ann.*, sept.) — Sur certaines suites de la variole.

Curtis (F. C.). Prevention of smallpox. (*Albany Med. Ann.*, sept.) — Prophylaxie de la variole.

Fisher (J. W.). Report of 2 cases of ulcerative angina and stomatitis, associated with the fusiform bacillus and spirillum of Vincent. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Gaide. Pseudo-tuberculose d'origine palustre. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Haven (A. C.). A study of a scarlet-fever epidemic. (*Med. Record*, 22 août.)

Hesse (W.). Die Bedeutung des Auswurfs als Nährboden für den Tuberkelbacillus; ein neuer electiver Nährboden für die Tuberkelbacillen im Auswurfe; Beitrag zur Erklärung der Ursache der Lungentuberkulose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 5-6.) — L'expectoration en tant que milieu nutritif pour le bacille de la tuberculose; un nouveau milieu nutritif électif pour les bacilles de la tuberculose renfermés dans les crachats; contribution à l'étude des causes de la phtisie pulmonaire.

Kolle (W.) et **Gotschlich** (E.). Untersuchungen über die bakteriologische Choleradiagnostik und Specificität des Koch'schen Choleravibrio. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 1.)

Le Moine. La tuberculose dans les établissements français de l'Océanie. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Meirelles (E.). Estudo de algumas fórmas clinicas do paludismo. (*Brazil-medico*, 1er et 8 sept.)

Voigt (L.). Beobachtungen über Impfschäden und vaccinale Mischerkrankungen. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 355.) — Observations sur les effets nuisibles de la vaccination et sur les affections mixtes vaccinales.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Barg (E.). Ueber muskuläre Rückenversteifung (Rigiditas dorsalis myopathica Senator), mit besonderer Berücksichtigung des traumatischen Ursprungs. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 3-4.) — Rigidité dorsale myopathique de Senator, surtout au point de vue de son origine traumatique.

Clark (L. P.). The daily rhythm of epilepsy and its interpretation. (*Med. News*, 18 juillet.) — Les accès épileptiques quotidiens et leur interprétation.

Einhorn (M.). Sitophobia, inanition and their treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Ferenczi (A.). Ueber das sensible Gebiet der Gehirnrinde. (*Pest. med.-chir. Presse*, 2, 9 et 16 août.) — La région sensitive de l'écorce cérébrale.

Flatau (G.). Exophthalmus und Hirndruck. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 5-6.) — Exophtalmie et pression cérébrale.

Fuhrmann (M.). Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten. In-12, 310 p. avec fig. Leipzig. — Diagnostic et pronostic des psychoses.

Gordinier (H. C.). Arguments in favor of the existence of a separate centre for writing. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Arguments en faveur de l'existence d'un centre particulier pour l'écriture.

Idelsohn (H.). Zur Casuistik und Aetiologie des intermittirenden Hinkens. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 3-4.) — Contribution à la casuistique et à l'étiologie de la claudication intermittente.

James. Hémosialémèse hystérique. (*Loire méd.*, sept.)

Kron (H.). Zur Frage der traumatischen Spätapoplexie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 sept.) — Contribution à l'étude de l'apoplexie traumatique tardive.

Leredde (L.-E.). La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale. In-8°, 145 p.

Löwy (M.). Symmetrische Erweichungsherde beider Hemisphären im Kopfe des Nucleus caudatus und im äusseren Gliede des Linsenkerns mit Muskelrigidität. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 3 et 7 sept.) — Foyers de ramollissement symétriques des deux hémisphères au niveau de la tête du noyau caudé et de la portion externe du noyau lenticulaire, avec rigidité musculaire.

Niessl-Mayendorf (von). Vom Fasciculus longitudinalis inferior. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 2.)

Rydel (A.) et **Seiffer** (W.). Untersuchungen über das Vibrationsgefühl oder die sogenannte « Knochensensibilität » (Pallästhesie). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 2.)

Taylor (J. M.). Remarks on the treatment of paralysis agitans (Parkinson's disease). (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, juin.)

Wertheim Salomonson (J. A.). Iets over ontaarding. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 sept.) — Sur la dégénérescence.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Evans (W.). Labiomycosis. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.)

Halpern. Syphilis des poumons et de la plèvre (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 16.)

Hedinger (E.). Beitrag zur Lehre vom Herpes zoster. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 3 4.)

Kraus (A.). Beiträge zur Kenntnis der Alopecia congenita familiaris. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 3.)

Lommel (F.). 2 Fälle chronischer zonenförmiger Hauterkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 sept.) — 2 cas d'affections cutanées chroniques avec disposition des lésions en zones.

MacAdam (H. G.). Purpura hæmorrhagica fulminans. (*Med. Record*, 22 août.)

Porges (F.). Ueber Lichen scrophulosorum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 3.)

Stenczel (A.). Zur Therapie des weichen Geschwürs und seiner Komplikationen. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 et 29 août.) — Traitement du chancre mou et de ses complications.

Thiroux. Contribution à l'étude de la contagion et de la pathogénie de la lèpre. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Voltké (V.). Syphilis du cœur (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 16.)

Vörner (H.). Ueber zirkumskripten kongenitalen Defekt (Aplasie) der Cutis und Subcutis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVI, 3.)

Warde (W. B.). The sclerodermic type of lupus erythematosus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.)

Weiss (F.). Die Therapie der Syphilis. (*Wien. med. Presse*, 9, 16 et 23 août.)

Whitfield (A.). An anomalous case of erythema multiforme in a patient with cardiac and renal disease. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.)

Witte (O.). Ueber extragenitale Primäraffecte. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 5 sept.) — Des chancres syphilitiques extra-génitaux.

CHIRURGIE

Anschütz (W.). Ueber die Resektion der Leber. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 356-357.) — Résection du foie.

Badiali (G.). Di un caso di diverticolo di Meckel contenuto in un'ernia inguinale. (*Nuovo raccoglitore med.*, juillet.)

Barker (A. E.). Zur Casuistik der acuten Darminvagination. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 1.) — Invagination intestinale aiguë.

Bernstein (R.). Zur Diagnose und Prognose der Rückenmarksverletzungen; ein Fall von Luxation mit Fraktur des Epistropheus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Contribution au diagnostic et au pronostic des traumatismes de la moelle épinière; luxation et fracture de l'axis.

Bland-Sutton (J.). Tumours, innocent and malignant : their clinical characters and appropriate treatment. 3e éd. In-8°, 568 p. avec fig. Londres.

Borszéky (K.). Ueber Stich- und Schussverletzungen des Thorax. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 1.) — Les blessures du thorax par instruments piquants et par armes à feu.

Brault (J.). Guide pratique de technique opératoire. In-18, 332 p.

Brunn (M. von). Ueber die supracondyläre Osteotomie des Femur bei Genu valgum, mit besonderer Berücksichtigung der definitiven Knochenform. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 1.)

Brunner (C.). Weitere klinische Beobachtungen über Aetiologie und chirurgische Therapie der Magenperforation und Magenperitonitis; die bisherigen Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung bei Magenperitonitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 1.) — Nouvelles observations cliniques relatives à l'étiologie et au traitement chirurgical de la perforation de l'estomac et de la péritonite consécutive; les résultats des recherches bactériologiques sur cette péritonite.

Cheyne (W.) et **Burghard** (F.). A manual of surgical treatment. T. VI, 2e partie. In-8°, 584 p. Londres.

Delbanco (E.). Ein Fall von spontan vereitertem Echinokokkus der Oberschenkelmuskulatur; eine färberische Eigenschaft der Echinokokkusmembran. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Un cas de kyste hydatique, spontanément suppuré, de la musculature de la cuisse; une propriété chromatique de la membrane échinococcique.

Ekehorn (G.). Ueber die gewöhnlichsten durch Verknotung verursachten Formen von Ileus, mit besonderer Rücksicht auf den Mechanismus der Knotenbildung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 2.) — Les formes les plus fréquentes d'iléus par formation d'un nœud, surtout au point de vue du mécanisme de cette variété d'occlusion intestinale.

Friedenwald (J.) et **Rosenthal** (L. J.). A statistical report of gastrotomies for removal of foreign bodies from the stomach. (*New York Med. Journ.*, 18 juillet.) — Statistique des gastrotomies pour corps étrangers.

Géraud (H.). De quelques complications de l'anus contre nature et de leur traitement. (*Rev. de chir.*, août.)

Gerngross (R.). Perityphlitis und Leukocytose. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 sept.)

Getman (A.) et **Amidon** (R. W.). Gouty phlebitis. (*Med. Record*, 25 juillet.)

Goedhuis (J.). Symptomatologie en diagnose der tumoren van den dikken darm. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 sept.) — Symptomatologie et diagnostic des tumeurs du gros intestin.

Henry (J. N.). Nephropexy in a case of chronic nephritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Herzfeld (G.). Handbuch der bahnärztlichen Praxis. In-8°, 466 p. avec fig. Berlin. — Manuel du médecin de chemins de fer.

Hilgenreiner (H.). Entzündung und Gangrän des Meckel'schen Divertikels. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 1.) — Inflammation et gangrène du diverticule de Meckel.

Lossen (W.). Beiträge zur Diagnose und Therapie der Kleinhirnabscesse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — Contribution au diagnostic et au traitement des abcès du cervelet.

Middeldorpf. Ueber Thrombosen und Embolieen bei akuter Perityphlitis, speziell über einen Fall von Embolie in die rechte Arteria femoralis mit Gangrän des Beines. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 juillet.)

Mills (Ch. K.) et **White** (J. W.). A report of 2 cases of trephining for jacksonian epilepsy. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.)

Mitchell (A. B.). The surgery of gastric ulcer. (*Lancet*, 29 août.)

Moynihan (B. A.). A series of cases of perforating gastric and duodenal ulcers. (*Lancet*, 29 août.)

Muir (A. H.). A case of traumatic aneurysm of the gluteal artery treated by incision of the sac and ligature of the artery during intraperitoneal compression of the internal iliac. (*Lancet*, 29 août.)

Murray (R. W.). Intestinal anastomosis for prolapsed small intestine. (*Lancet*, 22 août.) — Entéro-anastomose pour prolapsus de l'intestin grêle.

Njemtschenkow (W.). Ueber radicale Behandlung von umschriebenen, oberflächlichen Infectionsherden. (*Wien. med. Presse*, 23 août.) — Cure radicale des foyers infectieux superficiels circonscrits.

Parise (J.). Recherches sur la phlébite traumatique à distance, sur le mécanisme de la pyohémie et sur son traitement. (*Echo méd. du Nord*, 16 et 30 août et 6 sept.)

Reclus (P.) et **Chevassu** (M.). Les tumeurs du corpuscule rétro-carotidien. (*Rev. de chir.*, août et sept.)

Scarrone (T.). La sutura ossea nella frattura della rotula. (*Gazz. degli Osped.*, 16 août.)

Schiapparelli (E.). Degli anestetici locali succedanei della cocaina. In-8°, 43 p. Turin.

Schmidt (G.). Ueber die Entstehung und Behandlung der Kniescheibenbrüche, mit besonderer Berücksichtigung der Dauererfolge. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — Mécanisme et traitement des fractures de la rotule, surtout au point de vue des résultats définitifs.

Seliger (P.). Nochmals der Shock und der Shocktod, speciell nach Contusionen des Bauches. (*Prag. med. Wochensch.*, 6 août.) — Le shock et la mort par shock, en particulier après contusion de l'abdomen.

Sherren (J.). On the occurrence and significance of cutaneous hyperalgesia in appendicitis. (*Lancet*, 19 sept.)

Sörensen (I.). Tilfælde af fractura humeri dextri ved indirekte vold (muskeltræk?). (*Hospitalstidende*, 26 août.)

Tadao Honda. Zur Radikaloperation der Leistenbrüche. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 août.) — Cure radicale des hernies inguinales.

Tellier (J.). Anesthésie locale dans les opérations dentaires; méthode de Schleich et cocaïne. (*Lyon méd.*, 6 sept.)

Valan (A.) et **Fantino** (G.). Su alcuni processi di riparazione artificiale delle perdite di sostanza ossea; contributo clinico e sperimentale. (*Morgagni*, août.)

Westerveld (H. W.). Een geval van prikkeling van den halssympathicus door een kogelwond. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 sept.) — Blessure du sympathique cervical par arme à feu.

Woodyatt (J. F.). The treatment of congenital phimosis. (*Lancet*, 15 août.)

Zeller (E.). Ueber primäre Tuberkulose der quergestreiften Muskeln. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — Tuberculose primitive des muscles striés.

Zöppritz (B.). Ueber die Resultate der Exstirpation des tuberkulösen Sehnenscheidenhygroms der Hand. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — Résultats de l'extirpation de l'hygroma tuberculeux des gaines tendineuses de la main.

OPHTALMOLOGIE

Ahlström (G.). De la rétinite hémorrhagique. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Bull (G. J.). L'asthénopie accommodative de Donders. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Cosse (F.). Les complications oculaires de la grippe. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er sept.)

Fage. Paralysie congénitale des muscles des yeux. (*Gaz. méd. de Picardie*, août.)

Fromaget (C.). Traitement des hémorrhagies récidivantes du vitré par les injections hypodermiques de sérum gélatiné. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Higgens (C.) et **Ormond** (A. W.). Manual of ophthalmic practice. 2e éd. In-8°, 384 p. avec fig. Londres.

Kos (M.). Erworbenes Ankyloblepharon infolge akuten Trachoms. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 août.) — Ankyloblépharon acquis à la suite d'un trachome aigu.

Kreutz (A.). Ueber einen Fall von Rankenaneurysma der Arteria ophthalmica dextra. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Sur un cas d'anévrysme cirsoïde de l'artère ophtalmique droite.

Leber (Th.). Die Circulations- und Ernährungsverhältnisse des Auges. In-8°, 534 p. avec fig. et planches. Leipzig. — La circulation et la nutrition de l'œil.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Abel (K.). Vaginale und abdominale Operationen; klinischer Beitrag zur modernen Gynäkologie. In-8°, 181 p. avec fig. Berlin.

Alterthum (E.). Ueber solitäre Hämatocelen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.)

Andreoli (I.). Contributo alla chirurgia conservativa dell'ovaio. (*Gazz. degli Osped.*, 6 sept.)

Asch (R.). Zur Radikaloperation bei puerperaler Sepsis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Bloch (F.). Zur Retroflexionsfrage. (*Wien. med. Presse*, 16, 23 et 30 août, 6 et 13 sept.)

Brickner (S. M.). Unvollständiger angeborener Querverschluss der Scheide, nebst einer Theorie zur Erklärung seines Ursprungs. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.) — Occlusion transversale congénitale incomplète du vagin; une théorie pour expliquer l'origine de cette anomalie.

Doran (A.). Hysterectomy for fibroid disease in pregnancy: the souffle and muscular contractions in relation to diagnosis. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.) — Hystérectomie pour fibromes de l'utérus pendant la grossesse; le souffle utérin et les contractions musculaires dans leurs rapports avec le diagnostic des fibromes de la matrice.

Dumas. Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par l'emploi de la ventouse mammaire. (*Echo méd. des Cévennes*, août.)

Schultze (B. S.). Soll man gleich nach geborenem Kopfe danach tasten, ob die Nabelschnur umschlungen ist? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 sept.) — Doit-on, immédiatement après le dégagement de la tête, rechercher s'il existe des circulaires du cordon?

Sothoron (E.). The action of the uterus during labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Wanner (P.). Amputation congénitale par le cordon et enroulement du cordon. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Zweifel (P.). Zur Behandlung der Hämatocelen. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 août.) — Traitement des hématocèles.

PÉDIATRIE

Amberg (S.). Sublingual growth in infants (« produzione sottolinguale », Riga's disease, Fede's disease). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Amistani (C.). Contributo allo studio dell'organoterapia midollare in riguardo alla rachitide. (*Pediatria*, août.)

Aronstamm (O.). Stoffwechselversuche an Neugeborenen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 1-2.) — Recherches sur les échanges organiques chez les nouveau-nés.

Cattaneo (C.). Contributo alla eziologia e patogenia della porpora primitiva nell'infanzia. (*Pediatria*, août.)

Cautley (E.). The natural and artificial methods of feeding infants and young children. 2e éd. In-8°, 430 p. Londres. — L'allaitement naturel et l'allaitement artificiel des enfants en bas âge.

Fairbanks (A. W.). The « idiopathic » or « essential » dropsies of childhood. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Les hydropisies « idiopathiques » ou « essentielles » de l'enfance.

Graham (E.). Modification of milk for infant feeding. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.) — Modification du lait destiné aux nourrissons.

Jehle (L.). Ueber Pneumokokken-Agglutination mit dem Blutserum pneumoniekranker Kinder. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 août.) — Agglutination des pneumocoques par le sérum sanguin d'enfants atteints de pneumonie.

Merlo (C.). Contributo allo studio della ematologia nell'adenoidismo dell'infanzia. (*Pediatria*, août.)

Schilling (F.). Zur Sekretion der Speicheldrüsen, insbesondere der Glandula submaxillaris, im Säuglingsalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 3.) — Sécrétion des glandes salivaires, de la glande sous-maxillaire en particulier, chez les nourrissons.

HYGIÈNE

Das Gesundheitswesen des preussischen Staates im Jahre 1901. In-8°, 814 p. Berlin. — Les affaires sanitaires en Prusse pendant l'année 1901.

General-Bericht über die Sanitäts-Verwaltung im Königreich Bayern (1901). In-8°, 305 p. avec tableaux. Munich. — Rapport général sur l'administration sanitaire en Bavière pendant l'année 1901.

Georges (L.). Tuberculose et casernement. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Kenwood (H. R.) et **Savage** (W. G.). Public health laboratory work. Part VII: Public health bacteriological work. 3e éd. In-8°, 622 p. avec fig. Londres.

Rapport sur les travaux du conseil central de salubrité et des conseils d'arrondissement du département du Nord pendant l'année 1902. In-8°, L-512 p. Lille.

Renk (F.). Arbeiten aus den königlichen hygienischen Instituten zu Dresden. T. Ier. In 8°, 360 p. avec fig. Dresde.

Tecce (E.). Ricerche sperimentali intorno al latte della città di Napoli, considerato come alimento e come veicolo della tubercolosi dalla vacca all'uomo. In-8°, 72 p. Naples.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Barthe (L.). De la diagnose du sang humain par la réaction de Bordet-Uhlenhuth. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 août.)

Bispham (W. N.). Report of cases of poisoning by fruit of Ricinus communis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Curti (E.). Infortunio sul lavoro e coxite tubercolare. (*Gazz. degli Osped.*, 9 août.)

De Dominicis (A.). Sul riconoscimento del cloroformio inalato. (*Policlinico*, 12 sept.)

Hofmeier (M.). Ueber Todesursachen bei Neugeborenen während und gleich nach der Geburt mit Rücksicht auf ihre forensische Bedeutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er sept.) — Sur les causes de la mort des nouveau-nés pendant et immédiatement après le travail, au point de vue de leur signification médicolégale.

Lacassagne (A.) et **Martin** (E.). Tentative de décollation à l'aide d'un couteau de cuisine, puis submersion: suicide doublé; diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide. (*Arch. d'anthropol. crim.*, sept.)

Maresch (R.). Ueber einen Fall von Gehirnblutung bei Strangulationsversuch. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 août.) — Sur un cas d'hémorrhagie cérébrale par tentative de strangulation.

Nina-Rodrigues. Des ruptures de l'hymen dans les chutes. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Peterson (F.) et **Haines** (W. S.). Text-book of legal medicine and toxicology. T. Ier. In-8°, 730 p. Londres.

Thomas (P.). Le sadisme sur les animaux. (*Arch. d'anthropol. crim.*, sept.)

23e ANNÉE. — N° 42. Vingt centimes le numéro. 21 OCTOBRE 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Clinique médicale. — M. le professeur Dieulafoy : La néphrite toxique appendiculaire; albuminurie appendiculaire 341
Médecine pratique. — L'atrophie circinée du scrotum en tant que stigmate de la syphilis 342
Bulletin. — Sur l'importance comparée des maladies de cœur comme cause de réforme dans les armées française et allemande 342
Seizième congrès français de chirurgie (tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1303). — L'exclusion de l'intestin 343
De la botryomycose 345
Traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne 345
Résultats éloignés du traitement chirurgical des épilepsies essentielles 345
Pseudo-kyste sus-dure-mérien 345
Emploi chirurgical de feuilles d'argent laminé 345
Le plombage à la paraffine iodoformée 345
Des cancers développés sur des lupus 345
Cellules mastoïdiennes aberrantes 345
De l'ablation des cancers des lèvres 345
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Nanisme ancestral ou achondroplasie ethnique 346
Société de chirurgie. — Kyste dermoïde du mésocôlon transverse 346
De l'appendicite gangreneuse 346
Kyste de l'épididyme à pédicule tordu 346
Société médicale des hôpitaux. — Trachéobronchite pseudo membraneuse diphtérique primitive 346
Cyphoscoliose d'origine hystérique à la suite d'une sciatique 346
Lésions des cellules cérébrales dans un cas de rhumatisme cérébral 347
Sclérose diffuse sous-muqueuse du gros intestin 347
Syphilides zoniformes tertiaires avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien 347
Etranger : *Lettres d'Autriche.* — Rapports des crises gastriques tabétiques avec des crises d'angiospasme 347
Troubles réflexes de la parole et de l'écriture dans les affections de l'oreille 347
Lettres d'Amérique. — Sur le climat des Etats-Unis d'Amérique 347
Notes thérapeutiques. — L'emploi simultané des gants de caoutchouc et des gants de fil dans la pratique chirurgicale 348
L'adrénaline contre les morsures de serpents 348
Les effets analgésiques et toniques des rayons de Röntgen 348
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Achondroplasie ethnique ..... 346^1
Adrénaline contre les morsures de serpents. 348^3
Affections de l'oreille et troubles du langage 347^2
Albuminurie appendiculaire ..... 341^1
Appendicite gangreneuse ..... 346^2
Atrophie circinée du scrotum comme stigmate de la syphilis ..... 342^1
Botryomycose ..... 345^1
Cancers des lèvres et leur ablation ..... 345^3
— développés sur des lupus ..... 345^3
Cellules mastoïdiennes aberrantes ..... 345^3
Climat des Etats-Unis ..... 347^2
Crises gastriques du tabes et crises d'angiospasme ..... 347^1
Cyphoscoliose d'origine hystérique à la suite d'une sciatique ..... 346^3
Epilepsie jacksonienne ..... 345^2
Epilepsies essentielles ..... 345^2
Exclusion de l'intestin ..... 343^3
Feuilles d'argent laminé et leur emploi chirurgical ..... 345^2
Furoncles ..... 346^1
Gants de caoutchouc et gants de fil employés simultanément ..... 348^2
Injections d'oxygène contre les furoncles.... 346^1
Kyste de l'épididyme à pédicule tordu ..... 346^3
— dermoïde du mésocôlon transverse... 346^2
Maladie du sommeil et trypanosomes ..... 346^1
Maladies du cœur dans l'armée française et dans l'armée allemande ..... 342^2
Morsures de serpents ..... 348^3
Nanisme ancestral ..... 346^1
Néphrite toxique appendiculaire ..... 341^1
Paraffine iodoformée comme moyen de plombage ..... 345^3
Pseudo-kyste sus-dure-mérien ..... 345^2
Rayons de Röntgen et leurs effets analgésiques et toniques ..... 348^3
Rhumatisme cérébral et lésions des cellules cérébrales ..... 347^1
Sclérose diffuse sous-muqueuse du gros intestin ..... 347^1
Sinusites ..... 346^1
Syphilides zoniformes tertiaires et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ..... 347^1
Syphilis ancienne et atrophie circinée du scrotum ..... 342^1
Trachéobronchite pseudo-membraneuse diphtérique primitive ..... 346^3
Traumatismes du crâne et de l'encéphale.... 346^1
Traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne ..... 345^2
— — des épilepsies essentielles ..... 345^2
— des furoncles ..... 346^1
— des morsures de serpents ..... 348^3
Tumeurs de la région glosso-épiglottique et leur ablation ..... 346^1

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Gino De Rossi est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Sienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Rodolfo Panichi (*dermatologie et syphiligraphie*); Ugo Rossi (*médecine légale*).

Faculté de médecine de Turin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Aldo Fabris (*anatomie pathologique*); Luigi Ferrio (*pathologie interne*); G. B. Boccasso et Antonio Perassi (*chirurgie et médecine opératoire*); Giovanni Petella (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Max Borst, privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur C. Meyer-Wirz est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur S. Délitsyne, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Kharkov, est nommé professeur de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale.

University College de Cardiff. — M. le docteur David Hepburn, lecteur à l'Université d'Edimbourg, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. A. F. Dixon.

Owens College de Manchester. — M. le docteur W. P. Montgomery est nommé lecteur d'orthopédie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Brassac, ancien directeur du service de santé de la marine française. — M. le docteur Clédou, ancien député des Basses-Pyrénées. — M. le docteur Gallet, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean et agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles. — M. le docteur Domenico Tibone, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Riccardo Secondi, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Gênes. — Sir George F. Duffey, professeur de thérapeutique et de matière médicale au Royal College of Surgeons in Ireland de Dublin. — MM. les docteurs George Lawson, lecteur de chirurgie à Middlesex Hospital Medical School et William J. Walsham, ancien lecteur de chirurgie à St. Bartholomew's Hospital and College de Londres. — M. le docteur Samuel H. Stout, ancien professeur d'anatomie chirurgicale à Atlanta Medical College.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1902 inclusivement (20 années) absolument complètes, soit les 22 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 198 francs pour la France, 240 francs pour l'étranger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE MONTPELLIER

Rigal (J.). Des lésions du facial au cours de l'évidement pétro-mastoïdien.

Roudenko (Mlle). Quelques considérations générales sur l'étiologie de l'eczéma.

Roumagoux. Contribution à l'étude des paralysies précoces du cubital consécutives aux fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Rouvière. Etude sur les ligaments du péricarde.

Sagols. Contribution à l'étude des blessures de la veine cave inférieure.

Sergueeff. Contribution à l'étude des suppurations des kystes de l'ovaire.

Tabacoff. Cure radicale du mal perforant plantaire et de l'ulcère simple de jambe par l'intervention neurotrophique.

Théron (A.). Photothérapie et lupus.

Tompofolsky (Mlle). Le rhumatisme tuberculeux.

Tréboso. Contribution à l'étude diagnostique des idées hypocondriaques de négation.

Trenga (V.). Sur les psychoses chez les Juifs d'Algérie.

Troin. Des kystes de l'ovaire dans la grossesse; traitement.

Turin. Des hémorrhagies foudroyantes dans l'ulcère de l'estomac.

Uteza. Etude sur un cas de micromélie.

Vasilevsky (Mlle). Action des fibromes de la paroi abdominale.

Vassef. Etude de la pression artérielle chez l'homme normal et chez les aliénés.

Vidal (L.). Du début de la tuberculose pulmonaire par les séreuses.

Vigouroux. De l'atrophie utérine.

Vorbe. Contribution à l'étude de la pachyvaginite; l'hématocèle de la tunique vaginale et son traitement par la castration.

Waptzaroff. Action de la cryogénine sur la fièvre tuberculeuse chez l'enfant.

Zdravcoff. Contribution à l'étude de la nature des épanchements pleuraux (nouveaux procédés).

Zenoff. Contribution à l'étude des complications de la coqueluche et, en particulier, de la broncho-pneumonie et de la tuberculose.

Zogha. Des lymphangites péri-utérines et de la pathogénie des salpingo-ovarites.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Cunningham (D. J.). Manual of practical anatomy. 3e éd. T. II. In-8°, 628 p. avec fig. Londres.

Hardiviller (d'). La ramification bronchique. (*Nord méd.*, 1er oct.)

Le Damany (P.). Influence de la tête fémorale sur le creusement et la conservation de la cavité cotyloïde. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 3.)

Minot (Ch. S.). A laboratory text-book of embryology. In-8°, 380 p. avec fig. Philadelphie.

Petraroja (L.). Le arterie soprapiramidali del rene ed i sistemi arteriosi da esse forniti. In-8°, 19 p. avec fig. Naples.

Robinson (B.). Paraffin casts of ureteral calyces, pelves and ureters. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Moulages en paraffine des calices, des bassinets et des uretères.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Ellis (A. G.). Cystic degeneration of the mamma, showing transformation into scirrhous carcinoma. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, juin.)

Kleist (K.). Die Veränderungen der Spinalganglienzellen nach der Durchschneidung des peripherischen Nerven und der hinteren Wurzel. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 3.) — Les altérations des cellules ganglionnaires spinales, consécutives à la section des nerfs périphériques et des racines postérieures.

Krompecher (E.). Der Basalzellenkrebs. In-8°, 260 p. avec fig. Iéna. G. Fischer. — Le cancer à cellules basales.

Riebold (G.). Ein Beitrag zur Lehre von den Oesophagusdivertikeln, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anatomie und ihrer Pathogenese. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 3.) — Contribution à l'étude des diverticules de l'œsophage, surtout au point de vue de l'anatomie et de la pathogénie.

Tylecote (F. E.). Defects in the auricular septum. (*Lancet*, 19 sept.)

Unna (P. G.). Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut. Fasc. 6 et 7. In-8°, p. 131 à 191, avec planches. Hambourg. — Atlas d'histologie pathologique de la peau.

Wells (H. G.). Primary carcinoma of the liver. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Cancer primitif du foie.

MÉDECINE

Duplant (F.). Périgastrites adhésives antérieures consécutives aux ulcères de l'estomac. (*Rev. de méd.*, août.)

Rooney (J. F.). Acid auto-intoxication apart from diabetes mellitus. (*Albany Med. Ann.*, août.)

Roussel (A. E.). Malignant endocarditis. (*Med. Bull.*, août.)

Routa (G.). Tetanie nach Phosphorvergiftung. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 sept.) — Tétanie consécutive à une intoxication par le phosphore.

Sabrazès (J.). Macropolyadénopathie tuberculeuse pseudo-lymphadénomateuse. In-16, 32 p.

Schittenhelm (A.). Zur Frage der Ammoniakausscheidung im menschlichen Urin. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 5-6.) — Elimination de l'ammoniaque par l'urine.

Schlesinger (W.). Zum klinischen Nachweis des Urobilin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 août.) — Recherche clinique de l'urobiline.

Schmid (J.). Ein Beitrag zum Stoffwechsel bei der chronischen Leukämie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 5-6.) — Contribution à l'étude des échanges organiques dans la leucémie chronique.

Schulthess (H.). Hämaturie durch Oxalsäure nach Rhabarbergenuss. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 sept.) — Hématurie par acide oxalique à la suite d'ingestion de rhubarbe.

Simon (Ch. E.). On the occurrence of Ehrlich's dimethylamidobenzaldehyde reaction in the urine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Stern (M.). Le foie flottant dans ses rapports avec les affections du cœur (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 août.)

Strzyzowski (C.). Ueber die chemische Zusammensetzung einer chylösen Ascitesflüssigkeit. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 sept.) — Composition chimique d'un liquide ascitique chyleux.

Sutherland (G. A.). Orthostatic albuminuria and movable kidney. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Albuminurie orthostatique et rein mobile.

Van de Velde-Coosemans. Contribution à l'étude de la lithiase intestinale. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juillet-août.)

Walsh (J.). Rheumatism *vs.* muscular and joint pains. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Rhumatisme ou douleurs musculaires et articulaires [de tout autre cause].

Weber (F. P.). A case of multiple myeloma (myelomatosis) with Bence-Jones proteid in the urine (myelopathic albumosuria of Bradshaw, Kahler's disease) and a summary of published cases of Bence-Jones albumosuria (with a report on the chemical pathology by R. Hutchison and J. R. Macleod). In-8°, 73 p. avec fig. Londres.

Williamson (O. K.) et **Emanuel** (J. G.). A case of subacute indurative pneumonia. (*Lancet*, 19 sept.)

Zeigan (F.). Eine einfache Methode zur quantitativen Bestimmung der Salizylsäure im Harn. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 5 sept.) — Un procédé simple de dosage de l'acide salicylique dans l'urine.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Hertle (J.). Ueber Pachymeningitis externa. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 août.)

Lalanne (G.). Un cas de paralysie générale juvénile; contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale. In-4°, 16 p. avec planches. Bordeaux.

Marandon de Montyel (E.). Contribution à l'étude des troubles intellectuels dans l'impaludisme. (*Rev. de méd.*, juillet et août.)

Marburg (O.). Mikroskopisch-topographischer Atlas des menschlichen Zentralnervensystems. In-8°, 125 p. avec fig. et planches. Vienne.

Marina (A.) et **Cofler** (A.). Ueber die Contraction des Sphincter iridis bei der Convergenz, und über die Convergenz und Seitenbewegungen der Bulbi; eine experimentelle Studie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 3-4.)

Meige (H.) et **Feindel** (E.). Der Tic, sein Wesen und seine Behandlung. (Trad. du français par M. O. Giese.) In-8°, 398 p. Vienne. — Le tic, sa nature et son traitement.

Mettler (L. H.). Syphilis as a cause of chorea. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Meyer (A.). On the pathology of epilepsy. (*Med. News*, 18 juillet.)

Phillips (H.). A brief report of 227 cases of paresis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Pick (A.). Fortgesetzte Beiträge zur Pathologie der sensorischen Aphasie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 1 et 2.)

Poussep (L.). L'ankylose du rachis (maladie de Bechterev) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 août.)

Spratling (W. P.). Nature, frequency and possible significance of the various forms of epileptic aura. (*Med. News*, 18 juillet.)

Sternberg (M.) et **Latzko** (W.). Studien über einen Hemicephalus, mit Beiträgen zur Physiologie des menschlichen Centralnervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 3-5.)

PARASITOLOGIE

Aakesson (N.). Om Balantidium coli och dess betydelse vid kroniska diarréer. (*Hygiea*, sept.)

Barsi (D.). Febris typhoides helminthiatica. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er août.)

Breton. L'ankylostomasie en France. (*Echo méd. du Nord*, 4 oct.)

Piazza-Martini (V.). Cisticerco della zona motrice sinistra diagnosticata in vita; convulsioni jacksoniane per due anni all'arto superiore destro; guarigione. (*Gazz. siciliana di med. e chir.*, 14 mai.)

Stiles (Ch. W.). Clinical diagnosis of intestinal parasites. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 juillet.)

Wood (F. C.). A simple and rapid chromatin stain for the malarial parasite. (*Med. News*, 8 août.)

CHIRURGIE

Hinsberg. Kosmetische Resultate bei Operationen wegen Stirnhöhleneiterung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 29 août.) — Résultats esthétiques dans les opérations pour suppuration des sinus frontaux.

Hudson (W. H.). A contribution to the surgery of the brain, with the report of two cases of tumors of the cerebellum which were located and on which operations were performed. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Contribution à la chirurgie du cerveau; relation de deux cas de tumeur du cervelet, dans lesquels on diagnostiqua le siège du néoplasme et qui furent opérés.

Jegormin (K.). Ueber einen Fall von Verbrennung von enormer Ausdehnung mit Ausgang in Heilung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 29 août.) — Sur un cas de brûlure très étendue, s'étant terminé par la guérison.

Jenista (L.). Flegmony krku; prispevek k aetiologii a histogenese jejich metastas. (*Casopis lékaru ceskych*, 4 et 11 juillet.) — Phlegmons du cou; contribution à l'étiologie et à l'histogenèse de leurs métastases.

Johnston (R. H.). A case of black, hairy tongue. (*New York Med. Journ.*, 18 juillet.) — Un cas de langue noire pileuse.

Krymov (A.). Quelques mots sur l'anesthésie locale par la cocaïne (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 août.)

Latarjet et **Gazet**. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du radius chez l'adulte. (*Lyon méd.*, 13 sept.)

Lennander (K. G.). Exstirpation des rechten Schulterblattes wegen chronischer Myelitis; Fixation des Oberarms am Schlüsselbein durch einen Metalldraht und durch Muskelplastik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 2.) — Extirpation de l'omoplate droite pour myélite chronique; fixation du bras à la clavicule à l'aide d'un fil métallique et d'une autoplastie musculaire.

Lettau (G.). Ein Fall von Wurmfortsatz-Nabelfistel unter dem Bilde des offenen Ductus omphalo-entericus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Un cas de fistule appendiculo-ombilicale ayant simulé la persistance du conduit omphalo-mésentérique.

Martina. Die Katgutsterilisation nach M. Claudius. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.)

Matsuoka (M.). Ueber die Bedeutung der Knorpelbildung nach Fraktur. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Signification de la formation de cartilage après fracture.

Matthews (W. J.). Appendicitis : Ochsner's and Deaver's methods compared. (*Texas Med. Journ.*, juillet.)

Metzlar (C.). Appendicitis met complicaties. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 oct.)

Mills (Ch. K.) et **White** (J. W.). Traumatic musculo-spiral paralysis, cured by operation releasing the nerve from the cicatricial tissue. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.) — Paralysie radiale d'origine traumatique, guérie par la libération du nerf du tissu cicatriciel.

Neumann (H.). Zur Frage einer ätiologischen Bedeutung des Cucullarisdefektes für den Schulterblatthochstand. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 sept.) — Signification étiologique de l'absence du trapèze pour la position élevée de l'omoplate.

Pacheco Mendes. Sobre um processo para attingir os abcessos subdiaphragmaticos do figado. (*Gaz. med. da Bahia*, juin.)

Pappenheim (A.). Ueber Pseudoleukämie und verschiedene verwandte Krankheitsformen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 2.) — De la pseudo-leucémie et des diverses formes morbides voisines de cette affection.

Pels-Leusden (F.). Beitrag zur Pathologie und Therapie der akuten Pankreaserkrankungen, nebst Mitteilung zweier durch Laparotomie geheilter Fälle. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Contribution à la pathologie et au traitement des affections aiguës du pancréas; deux cas guéris par la laparotomie.

Poncet (A.) et **Mailland** (M.). Rhumatisme tuberculeux (pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire). In-8°, 36 p.

Pupovac (D.). Zur Kenntnis der Tuberkulose der Schilddrüse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 sept.) — Contribution à l'étude de la tuberculose de la glande thyroïde.

Riabov (I.). Contribution à la casuistique des affections chirurgicales des reins; hydronéphrose traumatique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 juillet.)

Rostovzev (M.). Perityphlitis bei Frauen (Beitrag zur Differentialdiagnose). (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 8 et 15 août.) — La pérityphlite chez les femmes; contribution au diagnostic différentiel.

Schönwerth (A.). Traumatischer Infarkt bei subkutaner Nierenruptur. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 août.) — Infarctus traumatique par rupture sous-cutanée du rein.

Scudder (Ch. L.). Tumor of the intercarotid body; a report of one case, together with all cases in literature. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Stein (A. E.). Ueber die Verwendung von hartem oder weichem Paraffin zu subkutanen Injektionen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 et 10 sept.) — Emploi de la paraffine dure ou molle pour injections sous-cutanées.

Stewart (J. C.). The relation of certain adenocarcinomata to atrophic scirrhus of the breast. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Les rapports entre certains adénocarcinomes du sein et le squirrhe atrophique.

Tentchinsky (P.). Cure radicale des varices des membres inférieurs d'après le procédé de Troïanov-Trendelenburg (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 juillet, 16 et 23 août.)

Vallerani (V.). Caso di flemmone primitivo da diplococco di Fränkel; contributo allo studio delle localizzazioni extrapolmonari dell'infezione pneumonica. (*Policlinico*, 5 sept.)

Vanverts (J.). Voies d'accès sur la rate; utilité de la résection extrapleurale du rebord costal, pour faciliter la découverte de cet organe dans certains cas. (*Nord méd.*, 15 sept.)

Vessélovzorov (N.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fractures de la rotule (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 août.)

Viscontini (C.). Nuovo contributo alla cura chirurgica radicale del varicocele. (*Gazz. degli Osped.*, 6 sept.)

Wieting (J.). Ueber die Tuberculose der Wirbelsäule, besonders ihrer hinteren Abschnitte, und über die Entstehung retropharyngealer Abscesse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 2.) — La tuberculose du rachis et, en particulier, de son segment postérieur; l'origine des abcès rétro-pharyngiens.

Williams (H. J.). Primary retroperitoneal sarcoma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Wolff (R.). Ueber die Luxationen des Handgelenks. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, août.) — Les luxations du poignet.

Wooten (J. S.). Tenotomy as a preliminary procedure for the reduction and cure of talipes. (*Texas Med. Journ.*, août.) — La ténotomie en tant qu'opération préliminaire de la cure du pied bot.

Zesas (D. G.). Ueber die Behandlung der Gelenktuberculose. (*Wien. med. Presse*, 9 août.) — Traitement de la tuberculose articulaire.

UROLOGIE

Grosse. Kathetersterilisation. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 7.)

Hirsch (M.). Beitrag zur Lehre von den Fremdkörpern der männlichen Harnblase. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie chez l'homme.

Hock (A.). Palliativbehandlung der Prostatahypertrophie mittels Sectio alta. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juillet.)

Marcuse (B.). Ueber einen Fall von Stricturen der vorderen und hinteren Harnröhre. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 7.) — Sur un cas de rétrécissements de l'urèthre antérieur et de l'urèthre postérieur.

Margulies (M.). 200 Fälle von Katheterismus der Ureteren. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 8.)

Motz (B.). Leczenie rzezaczki przewleklej. (*Kronika lekarska*, 1er juin.) — Traitement des uréthrites chroniques.

Potel (G.). Rupture traumatique de la vessie; laparotomie; guérison. (*Echo méd. du Nord*, 20 sept.)

OPHTALMOLOGIE

Lotine (A.). Contribution à l'étude des tumeurs gommeuses de la sclérotique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 sept.)

Morton (H. M.). Subconjunctival medication, with special reference to the use of salt-sugar solution in acute affections of the anterior portion of the eye. (*New York Med. Journ.*, 18 juillet.) — Injections sous-conjonctivales d'une solution sucro-salée contre les affections aiguës de la portion antérieure du globe oculaire.

Schweinitz (G. E. de) et **Edsall** (D. L.). Concerning a possible etiological factor in tobacco-alcohol amblyopia revealed by an analysis of the urine of cases of this character. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Thorner (W.). Die Theorie des Augenspiegels und die Photographie des Augenhintergrundes. In-8°, 134 p. avec fig. et planches. Berlin. — La théorie de l'ophtalmoscope et la photographie du fond de l'œil.

Vacher (L.). Contribution à l'étude des kystes de la paroi interne de l'orbite. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Wessely (K.). Auge und Immunität. (*Berlin. Klinik*, août.) — Œil et immunité.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ettingshaus (J.). Ueber den Verlauf der Geburt bei Riesenwuchs der Kinder. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 358.) — Evolution du travail en cas de gigantisme du fœtus.

Fehling. Zum Geburtsmechanismus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.) — Mécanisme de l'accouchement.

Friedmann (L.). Zur Aetiologie der isolirten tiefliegenden Scheidenverletzungen sub coitu. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Contribution à l'étiologie des lésions isolées profondes du vagin *sub coitu*.

Gottschalk (S.). Zur Frage der hereditären, primären Genitaltuberculose beim Weibe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 1.)

Henkel (M.). Ueber mehrfache Geburten derselben Frau mit engem Becken. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.) — Des accouchements successifs chez les femmes atteintes de rétrécissement du bassin.

Kraus (E.). Angiom der Placenta. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.)

Kworostansky (P.). Ueber Anatomie und Pathologie der Placenta; Syncytium in dem schwangeren Uterus; Wirkung der Herz- und Nierenkrankheiten auf die Muskulatur und Placenta; Atonie des Uterus, Placentar-Adhärenz, Uterus-Ruptur. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 1.) — Anatomie et pathologie du placenta; syncytium dans l'utérus gravide; influence des affections du cœur et des reins sur la musculature et sur le placenta.

Leconte (A.). Appendicite au cours de la grossesse. (*Gaz. méd. de Picardie*, juillet.)

Lennander (K. G.). Kaiserschnitt und Totalexstirpation des Uterus wegen Myom, ausgeführt im Januar 1894; Heilung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 sept.) — Opération césarienne avec extirpation totale de l'utérus pour myome, pratiquée en janvier 1894; guérison.

Manaresi (G.). Un caso di inversione cronica dell'utero di origine puerperale. (*Policlinico*, 12 sept.)

Meyer-Rüegg (H.). Ein Fall von Placentaradhärenz. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.)

Michel (F.). Ein Ligamentum suspensorium fundale medium nach Ventrifixur. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 sept.)

Olshausen (R.). Zum Vergleich der vaginalen und abdominalen Operationsmethode bei Carcinoma uteri. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.)

Opitz (E.). Zur nasalen Dysmenorrhoe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 sept.)

Pariset (F.). Vomito incoercibile ed eclampsia gravidica. (*Clinica moderna*, 9 sept.)

Remy (S.). De l'insuffisance du muscle utérin pendant l'accouchement. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

Roorda Smit (J. A.). Hymen imperforatum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 oct.)

Rosenfeld (S.). Zur Frage der vererblichen Anlage zu Mehrlingsgeburten. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.) — Contribution à l'étude de la prédisposition héréditaire aux grossesses multiples.

Rosenstein. Zur Behandlung der puerperalen Sepsis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Schambacher (C.). Weiterer Beitrag zur Frage der vorgetäuschten Extrauterin-Gravidität. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 sept.) — Nouvelle contribution à l'étude des cas simulant la grossesse extra-utérine.

Schickele (G.). Der sogenannte weisse Infarkt der Placenta. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 sept.) — « L'infarctus blanc » du placenta.

Schwendener (B.). Ueber einen Fall von angewachsener Placenta und Uterusruptur nach Credé'schem Handgriff. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Sur un cas de placenta adhérent et de rupture de l'utérus après l'emploi de la manœuvre de Credé.

Shoemaker (G. E.). Management of malignant disease of the uterus. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.)

Stolper (L.). Ein Beitrag zur Aetiologie der Entbindungslähmungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 8 août.) — Contribution à l'étiologie des paralysies obstétricales.

Strauch (M.). Un nouveau procédé opératoire pour cancer de l'utérus; étude basée sur 20 laparotomies (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 août.)

Teuchmann (J.). Ueber eine neue Methode der Craniotomie. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Sur une nouvelle méthode de craniotomie.

Ulesko-Stroganowa (Mme K.). Ueber das maligne Uterusmyom (Leiomyoma malignum uteri). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Voigt (M.). Ueber Carcinoma folliculoides ovarii. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 1.)

Weichardt (W.). Ueber die Aetiologie der Eklampsie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.)

Weinberg (W.). Der Einfluss des Stillens auf Menstruation und Befruchtung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 1.) — L'influence de la lactation sur la menstruation et sur la fécondation.

Zantchenko (P.). Contribution à l'étude des suppurations typhoïdiques des kystes de l'ovaire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 juillet.)

Zondek (M.). Ein Fall von choriovillöser Neubildung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 1.) — Un cas de déciduome.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Berg (H. E.). Chronic postdiphtheritic laryngeal stenosis as a cause of persistent intubation of the larynx. (*Med. Record*, 1er août.)

Blondiau. Coup de revolver; curieux effets de balistique; pénétration du projectile dans la boîte crânienne à travers le sinus frontal; opération; guérison. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Cisneros (J.). Traitement endolaryngé du cancer du larynx. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Courtade (A.). Observation de phlébite du sinus latéral d'origine otique avec vascularisation anormale du pavillon. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Coville. Lymphadénome primitif du pharynx. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 sept.)

Cuvillier (H.). Note sur le traitement des végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

De Stella. Un cas de vertige vestibulaire chez une personne atteinte d'otorrhée chronique; opération de Stacke; séquestre dans la fenêtre ovale; guérison. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Ellett (E. C.). The bacteriology of acute otitis media. (*Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases*, juillet-août.)

Fleischl (E.). Ueber das arterielle Rankenangiom des Ohres. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 août.) — L'anévrysme cirsoïde de l'oreille.

Glas (E.). Zur Pathologie der Tuberkulose der Gaumentonsillen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 sept.) — Pathologie de la tuberculose des amygdales.

Gradenigo (G.). Patologia e terapia dell'orecchio e delle prime vie aeree. In-8°, 968 p. avec fig. Turin.

Hollopeter (W. C.). Hay-fever and its successful treatment. 2e éd. In-8°, 152 p. Londres. — La fièvre de foin et sa cure.

Imhofer (R.). Ein Fall von Spontanluxation des Amboss mit fistulösem Durchbruch in den knöchernen Gehörgang. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 sept.) — Un cas de luxation spontanée de l'enclume avec perforation fistuleuse dans le conduit auditif osseux.

Killian (J. A.). Entfernung eines Pfennigstückes aus dem rechten Bronchus eines Erwachsenen vom Munde aus mittels oberer Bronchoskopie. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 sept.) — Extraction d'une pièce de monnaie de la bronche droite, chez un adulte, au moyen de la bronchoscopie supérieure.

Mayer (E.). Perichondritis of the larynx. (*Med. Record*, 25 juillet.)

Mignon (M.). Emploi du diapason dans l'exploration des cavités osseuses de la face. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Newcomb (J. E.). Congenital laryngeal stridor. (*Med. Record*, 25 juillet.)

Nicolai (L. V.). Oto-rino-laringoscopia ed esofagoscopia : anatomia topografica e metodo di esame del naso, faringe, laringe, orecchio ed esofago. In-4°, 148 p. avec planches. Milan.

Roorda Smit (J. A.). Ozaena unilateralis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 sept.)

Sota y Lastra (R. de la). L'intervention chirurgicale est-elle avantageuse au point de vue médico-social dans tous les genres de cancers laryngés à toutes leurs périodes et à toutes leurs phases? (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Theisen (C. F.). A case of lipoma of the tonsil. (*Albany Med. Ann.*, août.)

Toubert (J.) et **Fasquelle** (A.). L'audition paradoxale se fait-elle à travers la cicatrice chez les sujets ayant subi la trépanation de la voûte du crâne? (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Wilson-Prévost (C. A.). Un cas de diphtérie maligne de Trousseau. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Böhm (R.). Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre. 3e éd. In-8°, 334 p. Iéna. — Traité de l'art de formuler.

Borissov (P.). La valeur des amers pour la digestion (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 août.)

Daremberg (G.) et **Moriez** (F.). L'alimentation des albuminuriques. (*Rev. de méd.*, août.)

Goltman (M.). Poisoning with a small dose of quinine. (*Med. Record*, 22 août.) — Empoisonnement par une faible dose de quinine.

Holub (A.). Zur Antitoxinbehandlung des Tetanus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 juillet.)

Leo (H.). Arzneiverordnungen, diätetische und hygienische Vorschriften. In-12, 56 p. Berlin. — Prescriptions médicamenteuses, diététiques et hygiéniques.

Löwe (O.). Ueber den Einfluss von Nährklystieren auf die Peristaltik und Secretion im Magendarmcanal. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 3-4.) — Influence des lavements nutritifs sur la péristaltique et sur la sécrétion du tube gastro-intestinal.

Miller (J. A.). The management of cases of pulmonary tuberculosis in the dispensary. (*Med. Record*, 22 août.)

Pelzl (O.). Weitere Beobachtungen über die Pilocarpinbehandlung der croupösen Pneumonien. (*Wien. med. Presse*, 13 sept.) — Nouvelles remarques sur le traitement des pneumonies fibrineuses par la pilocarpine.

Stevens (A.). Modern materia medica and therapeutics. 3e éd. In-8°, 662 p. Londres.

Strauss (A.). Die epiduralen Injectionen durch Punction des Sakralkanals. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 août.)

Virsaladzé (S.). Traitement du tétanos par des injections d'émulsion de substance cérébrale d'animaux sains (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 août.)

Zavadier (S.). Ovarian tissue as a hæmostatic in hæmophylic persons. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Cionini (E.). Influenza della faradizzazione sulle funzioni dello stomaco. (*Morgagni*, sept.)

Dowse (T. S.). Lectures on massage and electricity in treatment of disease. 4e éd. In-8°, 466 p. Londres.

Finsen (N. R.). Mitteilungen aus Finsen's medicinske Lysinstitut in Kopenhagen. (Trad. du danois.) T. IV. In-8°, 160 p. avec fig. Iéna.

Fumaioli (G.). La ricerca coi raggi Röntgen in chirurgia. (*Gazz. degli Osped.*, 20 sept.)

Hammer (W. J.). Radium and other radio-active substances : polonium, actinium, thorium; with a consideration of phosphorescent and fluorescent substances; silenium; treatment of disease by ultra-violet light. In-8°, 80 p. avec fig. Londres.

Herschell (G.). Polyphase currents in electrotherapy, with special reference to treatment of neurasthenia, atonic dilatation of the stomach and constipation. In-8°, 50 p. Londres.

Marsh (J. P.). A case of mycosis fungoides symptomatically cured by means of X-rays. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Morton (W. J.). Some cases treated by the X-ray. (*Med. Record*, 25 juillet.)

Pusey (W. A.) et **Caldwell** (E. W.). The practical application of the Röntgen rays in therapeutics and diagnosis. In-8°, 591 p. Philadelphie.

Rafin. Observations cliniques sur la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. (*Lyon méd.*, 20 sept.)

Scholz (W.). Ueber die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und concentrirtem Licht. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 et 20 août.) — Traitement des dermatoses par les rayons de Röntgen et par la lumière concentrée.

Senn (N.). Case of splenomedullary leukæmia successfully treated by the use of the Röntgen ray. (*Med. Record*, 22 août.)

Stewart (J. C.). A study of the histologic changes in epithelioma under the X-ray; a preliminary report. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 juillet.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Bradshaw (B.). Bathing places and climatic health resorts (1903). In-12, 372 p. avec fig. et carte. Londres.

Caulet et **Macrez**. De la valeur « hydrothérapique » du bain de siège froid. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 août.)

Oeffinger (H.). Die Kurorte und Heilquellen des Grossherzogtums Baden. 9e éd. In-8°, LVI-363 p. Baden. — Les stations de cure et les sources hydrominérales du grand-duché de Bade.

Schweinburg (L.). Handbuch der allgemeinen und speziellen Hydrotherapie (nebst einem Beitrage von O. Frankl : Die Hydrotherapie in der Gynäkologie und Geburtshülfe). In-8°, 288 p. avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Traité d'hydrothérapie générale et spéciale.

BACTÉRIOLOGIE

Baumgarten (P. von) et **Tangl** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoën (17. Jahrgang, 1901). 2e partie. In-8°, p. 561 à 1114. Leipzig. — Compte rendu des progrès réalisés dans l'étude des microbes pathogènes pendant l'année 1901.

Rosenberger (R. C.). Bacteriology of the blood. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Bactériologie du sang.

Thiry (G.). Diagnostic de quelques microorganismes chromogènes rouges d'après le système de Teïsi Matzuschita. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Lachs (J.). Die Hygiene im Geschlechtsleben der Frau und während der Geburt im alten Griechenland und Rom. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — L'hygiène sexuelle de la femme chez les Grecs et chez les Romains.

Mandach (F. von). Ueber das klassische Werk des Schweizer-Arztes Joh. Konr. Peyer : « De glandulis intestinorum »; eine Studie aus der Geschichte der Medizin des 17. Jahrhunderts. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 juillet.) — Sur l'œuvre classique du médecin suisse J. K. Peyer : « De glandulis intestinorum ».

Mönkemöller. Zur Geschichte der Psychiatrie in Hannover. In-8°, 351 p. Halle.

GÉNÉRALITÉS

Boyce (R.) et **Sherrington** (Ch. S.). The Thompson Yates and Johnston laboratories report. T. V, 1re partie. In-4°, 233 p. avec fig. Londres.

Grasset (J.). La fin de la vie. In-8°, 22 p. La Chapelle-Montligeon.

Schein (M.). Realismus in der Kunst des Altertums. (*Pest. med.-chir. Presse*, 23 août.) — Le réalisme dans l'art antique.

Wainwright (J. W.). Secret poisons and their uses in ancient times. (*Med. Record*, 22 août.)

Will (J.). Report on the medical relief expeditions to Martinique and St. Vincent in aid of the sufferers from the volcanic eruptions of May, 1902. (*Journ. of the Royal Army Med. Corps*, juillet.)

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — A quel âge meurent les tabétiques? par MM. Pierre Marie et P. Mocquot........ 349

SEIZIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1903). — De la voie endo-stomacale pour le traitement de certains rétrécissements de l'œsophage 350
Diverticule de l'œsophage........ 350
Nouveau procédé de gastrostomie........ 350
Pylorectomie pour léiomyome malin de la grande courbure de l'estomac........ 350
Résultats de la résection iléo-cæcale........ 350
Traitement du cancer du sein........ 350
Castration utéro-ovarienne pour cancer inopérable du sein........ 350
Sur un cas de galactocèle........ 350
De l'anesthésie discontinue en chirurgie gastrique et intestinale........ 351
Traitement chirurgical des ascites........ 351
Tumeurs de l'encéphale........ 351
Méningo encéphalocèle de la fontanelle postérieure........ 351
Abcès du foie avec fusée dans le bassin.... 351
De l'intervention dans les appendicites........ 351
Recherches expérimentales sur la leucocytose dans les contusions et les plaies de l'abdomen........ 351
Procédé opératoire pour la cure des fistules biliaires consécutives à la cholécystostomie........ 352
Du choix de l'intervention dans les cancers haut situés du rectum........ 352
Péricolite cicatricielle post-appendiculaire. 352
Tumeur congénitale sacro coccygienne.... 352
Sur un nouveau procédé de cure radicale du varicocèle........ 352
Kystes hydatiques du ligament large et du bassin avec accouchement normal........ 352
Appendicite et grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale........ 352
Kystes clitoridiens........ 353
Cancers multiples successifs sur une même malade........ 353
Sur un cas d'absence du vagin........ 353
Sur un traitement spécial des plaies accidentelles et en particulier des fractures compliquées........ 353
Sur la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus........ 353
Polyarthrites tuberculeuses aiguës et chroniques........ 353
De la tuberculose du genou chez l'adulte... 353
Traitement du mal perforant plantaire par le hersage des nerfs plantaires........ 353
Traitement du pied creux........ 353
Nouveau procédé d'arthrodèse tibio-tarsienne........ 353

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Sur le sucre virtuel du sang........ 354
Sur la non-identité du surra et du nagana.. 354
Sur l'olfaction des vieillards........ 354

Société médicale des hôpitaux. — Méningite hémorrhagique fibrineuse avec paraplégie spasmodique, traitée par les ponctions lombaires et le traitement spécifique.... 354
Pathogénie des moules bronchiques........ 354
Leucocytose et appendicite........ 354
Hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne 355
Anémie profonde et anasarque dans un cas de cancer latent de l'estomac........ 355

Société de biologie. — Rétention locale des chlorures à la suite des injections de diverses substances........ 355
Sur un nouveau protozoaire, parasite ectoglobulaire du sang de l'homme........ 355
Action de la toxine typhoïdique injectée dans le cerveau........ 355
Ampliation des ventricules latéraux du cerveau dans les maladies mentales........ 355
Mensuration radioscopique de l'estomac et diagnostic de la ptose gastrique........ 355
La circulation du liquide céphalo rachidien. 355
Gangrène pulmonaire puerpérale par microbes strictement anaérobies........ 355

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications anglaises.* — La cardioptose et son association avec le foie flottant........ 355
Appendicite avec hémorrhagies intestinales profuses, ayant simulé la fièvre typhoïde. 356
La réaction paradoxale de la pupille dans l'accommodation........ 356

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — La ponction lombaire contre l'urémie aiguë........ 356
Traitement des tumeurs kystiques du sein par le massage forcé........ 356

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès du foie avec fusée dans le bassin..... 351^{3}
Absence du vagin........ 353^{1}
Anesthésie discontinue en chirurgie gastrique et intestinale........ 351^{1}
Appendicite........ 351^{3}
— à froid et sa bactériologie........ 352^{2}
— et grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale........ 352^{3}
— et leucocytose........ 354^{3}
— et péricolite cicatricielle........ 352^{2}
— simulant la fièvre typhoïde........ 356^{2}
Arthrodèse tibio-tarsienne........ 353^{3}
Ascites........ 351^{1}
Baume du Pérou dans les fractures ouvertes 353^{2}
Cancer du sein........ 350^{3}
— latent de l'estomac avec anémie et anasarque........ 355^{1}
— pylorique à forme lente........ 351^{1}
Cancers haut situés du rectum........ 352^{1}
— multiples successifs........ 353^{1}
Cardioptose et foie flottant........ 355^{3}
Castration utéro-ovarienne pour cancer inopérable du sein........ 350^{3}
Chlorures et leur rétention locale........ 355^{1}
Contusions et plaies de l'abdomen et leucocytose........ 351^{3}
Diverticule de l'œsophage........ 350^{2}
Estomac et sa mensuration radiographique.. 355^{3}
Fistules biliaires consécutives à la cholécystostomie........ 352^{1}
Foie flottant et cardioptose........ 355^{3}
Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus........ 353^{2}
Galactocèle........ 350^{3}
Gangrène pulmonaire à microbes anaérobies 355^{3}
Gastrostomie........ 350^{2}
Grossesse extra-utérine et appendicite........ 352^{3}
Hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne 355^{1}
Hersage des nerfs plantaires........ 353^{3}
Kystes clitoridiens........ 353^{1}
Kystes hydatiques du ligament large et du bassin avec accouchement normal. 352^{3}
Leucocytose dans les contusions et plaies de l'abdomen........ 351^{3}
— et appendicite........ 354^{3}
Liquide céphalo-rachidien et sa circulation 355^{3}
Mal perforant plantaire........ 353^{3}
Massage forcé contre les tumeurs kystiques du sein........ 356^{3}
Méningite hémorrhagique fibrineuse avec paralysie spasmodique........ 354^{2}
Méningo-encéphalocèle de la fontanelle postérieure........ 351^{2}
Mort des tabétiques et âge auquel elle survient........ 349^{1}
Moules bronchiques et leur pathogénie..... 354^{3}
Occlusion intestinale par coudure cicatricielle........ 352^{2}
Olfaction chez les vieillards........ 354^{1}
Parasite de la vaccine........ 355^{3}
Péricolite cicatricielle post-appendiculaire.. 352^{2}
Pied creux........ 353^{3}
Plaie de l'estomac par balle de revolver.... 351^{1}
Polyarthrites tuberculeuses........ 353^{2}
Ponction lombaire contre l'urémie aiguë.... 356^{3}
— — dans les hémorrhagies méningées et les méningites hémorrhagiques........ 354^{2} 355^{1}
Protozoaire parasite du sang de l'homme... 355^{2}
Pylorectomie pour léiomyome malin de la grande courbure de l'estomac........ 350^{2}
Réaction paradoxale de la pupille dans l'accommodation........ 356^{2}
Résection iléo-cæcale et ses résultats........ 350^{2}
Rétrécissements de l'œsophage........ 350^{1}
Sérum antinéoplasique........ 351^{1}
Spondylose rhyzomélique et rhumatisme tuberculeux........ 354^{1}
Sucre virtuel du sang........ 354^{1}
Surra et nagana et leur non-identité........ 354^{1}
Tabétiques et âge auquel ils meurent........ 349^{1}
Tendons et leur formation........ 354^{2}
Toxine typhoïdique en injections dans le cerveau........ 355^{2}
Traitement chirurgical des ascites........ 351^{1}
— de l'appendicite........ 351^{3}
— de la tuberculose du genou chez l'adulte........ 353^{2}
— de l'urémie aiguë........ 356^{3}
— des cancers haut situés du rectum 352^{1}
— des fistules biliaires consécutives à la cholécystostomie........ 352^{1}
— des fractures ouvertes........ 353^{2}
— des rétrécissements de l'œsophage........ 350^{1}
— des tumeurs de l'encéphale........ 351^{1}
— — kystiques du sein... 356^{3}
— du cancer........ 351^{1}
— — du sein........ 350^{3}
— du mal perforant plantaire........ 353^{3}
— du pied creux........ 353^{3}
— du tétanos........ 355^{1}
— du varicocèle........ 352^{3}
Tuberculose du genou chez l'adulte........ 353^{2}
Tumeur congénitale sacro-coccygienne........ 352^{2}
Tumeurs de l'encéphale........ 351^{1}
— kystiques du sein........ 356^{3}
Urémie aiguë........ 356^{3}
Varicocèle........ 352^{3}
Ventricules latéraux dans les maladies mentales........ 355^{2}
Voie endo-stomacale dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage........ 350^{1}

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE LILLE

Barbry (L.). De l'ostéomyélite pubienne des adolescents.

Bouchez (G.). Contribution à l'étude de la mélanotrichie linguale (langue noire).

Boutrois (Ch.). Les établissements hospitaliers et l'assistance médicale à Saint-Quentin avant la Révolution.

Brassart (H.). Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance.

Bréhon (A.). Les polypes de l'œsophage et du pharynx laryngé.

Cadart (F.). Des tumeurs lipomateuses rétropéritonéales.

Cadoré (P.). Les anomalies congénitales du rein chez l'homme.

Camus (L.). Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit de la langue.

Charles (R.). Contribution à l'étude de la simulation des affections oculaires.

Couvreur (C.). Les hémorrhagies des kystes de l'ovaire.

Crespin (P.-G.). Etude sur les anastomoses de l'iléon et de la portion terminale du gros intestin.

Curmer (A.). Contribution à l'étude de l'hystéropexie et de ses procédés opératoires.

David (A.). Etude clinique de la splénomégalie dans la syphilis héréditaire précoce.

Davrinche (E.-J.). Des métastases osseuses dans le cancer de la prostate.

Delannoy (A.). Main bote et syphilis.

Deleau (P.-J.). La mortalité infantile dans les villes industrielles du Nord et du Pas-de-Calais; remèdes rapides et pratiques.

Delvart (E.). Le paramyoclonus multiplex chez l'enfant.

Desconseillez (A.-L.). Des indications et des résultats de la résection du condyle du maxillaire inférieur.

Deshusses (L.). Etude sur les monstres célosomiens.

Desplats (R.-J.). Contribution à l'étude de l'immunité vaccinale.

Desrousseaux (P.-J.). Tuberculose pulmonaire consécutive aux traumatismes thoraciques.

Dubois (J.-B.). Contribution à l'étude des amnésies.

Durand (G.-A.). Contribution à l'étude des infarctus de la rate.

Febvre (E.). Des souffles en écharpe mitro-aortique et aortico-mitral.

Fiévet (L.). Contribution à l'étude des fistules d'origine dentaire.

Gantois (A.). Traitement des ulcérations tuberculeuses par le permanganate de potasse.

Gontier de la Roche (M.-A.). Modifications histologiques du pancréas après exclusion partielle chez le cobaye.

Hautefeuille (J.). Valeur antiseptique du lysol.

Henriet (M.). De la nature hystérique de la chorée de Bergeron.

Herbaux (N.). Le massage en oculistique.

Langlois (E.). L'asepsie et l'antisepsie inconscientes.

Lefebvre (G.). Contribution à l'étude de la main bote acquise d'origine osseuse.

Lefebvre (H.-A.). Etude sur la valeur thérapeutique du cacodylate de soude dans le traitement des phosphaturies.

Lefèvre (C.-G.). La médication toni-iodurée dans les cardiopathies.

Leleux (A.). Etude du sarcome de la langue.

Lerat (G.). De la diarrhée chez les hyperchlorhydriques et particulièrement de l'hyperchlorhydrie à forme diarrhéique.

Lerouge (L.). La pratique du tubage en clientèle privée.

Loubry (E.). Contribution à l'étude des fibromes de la paroi abdominale.

Lucas (J.). Un cas de kyste latéral du cou développé aux dépens du canal de Bochdalek.

Millet (M.-P.). Les complications osseuses de la variole.

Minet (S.). Tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire.

Monier (A.). De l'épilepsie procursive.

Odoul (E.). Contribution à l'étude du lipome du doigt.

Paucot (H.). De l'absence totale congénitale du vagin et de son traitement opératoire.

Perretant (J.). De la balnéation au cours de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Petillon (L.). Des exanthèmes consécutifs aux angines aiguës non diphtériques.

Pujebet. De la perforation de la vésicule biliaire au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde.

Rouche (G.-A.). Les réflexes rotulien et plantaire dans l'hystérie et la neurasthénie.

Sys (E.). Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané consécutif à la broncho-pneumonie et à la pneumonie non tuberculeuse.

Trampont (G.). De la fièvre typhoïde dans ses relations avec l'état puerpéral.

Véras (S.). Traitement économique de la scoliose.

Warin. De l'épilepsie au cours de la cyanose.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Beck (C.). Ueber Befunde an Nieren mit gehemmter Entwicklung. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 2.) — Constatations faites sur des reins dont le développement a été entravé.

Brooks (H.). Acute non-suppurative encephalitis. (*Med. News*, 8 août.)

Brünet (G.). Ueber das branchiogene Karcinom. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 360.)

Ellis (A. G.). Cystic degeneration of the mamma showing transformation into scirrhous carcinoma. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Glück (L.) et **Wodynski** (R.). Die Lepra der Ovarien. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 2.)

Meyer (G.). Ueber die Beziehungen des adenoiden Gewebes zu bösartigen Geschwülsten. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 359.) — Des rapports entre le tissu adénoïde et les tumeurs malignes.

Saltykow (S.). Beitrag zur Kenntnis des Myeloms. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 3.) — Contribution à l'étude du myélome.

Strangeways (T. P.). Clinical pathology and practical morbid histology. 3e éd. In-8°, 108 p. Londres.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bollinger (O.). Ueber die Häufigkeit des Karzinoms in München. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 sept.) — Sur la fréquence du cancer à Munich.

Brandenburg (K.). Ueber die Wirkung der Galle auf das Herz und die Entstehung der Pulsverlangsamung beim Icterus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 sept.) — L'action de la bile sur le cœur et la pathogénie du ralentissement du pouls dans l'ictère.

Cattaneo (C.) et **Ferrari** (Myra). Nota sul rapporto fra resistenza delle emazie ed emolisi. (*Pediatria*, août.)

Frölich (Th.). Om urinsyrens dannelse under normale og patologiske forhold med særligt hensyn til barnealderen. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.) — Sur la formation d'acide urique à l'état normal et pathologique, notamment chez les nouveau-nés.

Kiss (J.). Der osmotische Druck und der Organismus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 sept.) — La tension osmotique et l'organisme.

Loeb (L.). On the presence of specific coagulins in the tissues of vertebrates and evertebrates. (*Med. News*, 1er août.)

Lommel (F.). Die Magen- und Darmbewegungen im Röntgenbild und ihre Veränderung durch verschiedene Einflüsse. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 sept.) — La radiographie des mouvements de l'estomac et de l'intestin, et les modifications de ces mouvements sous des influences diverses.

Melkikh (A.) et **Kaliapine** (I.). Le taux des alexines dans la fièvre récurrente (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 août.)

Pavlik (F.). Prispevek ku studiu kompensatorni hypertrofie ledvin. (*Casopis lékaru ceskych*, 19 sept.) — Contribution à l'étude de l'hypertrophie compensatrice des reins.

Schwalbe (E.). Das Problem der Vererbung in der Pathologie. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 et 22 sept.) — Le problème de l'hérédité dans la pathologie.

Schweinitz (E. A. de). The apparent immunizing value of attenuated tubercle bacilli. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 août.)

MÉDECINE

Busch (P.). Een geval van aneurysma aortae abdominalis met perforatie door het diaphragma in de linker pleuraholte. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 oct.)

Crothers (Th. D.). Alcoholic toxemia: its pathology and treatment. (*Med. News*, 25 juillet.)

De Lollis (O.). Di una cardiopatia congenita. (*Gazz. degli Osped.*, 13 sept.)

Drouineau (A.). Note relative aux complications cardiaques de la dysenterie. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXV, I.)

Edel (P.). Ueber die Abhängigkeit der « cyklischen » Albuminurie von der Cirkulation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 et 10 sept.) — Influence de la circulation sur l'albuminurie « cyclique ».

Edgren (J. G.). Ueber die sogenannten nervösen Herzkrankheiten. (*Wien. med. Presse*, 19 et 26 juillet et 2 août.) — Sur les cardiopathies dites nerveuses.

Gemelli (E.). Sulla costituzione morfologica degli essudati pleurici. (*Gazz. med. ital.*, 5 mars.)

Germani (A.). Contributo allo studio clinico della pseudoleucemia. (*Gazz. degli Osped.*, 16 août.)

Hall (D. G.). Cardiac aneurysms. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

Happel (T. J.). Continued fever, neither malarial nor typhoid. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juillet.) — Fièvre continue, ni paludéenne, ni typhoïdique.

MALADIES INFECTIEUSES

Ascoli (V.). Lo scoppio epidemico delle febbri malariche. (*Policlinico*, 12 sept.)

Bart (V.). Contribution à l'épidémiologie de la streptococcie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, sept.)

Brault (J.). La maladie du sommeil; nouvelles données étiologiques. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Brayton (N. D.). Pathology and treatment of smallpox; an analysis of over 2,000 cases and of 50 autopsies. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.) — Relation de plus de 2,000 cas de variole avec 50 autopsies.

Burns (W. B.). Malarial dysentery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.)

Dansauer. Beitrag zur Kenntnis der Gasgangrän. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 sept.) — Contribution à l'étude de la gangrène gazeuse.

Drennan (Jennie G.). Pustulation and its accompanying secondary fever a complication and not an essential symptom of smallpox. (*Med. News*, 1er août.)

Duprat (A.). Contribution clinique à la sérothérapie de la peste. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Dutton (J. E.). Report of the malaria expedition to the Gambia (1902) of the Liverpool School of tropical medicine and parasitology [suivi d'une description des moustiques et des autres culicidés en question, par F. V. Theobald]. In-4°, 46 p. avec fig. Londres.

Fischer (E.). Ueber die Tuberkulinprobe. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct.) — Sur l'épreuve de la tuberculine.

Futcher (Th. B.). A study of the cases of amebic dysentery occurring at the Johns Hopkins Hospital. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 août.)

Goldberg-Zlatogorov (S.). Diagnostic bactériologique de la peste sur le cadavre (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 et 13 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Burgerhout (H.). Een geval van « sclérose en plaques » na trauma. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 oct.)

Dancourt (Ch.). Un cas de sclérose latérale amyotrophique à longue évolution. (*Nord méd.*, 15 sept.)

Dufour (A.). Un cas d'écriture en miroir. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Dupré (E.) et **Lévi** (L.). Délire hypocondriaque de zoopathie interne chez un débile tabétique, hystérique et gastropathe. (*Rev. neurol.*, 30 sept.)

Dydynski (L. von). Ein Beitrag zum Studium des Verlaufs einiger Rückenmarksstränge. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.) — Contribution à l'étude du trajet de quelques faisceaux médullaires.

Gallichi (D.). Un caso di rammollimento cerebellare con sindrome di tumore. (*Clinica moderna*, 30 sept.)

Haag (G.). 3 Fälle von traumatischer Neurose. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, sept.)

Hopkins (S. D.). Locomotor ataxia complicated by thrombosis of the pontile arteries. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 juillet.)

Hudovernig (K.) et **Pétzy-Popovits** (U.). Ueber pathologischen Riesenwuchs. (*Pest. med.-chir. Presse*, 6, 13 et 20 sept.) — Du gigantisme.

Joffroy (A.) et **Gombault**. Lésions de syringomyélie trouvées à l'autopsie d'un paralytique général. (*Rev. neurol.*, 30 sept.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Berger (E.). Contributo clinico ed anatomo-istologico allo studio dell'aortite e dell'aneurisma sifilitico. (*Incurabili*, 1er-15 juillet et 1er-15 août.)

Bodin (E.). Un cas de phlycténose récidivante des extrémités. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 3.)

Brauns (Th.). Zur Kenntnis der Leukonychie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 1.)

Bucek (Augusta). Beiträge zur Kenntnis der Parapsoriasis (Brocq). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 août.)

Callomon (F.). Herpes gestationis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 août.)

De Dominicis (N.). La sifilide latente nella etiogenesi delle malattie comuni; importanza diagnostica dell'adenia epitrocleare. (*Policlinico*, 26 sept.)

Ehlers (E.). Spedalskhed i Dansk-Vestindien. (*Ugeskrift for Læger*, 4, 11, 18 et 25 sept.) — La lèpre aux Antilles danoises.

Maridort (P.). Erythème scarlatiniforme. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 sept.)

Meyer (F.). Ueber chronische Gonorrhoe und Gonococcennachweis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 sept.) — De la blennorrhagie chronique et de la recherche du gonocoque.

Montgomery (D. W.). Papilloma of the sole. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juillet.) — Papillomes de la plante du pied.

Neumann. Ueber tertiäre Syphilis. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 et 25 juillet, 1er, 8 et 15 août.)

Ostermayer (N.). Ein Fall von Pemphigus neonatorum P. Richter (Dermatitis exfoliativa neonat. Ritter) mit Infektion der Mutter und Tod des Neugeborenen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 1.) — Un cas de pemphigus des nouveau-nés, avec infection de la mère et mort de l'enfant.

CHIRURGIE

Beckmann (R.). Des soins consécutifs à la thoracotomie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, sept.)

Berg (A.). Surgical treatment of cholelithiasis. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Bezdek (H.). Prispevek ku kasuistice retrogradni inkarcerace. (*Casopis lékaru ceskych*, 26 sept.)

Binnie (J. F.). On myositis ossificans traumatica. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Bottomley (J. T.). A case of acute, non-traumatic, multiple osteo-myelitis, produced by the streptococcus, occurring in a male adult. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.)

Bruas. Pied de Madura à grains noirs observé à Madagascar. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Brunner (C.). Experimentelle Untersuchungen über Aetiologie und chirurgische Therapie der durch Mageninhalt bewirkten Peritonitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 1.) — Recherches expérimentales sur l'étiologie et sur le traitement chirurgical de la péritonite provoquée par le contenu gastrique.

Chlumsky (V.). O noze stocene na stranu vnitrni (pes adductus). (*Casopis lékaru ceskych*, 12 sept.)

Claudius (M.). Erfaringer angaaende jodkatgut. (*Hospitalstidende*, 23 sept.)

Coley (W. B.). Malignant tumors of the testis. (*Med. News*, 25 juillet.)

Coste. Zur Therapie der Gastroptose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 3.)

Dandridge (N. P.). Gangrene of colon and ileum after operation for appendicitis. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Duvergey (J.). Un cas de tétanos céphalique avec paralysie faciale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 oct.)

Ehrhardt (O.). Ueber die Müller'sche Operation bei Spina ventosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 sept.)

English (W. T.). Traumatic pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.)

Faguet (Ch.). Pseudo-coxalgie par corps étranger (fragment d'aiguille); radiographie, intervention chirurgicale, guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 oct.)

Ferguson (A. H.). Surgical treatment of nephritis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 juillet.)

Föderl (O.). Ueber den Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 oct.)

Folet (H.). Hernies propéritonéales et réductions en bloc. (*Echo méd. du Nord*, 27 sept.)

Friedländer (F. von). Beitrag zur operativen Behandlung des Klumpfusses und des Plattfusses. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er oct.) — Contribution au traitement opératoire du pied bot et du pied plat.

Fummi (A.). La chirurgia della carotide. (*Policlinico*, partie chir., X, 9.)

Galtier (J.). Considérations sur la syndactylie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 sept.)

García Lagos (H.). Operación de un caso de lipomas múltiples simétricos, del tipo adenolipomatosis. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Gibson (Ch. L.). Embolic gangrene of the leg as a sequel of acute lobar pneumonia. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Gangrène de la jambe par embolie comme suite de pneumonie lobaire aiguë.

Hofmann (C.). Zur Radikaloperation der Leistenhernien, mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 10 oct.) — Cure radicale des hernies inguinales, surtout au point de vue des rapports anatomiques.

Ihrig (L.). Wundbehandlung nach biologischem Prinzipe. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 1.) — Traitement des plaies, basé sur des principes biologiques.

Jedlicka (R.). Pripad komplikovaného nádoru ledviny, zhojeny nefrektomii s resekci celého vystupujiciho tracniku. (*Casopis lékaru ceskych*, 15 et 22 août.) — Sarcome du rein droit adhérent au gros intestin et au duodénum; néphrectomie avec résection complète du côlon ascendant et résection partielle du duodénum; guérison.

Jungnickel (H.). Ein seltener Fall von Oesophagusstrictur. (*Prag. med. Wochensch.*, 17 sept.) — Un cas rare de rétrécissement de l'œsophage.

Karewski. Die chirurgische Behandlung der Lungenabszesse, insbesondere deren Dauerresultate. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 sept. et 6 oct.) — Le traitement chirurgical des abcès du poumon, surtout au point de vue des résultats définitifs.

Kropac. O gangrénach foudroyantnich. (*Casopis lékaru ceskych*, 1er, 8, 15 et 22 août.)

Le Fort (R.). Trois cas de lithiase biliaire vésiculaire ayant simulé d'autres affections. (*Echo méd. du Nord*, 27 sept.)

Lorenz (H.). Zur Chirurgie des kallösen penetrierenden Magengeschwüres. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 oct.) — Contribution à la chirurgie de l'ulcère « calleux pénétrant » de l'estomac.

Ludloff (K.). Zur Diagnostik der Knochen- und Gelenktuberculose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 3.) — Diagnostic de la tuberculose des os et des articulations.

Lund (F. B.). The value of enterostomy in selected cases of peritonitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juillet.)

Luxardo (A.). Dell'intervento chirurgico in alcune forme di nefrite. (*Gazz. degli Osped.*, 13 sept.)

Marquer (L.). Un cas d'occlusion intestinale par coudure de l'angle colique gauche. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 sept.)

Martin (A.). Appendicite par présence d'anneaux de tænia saginata dans l'appendice. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 sept.)

Martina (A.). Ueber primäre Darmresectionen bei gangränösen Hernien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 3.) — Résections primitives de l'intestin dans les hernies gangreneuses.

Mastrorilli. Su di un ascesso cangrenoso del cavo ischio-rettale. (*Incurabili*, 1er-15 sept.)

Mayo (W. J.). Further experience with the vertical overlapping operation for the radical cure of umbilical hernia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.) — Nouveaux essais concernant la cure radicale de la hernie ombilicale.

McArthur (L.). Blood examinations in their relation to surgical procedures. (*Ann. of Surgery*, sept.) — L'examen du sang au point de vue chirurgical.

Migliacci (G.). Sulla patogenesi e cura del gozzo volgare. (*Gazz. degli Osped.*, 27 sept.) — Pathogénie et traitement du goitre.

Mondino (L.). Tuberculosis cecal; resección. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

UROLOGIE

Chetwood (Ch. H.). The choice of technic in operating upon prostatic obstruction. (*Med. News*, 8 août.)

Cnopf. Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 oct.)

Gallia (C.). Un caso di ascesso periuretrale da gonococco. (*Gazz. degli Osped.*, 13 sept.)

Goldberg (B.). Die Verhütung der Harninfektion. Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei der Behandlung der Harnkrankheiten. In-8°, 125 p. avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — L'asepsie et l'antisepsie dans le traitement des maladies de l'appareil urinaire.

Johnson (A. B.). Some cases of prostatectomy, observed after an interval. (*Med. News*, 1er août.)

Kolischer (G.). Post-operative cystitis in women. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — La cystite post-opératoire chez les femmes.

Pisani (U.). Due rari tumori vescicali asportati mediante cistotomia soprapubica. (*Tribuna med.*, août-sept.)

Porosz (M.). Ein mit Miction endender Coitusfall. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 9.) — Un cas de coït se terminant par l'émission d'urine.

OPHTALMOLOGIE

Androusse (K.). L'ichtyol contre le trachome (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, sept.)

Bowen (D. C.). Exostosis of orbit. (*Amer. Practitioner and News*, 1er août.)

Chance (B.). Orbital cellulitis as a sequel of scarlatina. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.)

Coomes (M. F.). Phlyctenular keratitis. (*Amer. Practitioner and News*, 1er juillet.)

Cosse (F.). Un cas de rupture de la sclérotique avec luxation sous-conjonctivale du cristallin. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er oct.)

Fromaget (C.) et **Ginestous** (E.). 2 cas de myopie élevée chez de jeunes enfants. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 11 oct.)

Gilfillan (W.). A case of panophthalmitis in typhoid fever. (*Med. News*, 25 juillet.)

Hartridge (G.). Refraction of the eye. 12e éd. In-8°, 288 p. avec fig. Londres.

Heerfordt (C. F.). Om emfysemet i orbita. (*Hospitalstidende*, 23 et 30 sept.)

Ortale (C.). Sulla cherato-congiuntivite bilaterale secondaria a reumatismo articolare. (*Gazz. degli Osped.*, 20 sept.)

Posey (W. C.). Vernal conjunctivitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.)

Ricchi (G.). Ricerche anatomo-patologiche sugli effetti della introduzione di iodoformio nella camera anteriore; nota preventiva. (*Nuovo raccoglitore med.*, août.)

Sourdille (G.). Des névrites optiques dans les maladies infectieuses. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 oct.)

Yarr (M. Th.). Some rare ocular manifestations of venereal disease. (*Journ. of the Royal Army Med. Corps*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Baker (W. H.) et **Graves** (W. P.). Uterine myomas. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Bardeleben (H. von). Wesen und Wert der schnellen mechanisch-instrumentellen Muttermundserweiterung in der Geburtshülfe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 1.) — Sur la dilatation instrumentale rapide du col utérin en obstétrique.

Bastian (J.). Bassin à cyphose lombo-sacrée; enfant à terme; opération césarienne conservatrice. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Boldt (H. J.). The surgical treatment of puerperal infection. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Capaldi (A.). Sulla tossicità della placenta. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, juillet.)

Child (Ch. G.). A case of ruptured tubal gestation treated by vaginal coeliotomy. (*Yale Med. Journ.*, sept.)

Herz (E.). Ein Fall von totaler Inversion und Prolaps des Uterus und der Vagina. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 août.)

Ingalls (P. H.). The importance of cases of laceration of the cervix. (*Yale Med. Journ.*, août.)

Jambon. Epilepsie débutant au cours de la grossesse; accouchement spontané rapide; rupture du cordon. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 3.)

Kayser (F.). Beitrag zur Frage der Symphysenruptur. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 1.)

Lewers (A. N.). Practical text-book of the diseases of women. 6e éd. In-8°, 552 p. avec fig. et planches. Londres. — Traité de gynécologie.

Lihou. Deux cas d'éclampsie puerpérale d'origine différente. (*Année méd. de Caen*, sept.)

Lovrich (J.). Zwei Fälle von Uterusruptur. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 oct.)

Marx (S.). The bacteriology of the puerperal uterus; its relation to the treatment of the parturient state. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Muglia (N.). Setticemia erisipelatosa in donna gravida. (*Gazz. degli Osped.*, 13 sept.)

Noble (Ch. P.). A study of the degenerations and complications of fibroid tumors of the uterus from the standpoint of the treatment of these growths. (*Amer. Gynecology*, avril.)

PÉDIATRIE

Carrière (G.). Sur un cas d'anémie chez un enfant; diagnostic des anémies infantiles. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er sept.)

Cruchet (R.). Tubage dans un cas de laryngite morbilleuse suffocante; guérison; considérations. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 sept.)

Ewald (C. A.). Ueber hysterische Autosuggestion der Kinder. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 sept.)

Knox (J. M.). A contribution to the study of the summer diarrheas of infancy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 juillet.) — Les diarrhées estivales des enfants.

Kühn (A.). Ueber den Ausgang der kindlichen croupösen Pneumonie in Lungensequestrirung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 3-4.) — Pneumonie fibrineuse infantile aboutissant à la nécrose pulmonaire.

Martin (E.) et **Machard** (A.). Traitement du mal de Pott et de la coxalgie à l'asile de Pinchat. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Morse (J. L.). Otitis media in infancy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 juillet.)

Ott. De l'emploi des hamacs dans les crèches. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 oct.)

Pfister (H.). Neue Beiträge zur Kenntnis des kindlichen Hirngewichts. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 3-4.) — Le poids du cerveau chez les enfants.

Rinuy. Tétanie consécutive à une angine diphtérique chez une fillette de quatre ans et demi. (*Gaz. méd. de Picardie*, juillet.)

Rommel (O.). Ueber Buttermilch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 3-4.) — Le babeurre.

Selter (P.). Ein Beitrag zum Capitel : Nahrungsmengen und Stoffwechsel des normalen Brustkindes. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 1-2.) — Contribution à l'étude des rapports entre les quantités de lait absorbé et les échanges organiques chez le nourrisson allaité au sein et dans des conditions normales.

Shurly (B. R.). Prolonged intubation tubes, with a method leading to their extraction. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juillet.)

Tichow (P.). Ueber Sectio alta im Kindesalter. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 9.) — De la taille sus-pubienne chez les enfants.

Trinkler (N.). Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus internus. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 3-4.) — Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie interne.

Williams (W. C.). Influenza in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 juillet.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alberts (J. E.). Het pollen-asthma (de z. g. n. hooikoorts), deszelfs verschijnselen, oorzaken en behandeling. In-8°, 131 p. avec fig. Amsterdam. Egeling. — La fièvre de foin; symptomatologie, étiologie et traitement.

Burger (H.). Doodelijke bloeding na adenotomie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 oct.) — Hémorrhagie mortelle à la suite d'une adénotomie.

Dudrewicz (K.). Przyczynek do leczenia ostrego zapalenia ucha srodkowego. (*Kronika lekarska*, 1er juillet.) — Contribution au traitement de l'otite moyenne aiguë.

Heiman (A.). Przyczynek do postepowania lekarskiego w ostrych zapaleniach ucha srodkowego. (*Kronika lekarska*, 1er juillet.) — Conduite à tenir dans les otites moyennes aiguës.

Pugnat (A.). De quelques complications des végétations adénoïdes. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

HYGIÈNE

Ascher. Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit vom sozial-hygienischen Standpunkte. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 sept.) — La lutte contre la mortalité des nourrissons au point de vue de l'hygiène sociale.

Bentzen (G. E.). Modarbeidelsen af de vigtigere akute smitsomme sygdomme og hidtil vundne resultater. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.) — La lutte contre les principales maladies contagieuses aiguës et les résultats obtenus en Norvège.

Frischmann (J.). Tuberculose und Syphilis unter den kaufmännischen Angestellten. (*Pest. med.-chir. Presse*, 26 juillet.) — La tuberculose et la syphilis parmi les employés de commerce.

Gubert (I.). Organisation de la lutte contre la lèpre (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 sept.)

Guérin (C.). Prophylaxie de la variole dans les pays chauds. (*Echo méd. du Nord*, 13 sept.)

Kharitonov (L.). Un nouveau procédé de détermination de la qualité d'une farine (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, sept.)

Mosny (E.). But de l'inspection médicale et hygiénique des écoles publiques et privées; organisation de cette inspection; conditions de son efficacité. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Staub (H.). Ueber die in den schweizerischen Heilanstalten für unbemittelte Lungenkranke erzielten Erfolge. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — Sur les résultats obtenus dans les sanatoria suisses pour phtisiques nécessiteux.

Vaillard. L'épuration de l'eau potable en campagne. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Anders (J. M.). The treatment of acute dysentery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 août.)

Aubert (P.). Des injections sous-cutanées de morphine dissoute dans l'éther. (*Lyon méd.*, 27 sept.)

Barraja (A.). Sur les accidents occasionnés par les sels de pelletiérine. (*Marseille méd.*, 1er oct.)

Bodin (E.) et **Halgand** (F.). Note sur le traitement de la gale par le baume du Pérou. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 3.)

Breitmann (M.). Rapports entre la composition chimique des médicaments et leur action physiologique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 sept.)

Cabot (R. C.). Studies on the action of alcohol in disease, especially upon the circulation. (*Med. News*, 25 juillet.)

Capurbano (M.). Cura locale delle scottature mercè il glicerolato tannico. (*Gazz. degli Osped.*, 13 sept.) — Traitement des brûlures par le glycérolé tannique.

Chaïkévitch (M.). Nouvelles observations sur le traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic à hautes doses (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 sept.)

Cipollino (O.). La cura dell'ipertrofia splenica da malaria. (*Policlinico*, 19 sept.)

Combemale et **Haguin**. Le bleu de méthylène dans les diarrhées. (*Echo méd. du Nord*, 4 oct.)

Eastman (J. R.). Limitations of non-surgical treatment in acute intestinal obstruction. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.)

Ebhardt (E.). Contributo alla casuistica del tetano curato col metodo Baccelli. (*Gazz. degli Osped.*, 20 sept.)

Fischer (L.). Therapeutic suggestions in diphtheria. (*Med. News*, 18 juillet.)

Hall (J. W.). Vegetabilische Nahrung und Getränke bei Gicht und Nephritis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 sept.) — Le régime végétarien dans la goutte et la néphrite.

Hulbert (H.). Natural physical remedies : light, heat, electricity and exercise in the treatment of disease. In-8°, 286 p. Londres. — Les remèdes physiques naturels : lumière, chaleur, électricité et exercice.

Hutchison (R.). On the treatment of diabetes. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

Kharitonov (L.). Le camphre substitué à l'essence de térébenthine (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, sept.)

Lyon (G.). Traité élémentaire de clinique thérapeutique. 5e éd. 2 vol. In-8°, 1659 p.

McClanahan (H. M.). The treatment of scarlet fever, its complications and sequelæ. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 juillet.)

BACTÉRIOLOGIE

Bodin (E.). Rôle des bactéries saprophytes et pathogènes. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 3.)

Delbanco (E.). Ueber die Ursachen der Säurefestigkeit der Tuberkel- und Leprabacillen; die Säurefestigkeit der Lycopodiumspore, der Korkzelle u. a. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.) — Les causes de la résistance des bacilles de la tuberculose et de la lèpre à l'action décolorante des acides.

Gemelli (E.). Di un nuovo metodo di colorazione delle ciglia dei bacteri. (*Giorn. della reale Soc. ital. d'igiene*, fév.)

Guyot (G.). Alcune osservazioni sulla biologia morfologica del bacillo tubercolare in mezzi inadatti al suo sviluppo; note preventive. (*Gazz. degli Osped.*, 20 sept.)

Kirsch. Ueber Cambier's Verfahren zur Isolirung von Typhusbazillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 oct.)

Rietsch. Bacilles typhique et coli. (*Marseille méd.*, 1er et 15 sept.)

Wagner (F.). Staubuntersuchungen auf Tuberkelbacillen in der zürcherischen Heilstätte für Lungenkranke in Wald. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, XXXIII, 15-16.) — L'examen des poussières au point de vue de la présence de bacilles de la tuberculose, au sanatorium pour phtisiques à Wald.

23e ANNÉE. — N° 44. Vingt centimes le numéro. 4 NOVEMBRE 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DANS LES DEUX MONDES. — Les études médicales aux Etats-Unis, par M. le docteur Francis Munch 357
CHIRURGIE PRATIQUE. — Les appareils de fracture du professeur Saxtorph, par M. le docteur F. Lejars 358
BULLETIN. — L'accroissement de la population de la France comparé à celui des principaux pays d'Europe 359
TREIZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE (tenu à Padoue du 29 octobre au 1er novembre 1903). — L'interruption de la grossesse dans les maladies internes 359
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — L'ulcère externe de l'estomac 361
Gastrotomie pour corps étrangers multiples de l'estomac 361
Maladie du sommeil et trypanosomes 361
Fibrome de la portion abdominale du ligament rond 361
Société de chirurgie. — Corps étranger juxtapéricardique 361
De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale pour fibrome 362
Société médicale des hôpitaux. — Méningite cérébro-spinale compliquée d'hémorrhagie méningée 362
La stéatose hépatique dans l'appendicite et l'ictère appendiculaire grave 362
Paralysie générale avec méningite rachidienne suppurée 362
Des oscillations leucocytaires chez les tuberculeux 362
ETRANGER : *Académie de médecine de Belgique.* — Un cas de sclérose polysystématique de la moelle, d'origine tuberculeuse 362
Sur l'emploi en chirurgie de l'oxygène sous pression 363
Lettres d'Autriche. — Les résultats éloignés de l'uranoplastie 363
L'inflammation des diverticules de la vessie et la péritonite par perforation 363
Gomme du corps ciliaire développée deux mois après l'infection 363
Extirpation totale de l'estomac pour cancer 363
L'agent du cancer chez l'homme et chez les mammifères 363
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications allemandes.* — Le premier cas de ligature, avec succès, de l'artère hépatique pour anévrysme 363
Un effet jusqu'à présent inconnu des rayons de Röntgen sur l'organisme animal 364
Un procédé pour obtenir des cultures pures du bacille de la tuberculose 364
Publications anglaises. — Recherches sur l'étiologie de la maladie du sommeil 364
Rupture des ligaments croisés et leur reconstitution opératoire 364
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — L'emploi de l'iodate de soude en injections sous-conjonctivales 364
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Anévrysme de l'artère hépatique 363³
Appareils de fracture du professeur Saxtorph 358²
Bacille de la tuberculose en cultures pures.. 364¹
Cancer de l'estomac 363²
— et son agent chez l'homme et chez les mammifères 363²
Compression de l'œsophage par un anévrysme de la crosse de l'aorte 362³
Corps étranger juxtapéricardique 361³
Corps étrangers de l'estomac 361³
Dégénérescence maligne du moignon après hystérectomie subtotale 362¹
Diverticules de la vessie et leur inflammation 363¹
Etudes médicales aux Etats-Unis 357¹
Fibrome de la portion abdominale du ligament rond 361³
Fractures de jambe 358²
Gastrotomie pour corps étrangers multiples de l'estomac 361³
Gomme du corps ciliaire développée deux mois après l'infection 363²
Grossesse et son interruption dans les maladies internes 359³
Hystérectomie subtotale et dégénérescence maligne du moignon 362¹
Iodate de soude en injections sous-conjonctivales 364³
Ligaments croisés et leur reconstitution opératoire 364³
Maladie du sommeil et trypanosomes. 361³ 364²
Méningite cérébro-spinale compliquée d'hémorrhagie méningée 362¹
Oscillations leucocytaires chez les tuberculeux 362³
Oxygène sous pression et son emploi en chirurgie 363¹
Paralysie générale avec méningite rachidienne suppurée 362²
Population de la France et son accroissement comparé à celui des principaux pays d'Europe 359¹
Rayons de Röntgen et leur influence sur l'organisme animal 364¹
Sclérose polysystématique de la moelle, d'origine tuberculeuse 362³
Stéatose hépatique dans l'appendicite et ictère appendiculaire grave 362²
Traitement de l'anévrysme de l'artère hépatique 363³
— des corps étrangers multiples de l'estomac 361³
— des fractures de jambe 358²
— du cancer de l'estomac 363²
Ulcère externe de l'estomac 361²
Uranoplastie et ses résultats éloignés 363¹

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Ch.-J. Mirallié, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. U. Monnier, nommé, sur sa demande, professeur de pathologie interne et de pathologie générale.

VARIA

Attribution du prix Osiris par l'Institut de France.

L'Institut de France, toutes sections assemblées, a tenu, la semaine dernière, sa séance publique annuelle, dite aussi « séance publique des cinq Académies », dans laquelle le président a parlé comme il suit de l'importante fondation Osiris dont l'Institut disposera désormais :

« C'est cette année que, pour la première fois, l'Institut avait à décerner le prix triennal de 100,000 fr., destiné par M. Osiris — je reproduis les termes mêmes de la donation — à récompenser « la découverte ou l'œuvre la plus remarquable dans les sciences, dans les lettres, dans les arts, dans l'industrie et généralement dans tout ce qui touche à l'intérêt public ». Dans la suite de cet acte, M. Osiris signale particulièrement à l'attention de l'Institut, parmi les découvertes qui peuvent être appelées à bénéficier de cet honneur, « celles qui relèvent de la science chirurgicale ou médicale et qui apporteraient à l'humanité la guérison ou le soulagement sûrement efficace de maladies aujourd'hui sans remède, ou qui seraient un acheminement vers le moyen de prévenir le mal ou de le guérir ».

» Dans ces conditions, l'Institut, il y a quelques années, n'aurait pas eu longtemps à réfléchir. D'une voix unanime et par acclamation, il aurait offert ce prix, comme un faible témoignage de la reconnaissance nationale, au grand Pasteur. Celui-ci ayant été ravi à notre affection et à notre admiration, il a cru tout à la fois se conformer aux intentions du donateur et faire acte de justice en attribuant cette haute récompense à l'un des plus anciens et des plus fidèles collaborateurs de Pasteur, à notre confrère le docteur Roux, pour l'ensemble de ses travaux et particulièrement pour le service qu'il a rendu à l'humanité en fixant, avec une précision absolue, les méthodes à suivre pour combattre la diphtérie par le traitement sérothérapique. Lorsque, après quelques hésitations qui témoignent des scrupules de sa conscience, M. Roux a consenti à ramasser cette couronne que nous déposions à son adresse sur le cercueil de son maître, il a agi comme son maître l'aurait certainement fait en pareille occurrence. Par une lettre que je voudrais pouvoir vous lire, il nous a prévenus que le montant total du prix serait transmis par lui à l'Institut Pasteur, pour y être employé à de nouvelles recherches et à de nouvelles découvertes. »

NÉCROLOGIE

M. le docteur P. Lemaistre, ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Limoges, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Cézilly, fondateur du *Concours médical*. — M. le docteur O. Nasse, ancien professeur de pharmacologie et de chimie médicale à la Faculté de médecine de Rostock. — MM. les docteurs Vladimir Brodowski, ancien professeur d'anatomie pathologique, et Adam Glisczynski, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur Robert John Garden, lecteur de dermatologie à l'Université d'Aberdeen. — M. le docteur J. B. Johnson, ancien professeur de médecine au St. Louis Medical College.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bunting (C. H.). Primary sarcoma of the spleen, with metastases. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Ciechanowski (S.). Anatomical researches on the so-called « prostatic hypertrophy » and allied processes in the bladder and kidneys. (Trad. du polonais par Robert Holmes Greene.) In-8°, 175 p. New York.

Flatau (E.), **Jacobsohn** (L.) et **Minor** (L.). Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems. 5e partie. In-8°, p. 1281 à 1564, avec fig. et planches. Berlin. — Manuel d'anatomie pathologique du système nerveux.

Haim (E.). Ueber Knochenveränderungen bei akutem Gelenkrheumatismus im Röntgenbilde. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 8.) — Des lésions osseuses dans le rhumatisme articulaire aigu, constatées à l'aide de la radiographie.

Lazarus-Barlow (W. S.). The elements of pathological anatomy and histology. In-8°, 705 p. Londres.

Rubesch (R.). Umfängliches Fibrom des Nervus vagus dexter bei Fibromatosis nervorum. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 sept.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bracci (C.). Ricerche sulla fissazione dei sali di calcio nel polmone del coniglio; nota preventiva. (*Clinica moderna*, 23 sept.) — La fixation des sels de chaux dans le poumon du lapin.

Capaldi (A.). Ricerche sperimentali su l'infezione dell'utero in seguito a coprostasi. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, août.)

Cozzolino (O.). Deformazioni dello scheletro degli arti nei giovani conigli in seguito all'ablazione del timo; nota preventiva. (*Pediatria*, sept.) — Déformations osseuses des extrémités chez les jeunes lapins à la suite de l'ablation du thymus.

Ghedini (G.). Ricerche intorno ad alcuni estratti organici; comunicazione preventiva. (*Riforma med.*, 15 juillet.)

Nicolas (J.) et **Dumoulin** (L.-E. et F.). Influence de la splénectomie sur la sécrétion urinaire chez le chien. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Petrone (G. A.) et **Bagalà** (A.). Le modificazioni della milza e del timo in alcune anemie sperimentali. (*Pediatria*, août.) — Les modifications de la rate et du thymus dans certaines anémies expérimentales.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Boldyrev (V.). Essai d'immunisation de l'homme au moyen de la toxine diphtérique et immunisation active en général (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 sept.)

Bunting (C. H.). The effects of lymphotoxins and myelotoxins on the leucocytes of the blood and on the blood forming organs. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.) — Les effets des lymphotoxines et des myélotoxines sur les leucocytes du sang et sur les organes hématopoiétiques.

De Renzi (E.) et **Boeri** (G.). Das Netz als Schutzorgan. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 août.) — L'épiploon en tant qu'organe de défense.

Ehrlich. Ueber die Giftcomponenten des Diphtherie-Toxins. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 août, 7 et 14 sept.)

Flexner (S.) et **Noguchi** (H.). On the plurality of cytolysins in snake venom. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.) — Pluralité des cytolysines dans le venin de serpents.

Halpern (M.). Zur Frage der Stickstoffverteilung im Harn in pathologischen Zuständen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.) — Répartition de l'azote dans l'urine à l'état pathologique.

Ott (A.). Zur Kenntnis des Stoffwechsels der Mineralbestandteile beim Phthisiker. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.) — Contribution à l'étude des échanges minéraux chez le phtisique.

Rosenthal (A.). Fettbildung in normalen und pathologischen Organen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.) — Production de la graisse dans les organes sains ou malades.

Schwarzkopf (E.). Ueber die Bedeutung von Infektion, Heredität und Disposition für die Entstehung der Lungentuberkulose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.) — Signification de l'infection, de l'hérédité et de la prédisposition dans la pathogénie de la tuberculose pulmonaire.

Vaughan (V. C.) et **Novy** (F. S.). Cellular toxins, or the chemical factors in the causation of disease. 4e éd. In-8°, 495 p. Londres.

MÉDECINE

Aubert (V.) et **Bruneau** (A.). Anomalies artérielles : brides intravasculaires; considérations embryogéniques et pathologiques. (*Rev. de méd.*, oct.)

Kurpjuweit (O.). Zur Diagnose von Knochenmarkmetastasen bei malignen Tumoren aus dem Blutbefunde (über myeloide Umwandlung der Milz, Leber und Lymphdrüsen). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 5-6.) — Diagnostic hématologique des métastases dans la moelle osseuse en cas de tumeurs malignes (réaction myéloïde de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques).

McCaskey (G. W.). Weakness and dilatation of the heart in chronic nutritional disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juillet.) — Faiblesse et dilatation du cœur dans les maladies chroniques de nutrition.

Opie (E. L.). Disease of the pancreas : its cause and nature. In-8°, 359 p. Philadelphie.

Pic (A.) et **Bombes de Villiers** (M.). Spondylose rhizomélique et tuberculose. (*Lyon méd.*, 4 oct.)

Salomon (H.). Zur Diagnose des Magencarcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 juillet.) — Diagnostic du cancer de l'estomac.

Shaw (H. B.). An anomalous case of myxœdema. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

Stein (B.). Ein Fall von chronischem Magengeschwür mit starker Blutung, circumscripter Peritonitis und doppelter Perforation in Darm und Harnwege. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 sept.) — Un cas d'ulcère chronique de l'estomac avec hémorrhagie abondante, péritonite circonscrite et perforation double dans l'intestin et dans les voies urinaires.

MALADIES INFECTIEUSES

Hall (J. N.) et **Cooper** (C. E.). Typhoid fever in Colorado; a report of 529 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juillet.)

Harbin (R. M.). A clinical observation of 90 cases of typhoid fever with 4 deaths, with special reference to therapeutic fasting. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juillet.) — 90 cas de fièvre typhoïde avec 4 décès; la diète comme moyen de traitement.

Harris (H. F.). Pathology and clinical history of amebic dysentery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 août.)

Mason (Ch. F.). Bacillary dysentery (Shiga). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.)

Minella (F.). Epidemia di ileo-tifo. (*Gazz. degli Osped.*, 20 sept.)

Neumann (T.). Bidrag til belysning af temperaturforholdene hos tuberkulöse efter lette legemsanstrengelser. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.) — Contribution à l'étude de la température chez les tuberculeux après de légers efforts corporels.

Porteous (J. L.). Hybrid malaria. (*Med. Record*, 25 juillet.)

Régnault (J.). Toxines pyrétogènes dans le paludisme. (*Rev. de méd.*, sept.)

Roberts (L.). Some observations on smallpox. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.) — A propos de la variole.

Rossi (G.). Di un caso di varicella e concomitante monoplegia brachiale destra. (*Gazz. degli Osped.*, 20 sept.)

Terni (C.). Studien über die Pest; 1. Teil. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 1.)

Turié (F.). Considérations sur les faits urologiques observés pendant l'épidémie de fièvre jaune de Cayenne en 1902. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Josefson (A.). Studier öfver akromegali och hypofystumorer. (*Thèse de Stockholm.*)

Kaplan (J.). Zur Frage des « Corneo-mandibularreflexes ». (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.)

Maggiolo (A. C.). Meralgia parestésica. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Maxwell (J.). Les phénomènes psychiques (recherches; observations; méthodes). In-8°, 319 p.

Migliacci (G.). Del gozzo esoftalmico. (*Gazz. degli Osped.*, 6 sept.) — Le goitre exophtalmique.

Mills (Ch. K.) et **Spiller** (W. G.). A case of progressively developing hemiplegia, later becoming triplegia, resulting from primary degeneration of the pyramidal tracts. (*Journ. of Nervous and Mental Disease*, juillet.)

Mirallié (Ch.). Poliomyélites antérieures et névrites périphériques (neuronites motrices inférieures); diagnostic différentiel. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 oct.)

Rodman (J.). Exophthalmic goitre. (*Amer. Practitioner and News*, 1er juillet.)

Schink (K.). Ein Fall von Akromegalie. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 sept.)

Schwarz (E.). Zur Differenzial-Diagnose der intra- und extrapontinen Erkrankungen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Diagnostic différentiel des lésions intra et extra-protubérantielles.

Simerka (C.). Tussis hysterica. (*Casopis lékaru ceskych*, 15 août.)

Steinert (H.). Zwei Fälle von Ponserkrankung. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 sept.) — 2 cas de lésion de la protubérance.

Tuma (J.). Parallela dvou pripadu ticu; tic svalu sijovych, oblicejovych a malych svalu rucnich; Brissauduv torticolis mental. (*Casopis lékaru ceskych*, 15 août.) — Tic des muscles du cou, de la face et des petits muscles de la main; torticolis mental.

Véliamovitch (V.). Formes larvées du ramollissement du cervelet (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 17.)

Vitek (V.). Primarni tonicka krec oblicejová s vlnenim svalovym. (*Casopis lékaru ceskych*, 29 août.) — Myokymie.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Balzer (F.) et **Fouquet** (Ch.). Sphacèle de l'extrémité du nez dans un cas de syphilis tertiaire accompagné de la maladie de Raynaud. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, août-sept.)

Bärmann (G.). Ueber die Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er oct.) — Pathogénie de l'épididymite blennorrhagique et essais de traitement par la ponction.

Beurmann (de) et **Ramond**. Abcès sous-cutanés multiples d'origine mycosique. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, août-sept.)

Bureau (G.). Le pityriasis rosé de Gibert. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 oct.)

Dalous (E.). Histologie du lichen chronique circonscrit (neurodermite circonscrite). (*Ann. de dermatol. et de syph.*, août-sept.)

Philippson (L.). Ueber die Pathogenese des Lupus und ihre Bedeutung für die Behandlung desselben. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 1.) — La pathogénie du lupus et sa signification au point de vue thérapeutique.

Reynaud (G.). Un cas de pian chez une Européenne. (*Marseille méd.*, 15 sept.)

Sack (A.). Ein Fall von allgemeiner Lymphstauung der Haut (Stauungsödem) nach Vereiterung des grössten Teils der regionären Lymphdrüsen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 sept.) — Un cas de stase lymphatique générale de la peau à la suite de la suppuration de la plupart des ganglions lymphatiques des régions superficielles.

Samberger (F.). Zur Pathogenese der syphilitischen Anämie und des syphilitischen Ikterus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 1.)

Schuster. Beitrag zur Herzsyphilis, insbesondere in Verbindung mit Tabes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 oct.) — Contribution à l'étude de la syphilis du cœur, surtout dans son association avec le tabes.

Schwenter-Trachsler (J.). Ein Beitrag zur Ekzemfrage: durch Depigmentieren der ekzematös erkrankten Haare und Darstellen der darauf befindlichen Mikroorganismen, sowie der durch sie verursachten Läsionen der Haare. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.) — Contribution à l'étude de l'eczéma: dépigmentation des poils malades et mise en évidence des microorganismes se trouvant sur ces poils, ainsi que des lésions qu'ils provoquent.

Thiroux. Lésions ainhiques dans un cas de lèpre authentique (présence du bacille de Hansen dans le mucus nasal). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Touche. Pseudo-psoriasis séborrhéique dans le lymphatisme floride. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 sept.)

Weiss (L.). Pityriasis rosea, an erythematous eruption of internal origin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 juillet.)

Winkler (M.). Beiträge zur Kenntnis der benignen Tumoren der Haut [Naevi cystepitheliomatosi (Syringome) und multiple symmetrische Gesichtsnaevi]. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 1.) — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de la peau.

Zangger (Th.). Zur Kasuistik der toxischen scarlatiniformen Exantheme. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er sept.)

CHIRURGIE

Aronson (E. A.). Esophagoscopy. (*Med. News*, 29 août.)

Baldassari (L.) et **Gardini** (A.). Contributo sperimentale alla chirurgia della cistifellea; resezione e plastica. (*Riforma med.*, 5 août.) — Contribution expérimentale à la chirurgie de la vésicule biliaire.

Bender (O.). Beiträge zur Geschwulstlehre. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 3-4.) — Contribution à l'étude des tumeurs.

Bickham (W. S.). Text-book of operative surgery. In-8°, 988 p. Londres.

Blecher. Ueber Cholesteatome (Epidermoide) der Schädelknochen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 3-4.) — Cholestéatomes des os du crâne.

Börner (E.). Klinische und pathologisch anatomische Beiträge zur Lehre von den Gelenkmäusen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 3-4.) — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des corps libres intra-articulaires.

Broca (A.) et **Tridon** (P.). Ostéomyélite des nacriers. (*Rev. de chir.*, oct.)

Cossmann. Azetonvergiftung nach Anlegung eines Zelluloid-Mullverbandes. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 sept.) — Intoxication par l'acétone après application d'un appareil en celluloïd et en tarlatane.

Cottam (G.). Some phases of cranial surgery. (*Med. News*, 15 août.)

Delagénière (H.). Hépaticotomie pour calculs; extraction de deux calculs du canal hépatique; suture du canal et drainage par les voies biliaires accessoires; guérison. (*Arch. provinc. de chir.*, avril.)

Denis (C.). Deux cas d'appendicite herniaire. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 oct.)

Finkelstein (B.). Traitement opératoire des blessures par armes à feu de la cavité abdominale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 sept.)

Hofmann (M.). Ein seltener Fall von zweisitzigem Strangulationsileus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 oct.) — Un cas rare d'iléus double par étranglement.

Johnson (R. W.). Method of retaining ends of fractured bones in apposition during fixation by plaster-of-Paris dressing. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Un procédé pour assurer la coaptation des fragments pendant l'application des appareils inamovibles.

Kayser (F.). Ueber primäre Schädelplastik durch Verlagerung reimplantierter Schädelbruchstücke zwischen die Lamellen der Schädelkapsel, nebst kasuistischen und klinischen Bemerkungen zur Schädel- und Gehirnchirurgie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 3-4.) — L'autoplastie primitive du crâne par réimplantation des fragments entre les lamelles de la boîte crânienne.

Koch (W.). Arbeiten der chirurgischen Universitätsklinik Dorpat. T. V, 1re partie. In-8°, 135 p. avec fig. Dorpat.

Kuhn (F.). Austreibung von Gallensteinen durch Spülung. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 sept.) — Expulsion de calculs biliaires par lavage [des voies biliaires].

Morison (R.). A case of ascites due to liver cirrhosis treated by operation. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Moty. Appendicite et tuberculose. (*Echo méd. du Nord*, 11 oct.)

Oliver (J. H.). Apendicitis supurada á foco extra-peritoneal retro-cólico. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Owens (J. E.). Fractures of the vertebræ. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Pichler (K.). Ein Fall von Haemangioma hepatis; Heilung durch Exstirpation. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 8.)

Pilcher (L. S.). Operative possibilities in cases of advanced carcinoma of the breast. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Possibilité d'intervention opératoire dans les cas de cancer avancé du sein.

Porter (M. F.). Closure of wounds. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.) — Occlusion des plaies.

Powers (Ch. A.). Congenital dislocations of the radius. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 juillet.)

Quervain (F. de). Zur Frage der retroduodenalen Choledochotomie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 3 oct.)

Reinitz. Kasuistischer Beitrag zur Verrenkung des Kniegelenks (Luxatio tibiae anterior). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.)

Reiss (O.). Beiträge zur Chirurgie der Bruchincarcerationen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 20 et 27 sept.) — Contribution à la chirurgie des hernies étranglées.

Rosanov (V.). L'intervention chirurgicale dans les traumatismes du foie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 17.)

Rose (E.). Die Heilbarkeit der progressiven totalen Knochenatrophie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 sept.) — La curabilité de l'atrophie totale progressive du tissu osseux.

Rotter (J.). Zur Colopexie bei Prolapsus recti (die extraperitoneale Fixation des Darmes). (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 août.)

Savelli (E.). Angina di Ludwig. (*Pratica del medico*, sept.)

Schloffer (H.). Ueber die Beziehungen der modernen Chirurgie zur inneren Medicin. (*Prag. med. Wochensch.*, 17 et 24 sept. et 1er oct.) — Sur les rapports de la chirurgie moderne avec la médecine interne.

Schmieden (V.). Beitrag zur Kenntnis der Osteomalacia chronica deformans hypertrophica (Paget). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.)

Schulz (J.). Eine seltene Fingerverletzung. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, sept.) — Traumatisme rare des doigts.

Sheldon (J. G.). Dislocation of the outer end of the clavicle. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Luxation de l'extrémité externe de la clavicule.

Stamm (M.). Resection of the left pelvis for osteosarcoma. (*Med. News*, 8 août.)

Stangl (E.). Ein Fall von Urachusfistel bei einem Erwachsenen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er oct.) — Fistule de l'ouraque chez un adulte.

Stevenson (W. C.). A case of neurectomy of the sciatic nerve. (*Journ. of the Royal Army Med. Corps*, juillet.)

Stolz (M.). Zur Skopolamin-Morphinnarkose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 oct.)

Summers (J. E.). Varix of the inferior mesenteric vein complicated by chronic ulcerative colitis; operations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 juillet.)

Toms (S. W.). Hernia. (*Med. News*, 1er août.)

Vogel (K.). Zur Therapie der Sarkome der langen Röhrenknochen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Contribution au traitement des sarcomes des os longs.

Wieting et **Raif Effendi**. Zur Tuberkulose der knöchernen Schädeldecke. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Tuberculose de la calotte osseuse du crâne.

Witherspoon (T. C.). Report on operative treatment of Graves' disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juillet.)

UROLOGIE

Anzilotti (G.) et **Fabrini** (F.). Contributo sperimentale allo studio anatomo-patologico e fisio-patologico dell'idro-nefrosi ed idro-pionefrosi. In-8°, 96 p. avec fig. Pise.

Bazet (L.). Indications and counter-indications for prostatectomy. (*Med. News*, 29 août.)

Guyon (J.-C.-F.). Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires (sémiologie; diagnostic; pathologie et thérapeutique générales), 4e éd. 3 vol. In-8°, 1892 p. avec fig. et planches.

Hartley (F.). Extirpation of the urinary bladder. (*Med. News*, 29 août.) — Extirpation de la vessie.

Keyes (E. L.). The surgical diseases of the genito-urinary organs. 3e éd. In-8°, 827 p. avec fig. Londres.

Natale (N.). Un caso di anuria durata 27 giorni. (*Gazz. degli Osped.*, 11 oct.)

OPHTALMOLOGIE

Darier (A.). Ocular therapeutics according to the most recent discoveries. (Trad. du français par S. Stephenson.) In-8°, 278 p. Londres.

Fromaget (C.) et **Ginestous** (E.). Sur deux cas de tumeurs de l'œil. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 sept.)

Swanzy (H. R.). A handbook of the diseases of the eye and their treatment. 8e éd. In-8°, 698 p. avec fig. Londres. — Traité d'ophtalmologie.

Watson (Ch.). Practical handbook of the diseases of the eye. 2e éd. In-8°, 276 p. avec fig. et planches. Londres. — Manuel d'ophtalmologie.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Baisch (K.). Die Prophylaxe der postoperativen Cystitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 sept.)

Christiani (A.). Zur Therapie des Abortes. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 3 oct.)

Delore (X.). De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations gynécologiques. (*Rev. de chir.*, oct.)

Fellenberg (R. von). Strumektomie als Notoperation in der Schwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 oct.) — Strumectomie en tant qu'opération d'urgence pendant la grossesse.

Gallatia. Ein seltener Fall einer Spontanheilung einer Blasen-Cervixfistel, sowie ein Jahr darauf erfolgter Uterusruptur bei neuerlich eingetretener Schwangerschaft; Heilung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 oct.) — Un cas rare de guérison spontanée d'une fistule vésico-cervicale; rupture de l'utérus survenue un an après, à l'occasion d'une nouvelle grossesse; guérison.

Gersuny (R.). Die Septumnaht bei Prolapsoperationen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er oct.) — La suture de la cloison [recto ou vésico-vaginale] dans les opérations pour prolapsus.

Goelet (A. H.). The palliative treatment of fibroid tumors of the uterus. (*Med. News*, 8 août.)

Jambon. Recherches sur les injections épidurales de cocaïne en obstétrique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 3.)

Jardine (R.). Clinical obstetrics. In-8°, 657 p. avec fig. Londres.

König (R.). Eklampsie, enorme Placenta. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 oct.)

Küstner (O.). Einheilen von Netzpartieen in die Uterushöhle nach Perforation mit der Curette, mit Bemerkungen über Vermeidung und Therapie der Curettenperforation überhaupt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Inclusion de parties de l'épiploon dans la cavité utérine après perforation par la curette; remarques sur la prévention et le traitement de ce genre de perforation.

Liell (E. N.). Observations on 18 abdominal sections, performed within the past year, including the successful removal of an ovarian cystoma weighing 72 pounds. (*Med. News*, 29 août.) — 18 laparotomies, y compris une extirpation d'un kyste de l'ovaire pesant 72 livres.

Nassauer (M.). Zur Behandlung des Abortus. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 sept.) — Traitement de l'avortement.

Opitz (E.). Zur Biochemie der Schwangerschaft. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 août.) — Contribution à la biochimie de la grossesse.

Patton (S. de). Valeur diagnostique de l'hyperleucocytose dans les affections inflammatoires de l'appareil génital de la femme. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

Richter (W. P.). Ein Beitrag zur Frage des (« einfachen ») Trichterbeckens. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 oct.) — Contribution à l'étude du bassin en entonnoir.

Rosenfeld (S.). De l'hystérectomie vaginale antérieure (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 juillet.)

Sereni (S.). Parotidite bilaterale e polmonite crupale in una malarica gravida. (*Policlinico*, 26 sept.)

Sighinolfi (G.). Distocia fetale per presentazione di spalla C.I.D., con procidenza d'arto in parto gemellare. (*Gazz. degli Osped.*, 13 sept.) — Dystocie fœtale par présentation de l'épaule avec procidence d'un membre dans l'accouchement gémellaire.

Spinetti (G.). Cisti del legamento rotondo; osservazioni cliniche e reperto anatomo-patologico. (*Incurabili*, 1er-15 sept.)

Valenta (A. von). Beitrag zum Kaiserschnitt; 6 Fälle mit günstigem Ausgang. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 oct.) — 6 cas d'opération césarienne avec issue favorable.

Vineberg (H. N.). The treatment of puerperal sepsis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Webster (J. C.). Text-book of obstetrics. In-8°, 768 p. avec fig. Londres.

Willard (W. G.). A case of pregnancy in a dwarf weighing 39 pounds; abdominal hysterectomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — Un cas de grossesse chez une naine.

Williams (J. W.). Obstetrics. In-8°, 845 p. avec fig. et planches. Londres.

Winckel (F. von). Handbuch der Geburtshülfe. T. Ier, 1re partie. In-8°, 657 p. avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Traité d'obstétrique.

Windisch-Oedön. 4 Fälle von Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 oct.)

PÉDIATRIE

Courtin (J.). Péritonite à staphylocoques chez une enfant de cinq ans. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 sept.)

Cozzolino (O.). Per la patogenesi degli edemi nel neonato; contributo alla conoscenza dei disturbi nei lattanti allevati al seno di donna albuminurica. (*Pediatria*, sept.)

Dalsjö (O.). Ett fall af laaggradigt infantilt myxödem med utbredd psoriasis. (*Hygiea*, oct.)

D'Auria (S.). La reazione del Nersess-Umikoff sul latte di donna. (*Morgagni*, sept.)

Koplik (H.). The diseases of infancy and childhood. In-8°, 675 p. avec fig. Londres. — Les maladies de l'enfance.

Morse (J. L.). Fetal, congenital and infantile typhoid. (*Med. News*, 1er août.)

Orefice (E.). Intorno alla etiologia del colera infantile; nota preventiva. (*Pediatria*, sept.)

Paffenholz. Beitrag zur Kenntnis der Nahrungsmengen natürlich ernährter Säuglinge. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 1-2.) — Contribution à l'étude des quantités de lait absorbé par les nourrissons allaités au sein.

Pfister (H.). Teilwägungen kindlicher Gehirne. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 3-4.) — Pesées partielles de cerveaux d'enfants.

Piéchaud. A propos de la paralysie infantile. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er oct.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bukofzer (M.). Die Reaktion der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut auf Nebennierenextrakt (Adrenalin). (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 oct.) — La réaction des muqueuses du nez et du larynx sous l'influence de l'extrait surrénal (adrénaline).

Dempel (M.). Ueber einen Fall von Wiederherstellung der Stimme nach Exstirpation eines unter den Stimmbändern sitzenden Fibroms bei Tuberkulose des Kehlkopfes. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 12 oct.) — Rétablissement de la voix après extirpation d'un fibrome siégeant sous les cordes vocales, dans un cas de tuberculose laryngée.

Grimaldi (A.). Su di un raro caso di nevrosi riflessa olfattiva. (*Nuovo raccoglitore med.*, août.)

Heine (B.). Circumscripte Gangrän der Dura und subduraler Abszess in der hinteren Schädelgrube in Folge chronischer Mittelohreiterung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er oct.) — Gangrène circonscrite de la dure-mère et abcès sous-dure-mérien dans la fosse crânienne postérieure, consécutifs à une otite moyenne purulente.

Musehold (A.). Behandlung der Schwerhörigkeit mit Luftwellen der Sirene. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — Traitement de la dysacousie par les ondes d'air de la sirène.

Somers (L. S.). The effect of erysipelas upon atrophic rhinitis. (*Med. News*, 29 août.)

Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft auf der 12. Versammlung in Wiesbaden am 29. und 30. Mai 1903. In-8°, 158 p. avec fig. Iéna. — Compte rendu du douzième Congrès de la Société allemande d'otologie, tenu à Wiesbaden en 1903.

HYGIÈNE

Heim (L.). Lehrbuch der Hygiene. In-8°, 363 p. avec fig. Stuttgart.

Jensen (C. O.). Grundriss der Milchkunde und Milchhygiene. In-8°, 228 p. avec fig. Stuttgart. — Précis de nos connaissances sur le lait et sur les questions d'hygiène qui s'y rattachent.

Poore (G. V.). Essays on rural hygiene. 3e éd. In-8°, 434 p. avec fig. Londres.

Rosenau (M. J.) et **Allan** (F. J.). A practical guide to disinfection. In-8°, 447 p. Londres.

Threst (J. C.). Simple method of water analysis. 4e éd. In-12, 64 p. Londres.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Diatroptov (P.). Contribution au diagnostic différentiel entre le sang de l'homme et celui des animaux dans la pratique médico-légale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 sept.)

Ferrai (C.). Sulla diagnosi specifica del sangue col metodo biologico in medicina legale. (*Boll. dell'Accad. med. di Genova*, XVIII, 1.)

Gönner (A.). Die Berechtigung des künstlichen Abortes und der Perforation des lebenden Kindes, sowie die Möglichkeit von Konflikten mit dem Strafgesetz wegen Ausführung dieser Eingriffe. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 août.) — La justification de l'avortement provoqué et de la perforation de l'enfant vivant, et la possibilité de conflits avec la loi pénale au sujet de l'exécution de ces opérations.

Lacassagne (A.). Affaire Tarbé des Sablons (asphyxie par l'oxyde de carbone); étude médico-légale d'une question de survie. (*Arch. d'anthropol. crim.*, juillet.)

Levi-Bianchini (M.). Nel Centro dell'Africa; perizia medico-legale in un caso di supposto avvelenamento. (*Riv. di psichiatria forense*, août.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Buxbaum (B.). Zur Therapie des Morbus Basedowii. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, août.)

Cushny (A. R.). Text-book of pharmacology. 3e éd. In-8°, 756 p. Londres.

Hooker (J. D.). A case of snakebite treated with adrenalin chloride. (*Texas Med. Journ.*, sept.) — Un cas de morsure de serpent traitée par le chlorhydrate d'adrénaline.

Lyon (G.) et **Loiseau** (P.). Formulaire thérapeutique. 2e éd. In-18, 735 p.

Melocchi (F.). Le cure d'uva. In-12, 40 p. Sondrio. — La cure de raisin.

Monier (M.). Eine rationelle Methode gegen die Tuberkulose (Zomotherapie, Luftkur, rationelle Ueberernährung). (*Deutsche Med.-Ztg.*, 21 sept.) — Une méthode rationnelle de traitement de la tuberculose (zomothérapie, cure d'air, suralimentation rationnelle).

Murphy (J. B.). Trigeminal neuralgia treated by intraneural injections of osmic acid. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 août.)

Nazareno (P.). Contributo alla cura della peritonite tubercolare con le iniezioni iodiche alla Durante. (*Gazz. degli Osped.*, 27 sept.)

Ransome (A.). Principles of « open-air » treatment of phthisis and of sanatorium construction. In-8°, 114 p. Londres.

Rienzo (R.). L'opoterapia e le sue applicazioni. (*Incurabili*, 1er-15 août.)

Sommer (E.). Ueber die unmittelbare und Dauerwirkung der Licht-und Wärmestrahlung auf die Hauttemperatur. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 oct.) — Effets immédiats et durables du rayonnement lumineux et calorifique sur la température cutanée.

Tabora (von). Ueber die therapeutische Verwendung des Chlorbaryums. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 sept.)

Tyjnenko (A.). Les compresses imbibées d'alcool dans le traitement de la pérityphlite (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

Willard (De Forest). Sunshine and fresh air *vs.* the Finsen ultra-violet rays and the Röntgen rays in tuberculosis of the joints and bones. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 juillet.) — La supériorité de la lumière solaire et de la cure d'air sur la photothérapie de Finsen et sur la radiothérapie dans la tuberculose des articulations et des os.

Zorzi (O.). Il vecchio metodo Moncorvo nella cura della pertosse. (*Pediatria*, sept.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bordier (H.). Paralysie de la langue et du voile du palais; traitement électrique; guérison. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Frankenhäuser (F.). Untersuchungen über die Eigenart der Glühlichtbäder. (*Monatssch. f. orthopäd. Chir.*, sept.) — Recherches sur l'action spéciale des bains de lumière incandescente.

Huet (W. G.). Bijdrage tot de kennis der electro-diagnostiek. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 oct.)

La Vecchia (L.). Note storiche di fototerapia. In-8°, 22 p. Palerme.

Leduc (S.). Influence de l'ion zinc sur la pousse des poils. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Maag (P.). Ueber den Einfluss des Lichtes auf den Menschen und den gegenwärtigen Stand der Freilichtbehandlung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 sept. et 1er oct.) — Influence de la lumière sur l'homme et état actuel de la photothérapie.

Santoro (A.). La radioterapia nei tumori maligni. (*Ann. di elettricità med. e terapia fisica*, juillet-août.)

Schiff (E.). Eine seltene Form von Acne, durch Röntgen-Strahlen geheilt. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 sept.) — Une forme rare d'acné, guérie par les rayons de Röntgen.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Hann (J.). Handbook of climatology. Part I : General climatology. (Trad. de l'allemand par R. de Courcy Ward.) In-8°, 437 p. New York.

Keller (H.). Die physiologische Wirkung des Solbades und des kohlensäurehaltigen Solbades. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — L'action physiologique du bain salin contenant ou non de l'acide carbonique.

Lommel (F.). Ueber den Tonus der grossen Gefässe und über das Verhalten der peripher gelegenen Gefässgebiete bei lokalen Wasserprozeduren. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.) — Le tonus des gros vaisseaux et l'état des vaisseaux périphériques dans les applications hydrothérapiques locales.

Stillmark (H.). Ueber Blutdruckmessungen in der Badepraxis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 26 sept.) — Des mensurations de la pression sanguine dans la pratique balnéaire.

GÉNÉRALITÉS

Cohen (E.). Physical chemistry for physicians and biologists. (Trad. de l'allemand par M. H. Fischer.) In-8°, 352 p. Londres.

Oertel (T. E.). Medical microscopy. In-8°, 362 p. avec fig. Londres.

Posner (C.) et **Blumenthal** (P. M.). Die klinische Ausbildung der Aerzte in Russland. In-8°, 40 p. Iéna. — L'enseignement clinique des médecins en Russie.

Stanistreet (G. B.). A report upon hospital arrangements on board transports. (*Journ. of the Royal Army Med. Corps*, juillet.) — Sur les installations hospitalières à bord des navires transportant des troupes.

23e ANNEE. — N° 45. **Vingt centimes le numéro.** 11 NOVEMBRE 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Actualités médico-chirurgicales. — La spondylite infectieuse, par M. le docteur L. Cheinisse 365
Treizième congrès de la Société italienne de médecine interne (tenu à Padoue du 29 octobre au 1er novembre 1903). — L'immunité dans les maladies infectieuses 367
La vaccination antituberculeuse 367
Le quotient endothélial dans le total des éléments blancs du sang 368
Exaltation artificielle de la résistance du péritoine 368
Examen hématologique dans un cas de maladie de Werlhof 368
Le double soulèvement cardiaque 368
Sulfate de chaux dans l'urine des arthritiques 368
Lavage de la plèvre à l'oxygène dans le pneumothorax 368
Rôle protecteur de l'épiploon 368
Les spasmes de l'intestin et leur traitement 368
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — L'appendicite dans l'armée pendant ces dernières années 368
Fièvre rémittente causée par un nouveau protozoaire 369
Sur l'angine de poitrine infectieuse 369
Académie des sciences. — Le siège des convulsions épileptiformes toniques et cloniques 369
Société de chirurgie. — De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale 369
Plaie du canal thoracique 369
Du péricarde sur le cadavre et sur le vivant 369
Société médicale des hôpitaux. — Ascite cirrhotique guérie par le régime déchloruré... 369
Hémoptysies à répétition dans un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte 370
Cytologie d'un cas de pleurésie typhoïdique 370
Traitement de l'embolie artérielle des membres par le massage 370
Tatouages saturnins de la muqueuse buccale 370
Société de biologie. — L'angine de poitrine biliaire 370
Cytologie et signification des pleurésies typhoïdiques 370
La motricité du tube digestif étudiée par la radiographie 370
Sur la lithiase mammaire 371
Abcès aseptiques à répétition par injections successives d'essence de térébenthine ... 371
De la croissance comparative des fœtus mâles et femelles dans l'espèce humaine. 371
Sur l'hyperglobulie des altitudes 371
Société de dermatologie et syphiligraphie. — Varices intralymphatiques et taches érythémateuses diffuses avec œdème pseudo-éléphantiasique des membres supérieurs. 371
Inoculation humaine du favus de la souris.. 371
Parasite isolé dans un cas de langue noire. 371
Etranger : *Société de médecine berlinoise.* — Position élevée acquise de l'omoplate.... 371
La radiothérapie du cancroïde 371
Traitement abortif du chancre induré par l'air chaud 372
La vagino-fixation et les grossesses ultérieures 372
Société de médecine interne de Berlin. — Sclérose en plaques congénitale 372
Carcinome gastrique propagé à la moelle .. 372
Notes thérapeutiques. — Les injections hypodermiques d'adrénaline comme moyen de traitement des accès d'asthme 372
L'apomorphine contre l'ivresse alcoolique.. 372
Les injections sous conjonctivales de sublimé dans le traitement de l'ophtalmie blennorrhagique des adultes 372
L'emploi de la théobromine à titre d'hypnotique dans les cardiopathies artérielles... 372
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Abcès aseptiques à répétition provoqués par l'essence de térébenthine .... 371^1
Adrénaline en injections hypodermiques contre les accès d'asthme .... 372^2
Air chaud contre le chancre induré .... 372^1
Anévrysme de la crosse de l'aorte et hémoptysies à répétition .... 370^1
— faux de l'artère fémorale .... 369^1
Angine de poitrine biliaire .... 370^3
— — infectieuse .... 369^1
Apomorphine contre l'ivresse alcoolique.... 372^2
Appendicite dans l'armée pendant ces dernières années .... 368^3
Ascite cirrhotique guérie par le régime déchloruré .... 369^3
Cancroïde .... 371^3
Carcinome gastrique propagé à la moelle... 372^1
Chancre induré .... 372^1
Colibacille dans l'infection typhoïdique ...... 368^3
Convulsions épileptiformes toniques et cloniques et leur siège .... 369^1
Croissance comparée des fœtus mâles et femelles .... 371^1
Double soulèvement cardiaque .... 368^2
Embolie artérielle et massage des membres. 370^2
Epiploon et son rôle protecteur .... 368^2
Epithélioma de la face .... 371^2
Exaltation artificielle de la résistance du péritoine .... 368^1
Favus de la souris et sa propagation à l'homme .... 371^2
Fièvre rémittente causée par un nouveau protozoaire .... 369^1
Hémoptysies à répétition dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte .... 370^1
Hyperglobulie des altitudes .... 371^1
Hystérectomie subtotale et dégénérescence maligne du moignon .... 369^2
Immunité dans les maladies infectieuses.... 367^1
Individualité dans la pathogénie et l'étiologie des maladies .... 368^3
Insomnie dans les cardiopathies artérielles.. 372^3
Ivresse alcoolique .... 372^2
Langue noire et son parasite .... 371^2
Lithiase mammaire .... 371^1
Maladie de Barlow .... 370^2
— de Werlhof .... 368^2
Massage des membres contre l'embolie artérielle .... 370^2
Motricité du tube digestif étudiée par la radiographie .... 370^3
Œdème névrotrophique et vasomoteur d'origine médullaire .... 368^3
Ophtalmie blennorrhagique des adultes..... 372^3
Oxygène en injection dans la plèvre contre le pneumothorax .... 368^2
Péricarde sur le cadavre et sur le vivant.... 369^2
Péritoine et exaltation artificielle de sa résistance .... 368^1
Phagothélisme dans les exsudats .... 368^3
Plaie du canal thoracique .... 369^2
Pleurésie typhoïdique et sa cytologie. 370^1 370^3
Pneumothorax .... 368^2
Position élevée acquise de l'omoplate....... 371^3
Quotient endothélial dans le total des éléments blancs du sang .... 368^1
Radiothérapie de l'épithélioma....... 371^2 371^3
Régime déchloruré contre l'ascite cirrhotique .... 369^3
Sang dans la maladie de Werlhof .... 368^2
Sclérose en plaques congénitale .... 372^1
Spasmes de l'intestin .... 368^3
Spondylite infectieuse .... 365^1
Sublimé en injections sous-conjonctivales contre l'ophtalmie blennorrhagique des adultes .... 372^3
Sulfate de chaux dans l'urine des arthritiques .... 368^2
Tatouage saturnin de la muqueuse buccale .. 370^2
Théobromine contre l'insomnie dans les cardiopathies artérielles .... 372^3
Traitement de l'ascite cirrhotique .... 369^3
— de l'embolie artérielle .... 370^2
— de l'épithélioma de la face....... 371^2
— de l'insomnie dans les cardiopathies artérielles .... 372^3
— de l'ivresse alcoolique .... 372^2
— de l'ophtalmie blennorrhagique des adultes .... 372^3
— des accès d'asthme .... 372^2
— des spasmes de l'intestin .... 368^3
— du cancroïde .... 371^3
— du chancre induré .... 372^1
— du pneumothorax .... 368^2
Vaccination antituberculeuse .... 367^3
Vagino-fixation et grossesses ultérieures.... 372^1
Varices intralymphatiques et taches érythémateuses diffuses avec œdème pseudo-éléphantiasique des membres supérieurs.. 371^1

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur G. Specht, professeur extraordinaire de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur J. W. Langelaan est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. T. Zaaijer, décédé.

Faculté de médecine de Moscou. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires P. I. Diakonov (*chirurgie*); A. P. Goubarev (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur P. A. Walter, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur de diagnostic.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Bénichou (R.). Contribution à l'étude des névralgies faciales d'origine dentaire.

Bour (L.). Rapports de la tuberculose et de la paralysie générale.

Chauvelot (G.). Contribution à l'étude pharmacodynamique du sulfate de spartéine et des genêts.

Couronnet (P.). De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la dure-mère.

Delamare (G.). Recherches expérimentales sur l'hérédité morbide (rôle des cytolysines maternelles dans la transmission du caractère acquis).

Dinet (R.). Physiologie et pathologie de l'éducation.

Dramard (M.). De l'efficacité du collargol dans les diphtéries malignes.

Gassot (L.). Contribution à l'étude de la surdimutité consécutive à la méningite.

Godard (L.). Indications principales de la cystostomie sus-pubienne d'urgence.

Gourmand (H.). De la valeur antiseptique et des applications thérapeutiques du lusoforme.

Laurent (G.). La loi Roussel; ses résultats, ses améliorations.

Le Breton (A.). Contribution à l'histoire des névrites périphériques chez les tuberculeux (forme paralytique).

Levasseur (C.). Des amputations congénitales et des sillons congénitaux.

Lœw (P.). L'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse (type Dejerine-Thomas).

Macron (M.). Contribution à l'étude du caustique de Filhos dans les cervicites chroniques invétérées.

Mezbourian (A.). Etude des fractures sur les membres atteints de paralysie infantile.

Omiécinski (S.). Contribution à l'étude des tumeurs du lobe préfrontal.

Onfray (R.). Séméiologie des infiltrations interstitielles de la cornée chez l'adulte.

Pelletier (Madeleine). L'association des idées dans la manie aiguë et dans la débilité mentale.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bethe (A.). Allgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems. In-8°, 488 p. avec fig. et planches. Leipzig. G. Thieme.

Dwight (Th.). An hour-glass stomach observed in situ. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Estomac en sablier observé *in situ*.

Edinger (L.) et **Wallenberg** (A.). Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems in den Jahren 1901 und 1902. In-8°, 272 p. Leipzig. — Revue des travaux sur l'anatomie du système nerveux central, publiés pendant les années 1901 et 1902.

Gutmann. Ueber Schnellhärtung und Schnelleinbettung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 oct.) — Sur un procédé rapide de durcissement et d'inclusion [pour préparations histologiques].

Kienböck (R.). Ueber Varietäten des Ellbogengelenks, Patella cubiti und Processus anguli olecrani. (*Wien. med. Presse*, 12, 19 et 26 juillet.)

Laguesse (E.). A propos de cartilage. (*Echo méd. du Nord*, 11 oct.)

Luzzatto (A. M.). Sulla colorazione a fresco della cellula nervosa. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 2.)

Petraroja (L.). Le arterie raggiate del rene ed i sistemi arteriosi da esse forniti. In-8°, 42 p. avec fig. Naples.

Rockwell (W. H.). Anatomy. In-8°, 620 p. avec fig. Londres.

Sacerdotti (C.). Sugli eritrociti dei mammiferi colorabili a fresco con l'azzurro di metilene; ricerche sperimentali. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 2.)

Sterling (W.). O osrodkach korowych miesni ocznych. (*Gaz. lekarska*, 11, 18 et 25 juillet et 1er août.) — Des centres corticaux correspondant aux muscles du globe de l'œil.

Unna (P. G.). Neue Tatsachen aus der feineren Anatomie der Oberhaut. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 10 sept.) — Nouveaux faits d'anatomie fine de l'épiderme.

PHYSIOLOGIE

Basch (K.). Ueber Ausschaltung der Thymusdrüse; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 juillet.) — De l'exclusion du thymus.

Bendix (E.) et **Dreger** (K.). Die Ausnutzung der Pentosen im Hunger. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.) — L'utilisation des pentoses pendant le jeûne.

Bertrand (G.). Emploi de la bombe calorimétrique de M. Berthelot pour démontrer l'existence de l'arsenic dans l'organisme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Dubois (Ch.). Influence du chloral sur la sécrétion biliaire. (*Echo méd. du Nord*, 25 oct.)

Krüger (M.). Ueber die Umwandlung der Purinkörper im Organismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 oct.) — Les métamorphoses des purines dans l'organisme.

Parsons (J. H.). The ocular circulation. In-8°, 76 p. Londres.

Poggi (G.). Influenza del calore sul potere regolatore della temperatura animale; indagini sperimentali e considerazioni cliniche. (*Morgagni*, août et sept.)

Sieber (Mme N.) et **Schoumoff-Simanowskaja** (Mme E.). De l'action de l'érepsine et du suc intestinal sur les toxines et sur l'abrine. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 1.)

Urso (G.). La fisiologia del corpo tiroide nell'ultimo ventennio. (*Gazz. degli Osped.*, 13 sept.) — La physiologie du corps thyroïde dans ces vingt dernières années.

Webster (R. W.) et **Koch** (W.). Laboratory manual of physiological chemistry. In-8°, 114 p. avec fig. Londres.

Zunz (E.). Nouvelles recherches sur la digestion de la viande dans l'estomac et dans la première portion de l'intestin grêle chez le chien. (*Ann. de la Soc. royale des scienc. méd. et natur. de Bruxelles*, XII, 3.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Creite. Zur Pathogenese der Epilepsie (multiple Angiome des Gehirns mit Ossifikation). (*Münch. med. Wochensch.*, 13 oct.)

Einhorn (M.). Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Histologie der Magenschleimhaut in pathologischen Zuständen dieses Organs. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 oct.) — Nouvelle contribution à l'étude de l'histologie pathologique de la muqueuse stomacale.

Guleke (N.). Zur Frage des Verhaltens der Nebennieren bei kongenitaler Syphilis. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 3.) — L'état des capsules surrénales dans la syphilis congénitale.

Hansemann (von). Ueber Malakoplakie der Harnblase. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 2.) — « Malakoplakie » de la vessie.

Lichtwitz (L.). Ueber einen Fall von Sarkom der Dura mater und über dessen Beziehungen zu einem vorangegangenen Trauma. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 2.) — Un cas de sarcome de la dure-mère et ses rapports avec un traumatisme antérieur.

Malatesta (R.). Ricerche sulle alterazioni dei vasi cerebrali negli apoplettici. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 2.)

Marasco (D.). Stenosi del dotto epatico per iperplasia connettivale delle sue pareti. (*Incurabili*, 1er-15 août.)

Meyer (E.). Ueber Entwicklungsstörungen der Niere. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 2.) — Les troubles dans le développement des reins.

Pick (L.). Zur Histogenese des Chorioepithelioms. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 sept.)

Rohn (A.). Ueber Divertikel- und Cystenbildung am Pericard. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 sept.) — Formation de diverticules et de kystes au niveau du péricarde.

Scaffidi (V.). Ueber die Histogenese des Netzhautglioms. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 2.) — L'histogenèse du gliome de la rétine.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Ferrannini (L.). Ueber experimentelle Aorteninsufficienz; die zeitlichen Beziehungen zwischen Geräusch und zweitem Ton bei Aorteninsufficienz. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 8.) — Insuffisance aortique expérimentale; rapports de temps entre le souffle et le second bruit dans l'insuffisance aortique.

Pearce (R. M.). An experimental study of nephrotoxins. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Pedrazzini (F.). L'immunizzazione ed i prodotti secondari della tubercolosi. (*Giorn. della reale Soc. ital. d'igiene*, sept.)

Petrone (G. A.) et **Ammendola** (G.). L'azione antitossica del fegato studiata *in vitro* in animali giovani e adulti e sue relazioni colla quantità di glicogeno epatico; ricerche sperimentali. (*Pediatria*, sept.)

Umber (F.). Ueber Abänderung chemischer Eigenart durch partiellen Eiweissabbau im Körper. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 sept.) — Modification de la spécificité chimique par consommation partielle [artificielle] d'albumine dans l'organisme.

Yates (J. L.). Notes on the experimental production of specific cytolysins for the adrenal, thyroid and parathyroid glands of dogs. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ceconi (A.). Dell'alcalescenza del sangue considerata secondo le nuove vedute e i nuovi metodi di ricerca. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 3.)

Dzierzgowski (S.). O stosunku wlasnosci antytoksycznych krwi do zjawisk ogólnych odpornosci zwierzat wzgledem blonicy. (*Gaz. lekarska*, 29 août.) — Des rapports entre les propriétés antitoxiques du sang et les phénomènes généraux d'immunité chez les animaux à l'égard de la diphtérie.

Flexner (S.) et **Noguchi** (H.). On the plurality of cytolysins in normal blood serum. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Kucharzewski (H.). De l'influence des toxines diphtérique et tétanique sur l'hémoglobine, la morphologie et le poids spécifique du sang. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, XXXIV, 4.)

Pirone (R.). Contribution à l'étude des névrolysines. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 1.)

MÉDECINE

Abrams (A.). Cardioptosis. (*Med. News*, 22 août.)

Apert (E.). La goutte et son traitement. In-16, 96 p. avec fig.

Babcock (R. H.). Diseases of the heart and of the arterial system. In-8°, 853 p. Londres. — Maladies du cœur et du système artériel.

Bell (R.). The causation of cancer and its treatment without operation. (*Med. Record*, 15 août.) — L'étiologie et le traitement non sanglant du cancer.

Benedikt (M.). Ein Fall von Herzverdehnung nach Trauma. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.) — Un cas de dilatation du cœur consécutive à un traumatisme.

Boinet. Thoracentèse sans aspiration au moyen d'un drain à valves formant soupape. (*Marseille méd.*, 1er oct.)

Campanella (G.). La sintomatologia delle dispepsie. (*Gazz. degli Osped.*, 11 oct.)

Campani (A.). 2 casi d'angiocolite muco-purulenta. (*Riforma med.*, 18 mars.)

Canale (P.). Hematología clínica; la sangre en las enfermedades. (*Thèse de Buénos-Ayres.*)

Cavalieri Ducati (C.). Un caso di leucemia midollare studiato nel reperto del sangue. (*Gazz. degli Osped.*, 27 sept.)

Coriat (I. H.). The occurrence of the Bence-Jones albumin in a pleuritic effusion. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Czerno-Schwarz (B.) et **Bronstein** (J.). Ueber Cytodiagnostik. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 et 31 août.)

D'Amato (L.). Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur la gastrosucorrhée continue et sur la tétanie gastrique. (*Rev. de méd.*, août et sept.)

Ferrannini (A.). Sui criteri clinici della insufficienza epatica. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 août.)

Giordano (V.). Alcune osservazioni anatomopatologiche e cliniche su di un caso di atrofia rosso-acuta del fegato. (*Riforma med.*, 2 sept.)

Moet (H. M.). Interlobair empyeem. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 oct.)

Pelzl (O.). Ehrlich's Diazoreaktion als differentialdiagnostisches Hilfsmittel. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 juillet.)

Pflanz (E.). Zur Aetiologie der Seekrankheit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 juillet.) — Contribution à l'étiologie du mal de mer.

Richardson (H.). The clinical value of blood pressure. (*Med. News*, 22 août.) — La valeur clinique de la tension sanguine.

Schilling (F.). Die Gallensteinkrankheit; ihre Ursachen, Pathologie, Diagnose und Therapie. In-8°, 85 p. Leipzig. — La lithiase biliaire; étiologie, pathologie, diagnostic et traitement.

Seifert (O.) et **Müller** (F.). Taschenbuch der medizinisch-klinischen Diagnostik. 11e éd. In-8°, 262 p. avec fig. Wiesbaden.

Silvagni (L.). Saggio di misurazioni cliniche della pressione arteriosa. (*Boll. delle scienze med. di Bologna*, sept.)

Snyers (P.). Un cas de pouls lent permanent (maladie de Stokes-Adams). (*Rev. de méd.*, oct.)

Weinberger (M.). Ueber periphere Verengerung der Pulmonalarterie und die klinischen Zeichen derselben. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 oct.) — Le rétrécissement périphérique de l'artère pulmonaire et ses signes cliniques.

MALADIES INFECTIEUSES

Andrjeiévsky (I.). Des taches cutanées en tant que manifestation de l'affection malarienne des vaisseaux sanguins (en russe). (*Prakt. Vratch*, 12, 19 et 26 juillet et 2 août.)

Behring (E. von). Ueber Lungenschwindsuchtentstehung und Tuberkulosebekämpfung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 sept.) — Pathogénie de la phtisie pulmonaire et lutte contre la tuberculose.

Belliboni (E.). Influenza; nota statistico-terapeutica. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 août.)

Cabot (F.). Best methods to prevent hydrophobia. (*Med. News*, 15 août.)

De Fabritiis (A.). Di un'epidemia scarlattinosa. (*Gazz. degli Osped.*, 11 oct.)

Gay (F. P.) et **Duval** (C. W.). Acute dysentery associated with the two types of Bacillus dysenteriæ (Shiga). (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Gill (H. D.). Rabies. (*Med. News*, 15 août.)

Goloubov (N.). Note sur l'épidémicité des appendicites (en russe). (*Prakt. Vratch*, 19 juillet.)

Laffont (M.) et **Lombard** (A.). Etudes expérimentales et cliniques sur le traitement de la tuberculose. (*Progrès méd.*, 14 mars, 18 avril, 9 mai et 13 juin.)

Pool (M.). Malarial haemoglobinuria. (*Texas Med. Journ.*, sept.)

Pritchard (W. B.). Hydrophobia : symptoms and diagnosis. (*Med. News*, 15 août.)

Ruge (R.). Introduction to the study of malarial diseases. (Trad. de l'allemand par P. Edgar, T. Anson et M. E. Paul.) In-8°, 138 p. avec fig. Londres.

Schottelius. Ueber die Eintrittspforten bei der Pestinfektion. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 sept.) — Les portes d'entrée de l'infection pesteuse.

Tinozzi (S.). Di un caso non comune di rabbia. (*Medicina italiana*, 20 sept.)

Tiraboschi (C.). Beitrag zur Kenntnis der Pestepidemiologie : Ratten, Mäuse und ihre Ektoparasiten; vorläufige Mitteilung. (*Arch. f. Hyg.*, XLVI, 3.)

Wandel (O.). Ueber Pneumokokkenlokalisationen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.)

Warfield (L. M.). Acute ulcerative endocarditis caused by the meningococcus (Weichselbaum). (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aporti (F.). Contributo allo studio del meningismo (meningismo di Dupré, pseudomeningite psicogena). (*Clinica moderna*, 9, 16 et 23 sept.)

Arndt (M.) et **Sklarek** (F.). Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 3.) — Sur l'absence du corps calleux dans le cerveau humain.

Bechterev (V. von). Ueber den Zustand der Muskel- und sonstigen Reflexe des Antlitzes bei Dementia paralytica. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.) — L'état des réflexes musculaires et autres de la face dans la démence paralytique.

Bielschowsky (A.). Das klinische Bild der assoziierten Blicklähmung und seine Bedeutung für die topische Diagnostik. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 sept.) — Le tableau clinique de la paralysie oculaire associée et sa signification pour le diagnostic topographique.

Bonhöffer (K.). Casuistische Beiträge zur Aphasielehre. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 2 et 3.)

Bramwell (J. M.). Hypnotism; its history, practice and theory. In-8°, 492 p. Londres.

Collins (J.). The prognosis of tabes; an analysis of 140 cases of locomotor ataxia. (*Med. News*, 29 août.)

Frank (A.). Kunstfehler in der Uebungstherapie der Tabes und ihre Folgen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 oct.) — Les fautes dans le traitement du tabes par la rééducation des mouvements et leurs conséquences.

Goldscheider (A.). Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems; eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkranker. 3e éd. In-8°, 268 p. avec fig. Berlin.

Henneberg (R.). Zur forensisch-psychiatrischen Beurteilung spiritistischer Medien. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 3.) — Les médiums spirites jugés au point de vue médico-légal et psychiatrique.

Hitzig (E.). Alte und neue Untersuchungen über das Gehirn; 4. Mitteilung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 2 et 3.) — Recherches sur le cerveau.

Krafft-Ebing (R. von). Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. 7e éd. In-8°, 654 p. Stuttgart.

Lannois (M.) et **Porot** (A.). Erythromélalgie suivie de gangrène des extrémités, avec autopsie. (*Rev. de méd.*, oct.)

Levi-Bianchini (M.). Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique; observation sur un cas de tératomorphisme congénital de la langue. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Marie (P.) et **Guillain** (G.). Le faisceau pyramidal homolatéral; le côté sain des hémiplégiques (étude anatomo-clinique). (*Rev. de méd.*, oct.)

Oppenheimer (Z.). « Bewusstsein, Gefühl »; eine psycho-physiologische Untersuchung. In-8°, 75 p. Wiesbaden. — « Conscience et sensation ».

Rosenbach (O.). Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung. 2e éd. In-8°, 214 p. Berlin. — Les états nerveux et leur traitement psychique.

Sala (G.) et **Rossi** (O.). Zur Frage über einige angebliche toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums von Epileptikern. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.) — Sur quelques prétendues propriétés toxiques et thérapeutiques du sérum sanguin des épileptiques.

Stembo (L.). Oberer Patellarreflex und seine Bedeutung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.) — Le réflexe rotulien supérieur et sa signification.

Stephenson (F. H.). Moral insanity or degeneracy. (*Med. News*, 29 août.)

Weygandt (G.). Atlas-manuel de psychiatrie. (Trad. de l'allemand par J. Roubinovitch.) In-8°, 643 p. avec fig. et planches.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Buschke (A.). Weitere experimentelle Untersuchungen über Alopecie und die Localisation von Hautkrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 sept.) — Nouvelles recherches expérimentales sur l'alopécie et sur la localisation des affections cutanées.

Düring (von). Das Profeta'sche und Colles'sche Gesetz. (*Wien. med. Presse*, 27 sept.)

Falk (E.). Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — Traitement de la blennorrhagie chronique.

Glück (L.). Zur Kenntnis der Verbreitungsweise der Lepra. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 sept.) — Contribution à l'étude du mode de propagation de la lèpre.

Malherbe (H.). Cautérisations ignées et guérison dans un cas d'onychose ancienne. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 oct.)

Meyer. Ueber die Entstehung der Glatze. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 sept.) — Sur la pathogénie de la calvitie.

Samberger (F.). Muskelerkrankung infolge von gonorrhoischer Infektion. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 sept.) — Affection musculaire consécutive à une infection blennorrhagique.

Verrotti (G.). L'histo-pathogénie du psoriasis. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, août-sept.)

Winkler (M.). Ueber eine eigenartige benigne Streptomycosis bullosa in der Blindenanstalt Könitz bei Bern. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — Sur une singulière streptomycose bulleuse bénigne.

PARASITOLOGIE

Argoutinski (P.). Contribution à l'étude de la morphologie et de la biologie du parasite malarique. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 1.)

Chabade (I.). Actinomycosis atypica pseudotuberculosa : *Streptotrichosis hominis* des auteurs (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6, 13 et 20 sept.)

Claytor (Th. A.). The treatment of uncinariasis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er août.) — Le traitement de l'ankylostomiase.

Lallich (N. von). Beitrag zur Kenntnis der Echinokokkenkrankheit des Menschen. (*Wien. med. Presse*, 20 sept.) — Contribution à l'étude de l'échinococcose chez l'homme.

Schroll (G.). Nogle tilfælde af trichinose. (*Hospitalstidende*, 21 oct.)

CHIRURGIE

Abbe (R.). Consideration of mammary cysts in the differentiation of breast tumors. (*Med. Record*, 15 août.)

Battaglia (M.). Caso di frattura del cranio determinata da uno strano proiettile. In-8°, 8 p. avec fig. Tarante.

Berg (A.). The joint complications of acute pyogenic osteomyelitis, with especial reference to the treatment of the purulent forms of arthritis. (*Med. Record*, 12 sept.)

Bloodgood (J. C.). Rare case of appendicular abscess situated between the layers of the mesentery of the small intestine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Un cas rare d'abcès appendiculaire situé entre les couches du mésentère de l'intestin grêle.

Brasseur. Phlyctènes nombreuses et tardives chez un fracturé de jambe. (*Echo méd. du Nord*, 25 oct.)

Brunner (C.). Zur Laparotomie bei penetrierendem Bauchschuss. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Laparotomie pour plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu.

Camaggio (F.). Legatura della carotide primitiva e della vertebrale per ferita da punta e taglio del collo. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 juin.)

Dartigues. Fractures des métacarpiens. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Davis (G.). The results in bloodless reposition of congenital dislocation of the hips. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Les résultats de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

Ferraton. Etude des lésions ostéo-articulaires produites par la balle de revolver cuirassée de petit calibre (modèle 1892); anatomie pathologique; diagnostic; traitement. In-8°, 132 p. avec fig.

Kokoris (D.). Zur Kenntnis der Glutäalabszesse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 oct.) — Contribution à l'étude des abcès fessiers.

Langstroth (F. W.). Chronic leg ulcers. (*Med. News*, 15 août.) — Les ulcères chroniques de jambe.

Moresco (G.). Contributo al trattamento chirurgico dell'idrocele della vaginale del testicolo. (*Clinica moderna*, 23 sept.)

Mühsam. Ueber doppelseitige Oberschenkelamputation bei embolischer Gangrän. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 3-4.) — Amputation des deux cuisses pour gangrène par embolie.

Ninni (G.). Altre 50 laparotomie per ferite penetranti con un caso d'invaginazione doppia, acuta, traumatica dell'ileo. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 août.)

Portanova (S.). Un epitelioma del labbro inferiore scomparso nel decorso di una perniciosa malarica e riapparso dopo di questa. (*Gazz. degli Osped.*, 11 oct.)

Preiswerk (G.). Lehrbuch und Atlas der Zahnheilkunde, mit Einschluss der Mundkrankheiten. In-8°, 352 p. avec fig. et planches. Munich. — Manuel et atlas d'odontologie et de stomatologie.

Quénu (E.) et **Duval** (P.). De la splénectomie dans la splénomégalie avec hépatopathie cirrhotique (type clinique, maladie de Banti). (*Rev. de chir.*, oct.)

Reisinger. Ueber akute Entzündung des Coekums. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 oct.) — Inflammation aiguë du cæcum.

Rieppi (L.). Dell'intervento chirurgico nelle occlusioni intestinali. In-8°, 40 p. Udine.

Santucci (A.). Contributo allo studio dello strozzamento erniario. In-8°, 8 p. avec fig. Sienne.

Senn (N.). Subcutaneous drainage in the surgical treatment of hydrocephalus internus. (*Alienist and Neurologist*, août.)

Serafini (G.). Ascesso delle pareti addominali da gonococco. (*Progresso med.*, II, 7.)

Smith (W. J.). Practical guide to surgical bandaging and dressings. In-16, 176 p. Londres.

Sterne (J.). Embolie pulmonaire consécutive à une entorse tibio-tarsienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.)

Tubby (A. H.) et **Jones** (R.). Modern methods in the surgery of paralyses. In-8°, 326 p. avec fig. Londres.

Wolff (R.). Die Erfahrungen über Handwurzelverletzungen verglichen mit den Ergebnissen der Varietätenstatistik an den Knochen der Handwurzel. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 3-4.) — Sur les traumatismes du carpe.

UROLOGIE

Bullitt (J. B.). Epispadias; report of a case operated on by a modification of Cantwell's method. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er août.)

Herrick (W. P.). Prostatic hypertrophy and its radical cure. (*Med. Record*, 15 août.)

Rovsing (Th.). Urinrörets og prostatas chirurgiske sygdomme. In-8°, 260 p. Copenhague. — Les affections chirurgicales de l'urèthre et de la prostate.

Scheel (V.). Den funktionelle nyrediagnostik. (*Bibliotek for Læger*, oct.) — Diagnostic fonctionnel des maladies du rein.

Sutton (R. L.). The internal administration of methylene blue as an aid in the diagnosis of urethroperineal fistula. (*Med. Record*, 5 sept.)

Wasserthal. Przyczynek do kazuistyki i etyologii cystynuryi. (*Gaz. lekarska*, 22 et 29 août et 5 sept.) — Contribution à la casuistique et à l'étiologie de la cystinurie.

Ziemssen (C. F.). Ueber Urethrismus. (*Wien. med. Presse*, 27 sept.)

OPHTALMOLOGIE

Buch (M.). Ueber Physiologie und Pathologie der fliegenden Mücken (Muscae volatiles, « mouches volantes », Myodesopsie, bewegliche Skotome). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.)

De Blasi (A.). Le iniezioni sottocongiuntivali di sublimato corrosivo nelle ulceri corneali. (*Gazz. degli Osped.*, 18 oct.)

Ellett (E. C.). Control of suppuration in the anterior segment of the eye by the insertion of iodoform into the anterior chamber. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 août.) — Traitement des suppurations du segment antérieur de l'œil par l'introduction d'iodoforme dans la chambre antérieure.

Geisler (P.). Ueber den Einfluss von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des akuten primären Glaucomanfalles. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 sept.) — Influence de la température et de la saison sur la production du glaucome aigu primitif.

Haab (O.). Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik. 4e éd. In-8°, 174 p. avec fig. Munich.

Kreutz (A.). Die Skiaskopie. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 sept.)

Rollet (M.). La révulsion en oculistique. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 oct.)

Trombetta (E.). La neoveggenza nei suoi rapporti con la nuova teoria della visione. (*Clinica moderna*, 21 oct.) — Les opérés de cataracte congénitale et la nouvelle théorie de la vision.

Worth (C. A.). Squint. In-8°, 229 p. Londres. — Le strabisme.

Wright (R. A.). Subtropical trachoma, with special relation to a new remedy in its treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Cullen (Th. S.). Condition of the endometrium in cases of uterine myomata. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 août.)

Gossett (W. B.). The mechanism of occipito-posterior positions : Does the occiput rotate above or below the spine of the ischium? (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.) — Le mécanisme des positions occipito-postérieures; la rotation de l'occiput se fait-elle au-dessus ou au-dessous de l'épine sciatique?

Gottschalk. Zur Operation der Cervixmyome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 oct.)

Haven (G.) et **Young** (E. B.). Repeated cesarean section upon the same individual. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

MacPherson (J. D.). Some experiences with ichthyol in puerperal fever. (*Med. Record*, 12 sept.)

Marcland (R.). Inversion utérine aiguë partielle (corne gauche et face postérieure gauche); réduction immédiate. (*Limousin méd.*, sept.)

Masetti (P.). Sullo sviluppo e sulla cura dell'infezione tifoide in gravidanza. (*Policlinico*, 10 oct.)

McKerron (R. G.). Pregnancy, labour and childbed with ovarian tumour. In-8°, 281 p. Londres. — Des tumeurs de l'ovaire compliquant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Meek (H.). Personal experience with Alexander's operation for retroversion of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Muglia (N.). Infezione puerperale e pseudo-infezione puerperale. (*Gazz. degli Osped.*, 4 oct.)

Mumford (J. G.). An operation for the repair of the pelvic floor. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Opération pour reconstituer le plancher périnéal.

Norris (R. C.). Conservative surgery of the female pelvic organs. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Palmer (Ch. D.). The urinary secretion : its obstetrical and gynecological considerations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Stoner (A. P.). Some remarks upon retrodeviations of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Wakefield (W. B.). The abdominal and pelvic lymphatics, and their relationship to cancer of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Winckel (F. von). Handbuch der Geburtshilfe. T. Ier, 1re partie. In-8°, 657 p. avec fig. et planches. Wiesbaden. — Traité d'obstétrique.

PÉDIATRIE

Ansaloni. Bain quotidien chez le nouveau-né et chute du cordon. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 oct.)

Arnstein (F.). Drgawki ogolne u dzieci (eclampsia infantum; convulsiones). (*Gaz. lekarska*, 27 juin, 4, 11 et 18 juillet.)

Carini (A.). Due casi di sclerosi a placche familiare; osservazioni cliniche. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, mai-juin-juillet.)

Decroly (O.). La paralysie pseudo-bulbaire chez l'enfant. (*Policlinique*, 1er oct.)

Greenfield (A.). Die Assimilationsgrenze für Zucker im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 4.) — La limite de l'assimilation du sucre chez les enfants.

Griffith (J. C.). Pneumonia and pleurisy in early life simulating appendicitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 août.) — Pneumonie et pleurésie infantiles simulant l'appendicite.

Marais (H.). Abcès du foie chez une enfant de deux ans et demi; ouverture, drainage; guérison. (*Année méd. de Caen*, sept.)

Moldavsky. Traitement du croup chez les enfants par le tubage et le sérum antidiphtérique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 9 et 16 août.)

Reyher (P.). Zur Aetiologie und Pathogenese des Keuchhustens. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 4.) — Etiologie et pathogénie de la coqueluche.

Roudsky (A.). Vulvo-vaginite blennorrhagique chez les petites filles (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 18.)

Salge (B.). Die Frauenmilch in der Therapie des akuten Dünndarmkatarrhs. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 4.) — Le lait de femme dans le traitement du catarrhe aigu de l'intestin grêle.

Schötz (P.). Pharynxtuberkulose bei Kindern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 oct.)

Szayerowicz (L.). O znaczeniu okladów ochladzajacych w przebiegu zapalenia pluc u dzieci. (*Gaz. lekarska*, 18 juillet.) — Valeur des applications froides dans le traitement de la pneumonie chez les enfants.

TÉRATOLOGIE

Batouiev (N.). Un cas de pseudo-hermaphrodisme féminin externe; le développement de l'hermaphrodisme en général (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 juillet.)

Carini (A.). Tumore simulante un'appendice caudale : rara anomalia congenita in bambino. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, mai-juin-juillet.)

Henneberg (R.) et **Stelzner** (Mlle H.). Ueber das psychische und somatische Verhalten der Pygopagen Rosa und Josefa (« der böhmischen Schwestern »). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 août et 7 sept.) — Etat psychique et somatique de Rosa-Josepha.

Kanzki. Ein Fall von Amelie. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 sept.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Chorazycki (B.). Przypadek « rogu krtaniowego » (cornu laryngeum). (*Gaz. lekarska*, 20 juin.)

Fitzgerald (W. H.). The rational treatment for mouth-breathing. (*Med. Record*, 5 sept.) — Le traitement rationnel de la « respiration par la bouche ».

Grüning (E.). Abscess of the left temporo-sphenoidal lobe of otitic origin; operation; recovery. (*Med. Record*, 5 sept.)

Hopkins (G. W.). The treatment of chronic catarrhal deafness (otitis media catarrhalis chronica). (*Med. News*, 22 août.)

Kostelianetz (A.). Des rapports entre les affections de l'oreille et les maladies du nez et du rhino-pharynx (en russe). (*Prakt. Vratch*, 2, 9 et 16 août.)

Lublinski (W.). Ueber die Complication der Angina mit acuter Thyreoiditis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 oct.)

McCaw (J. F.). Adenoids, in relation to audition and cerebration. (*Med. News*, 15 août.)

Möller (J.) et **Fischer** (J. F.). Undersögelser over virkningen af Mm. cricothyreoideus og thyreo-arytaenoideus internus. (*Hospitalstidende*, 7 oct.)

Sokolowsky (R.). Ueber unsere bisherigen Paraffinerfolge bei Nasendifformitäten und retroauriculären Defekten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 oct.) — Résultats des injections de paraffine pour difformités du nez et malformations rétro-auriculaires.

Yankauer (S.). An unusual case of empyæma of the antrum of Highmore. (*Med. Record*, 15 août.)

23e ANNÉE. — N° 46. **Vingt centimes le numéro.** 18 NOVEMBRE 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

Collège de France. — M. le professeur Charrin : Multiplicité et complexité des produits solubles développés au cours d'une infection 373
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Sérum et vaccin antituberculeux 377
Syphilisation d'un singe macaque 378
Société médicale des hôpitaux. — La déchloruration et le régime déchloruré chez les cardiaques 378
Déchloruration et chloruration dans un cas d'ascite cirrhotique 378
Pleuro-typhus de rechute 378
Pigmentations anormales des tuberculeux et insuffisance surrénale 378
Étranger : *Lettres d'Amérique.* — L'exercice de la médecine aux Etats-Unis 379
Littérature médicale : *Publications allemandes.* — Contribution à l'étude des effets pathogènes du Balantidium coli 379
Fièvre typhoïde helminthiasique 380
Transmission de la scarlatine par le lait ... 380
Des causes de l'arrêt de l'ovule fécondé dans la trompe 380
Notes thérapeutiques. — Les courants de haute fréquence dans le traitement de la méralgie paresthésique 380
La photothérapie des adénites et des arthrites tuberculeuses 380
Traitement du lupus par les cautérisations ignées associées aux applications d'acide picrique 380
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Adénites et arthrites tuberculeuses 380³
Anévrysme de la crosse de l'aorte 378³
Balantidium coli et ses effets pathogènes 379³
Cautérisations ignées et acide picrique contre le lupus 380³
Courants de haute fréquence contre la méralgie paresthésique 380²
Déchloruration et chloruration dans un cas d'ascite cirrhotique 378³
— et régime déchloruré chez les cardiaques 378²
Exercice de la médecine aux Etats-Unis 379¹
Fièvre typhoïde helminthiasique 380¹
Infection et multiplicité des produits solubles qui s'y produisent 373¹
Lupus 380³
Méralgie paresthésique 380²
Nacre dans l'expectoration d'ouvriers nacriers 378³
Ovule fécondé et causes de son arrêt dans la trompe 380²
Photothérapie des adénites et arthrites tuberculeuses 380³
Pigmentations anormales des tuberculeux et insuffisance surrénale 378³
Pleuro-typhus de rechute 378³
Produits solubles développés au cours d'une infection et leur multiplicité 373¹
Scarlatine et sa transmission par le lait 380¹
Sérum et vaccin antituberculeux 377²
Syphilisation d'un singe macaque 378²
Traitement de la méralgie paresthésique 380²
— de la tuberculose 377²
— des adénites et arthrites tuberculeuses 380³
— du lupus 380³
Tuberculose 377³

HYGIÈNE SCOLAIRE

Le nouveau règlement italien pour la prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles.

Quinze jours avant de quitter le ministère italien de l'instruction publique, M. Nasi a approuvé un nouveau règlement pour la prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles du royaume. Ces affections y sont divisées en deux groupes : les infections aiguës, parmi lesquelles on a compris la tuberculose pulmonaire, les affections chroniques (tuberculoses cutanée, osseuse et ganglionnaire, trachome, teigne, gale, impétigo et pelade). Tandis que les malades de la première catégorie ne permettent point la fréquentation de l'école, celles du second groupe n'empêchent pas les élèves d'aller en classe, à la condition qu'ils présentent tous les quinze jours un certificat médical constatant que l'enfant est toujours en traitement, et qu'ils soient placés sur des bancs spéciaux sans contact possible avec leurs camarades; de plus, les enfants atteints de lésions tuberculeuses suppurées de la peau, des os ou des ganglions — qui, dans plusieurs pays, en France notamment (Voir *Semaine Médicale*, 1902, Annexes, p. CLXXIX), ne sont pas admis à l'école — sont tenus d'avoir les parties atteintes complètement recouvertes et de prendre place sur un banc isolé.

Mais le point qui nous paraît avoir une importance pratique pour la prophylaxie scolaire, c'est que les autorités locales doivent exiger que, dans la déclaration obligatoire des cas de maladies contagieuses, il soit expressément indiqué si le malade fréquente une école (laquelle est à désigner), ou si dans la famille il y a des écoliers, des instituteurs ou des personnes employées dans une école. Au cas où la déclaration comprend une désignation quelconque de cette nature, les autorités locales sont tenues d'en aviser le directeur de l'école indiquée, qui, de son côté, a le devoir d'interdire l'entrée des locaux scolaires aux personnes visées par la déclaration même.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Liborio Giuffrè, professeur extraordinaire de pathologie interne, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Pavie. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Ercole Pusateri (*psychiatrie*); Tommaso Busacchi (*chirurgie*).

Faculté tchèque de médecine de Prague. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Alois Velich (*pathologie générale et expérimentale*); Ottokar Frankenberger (*laryngologie et rhinologie*); Vladimír Slavík (*médecine légale*); Emanuel Formánek (*chimie médicale*).

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Arnaldo Pieraccini est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine d'Utrecht. — M. le docteur Daniël De Niet est nommé privatdocent d'hydrothérapie.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Julius Tandler (*anatomie*); Ferdinand Frühwald (*pédiatrie*); Josef von Metnitz (*odontologie*).

St. Bartholomew's Hospital and College de Londres. — M. le docteur W. McAdam Eccles est nommé lecteur d'anatomie.

University of Maryland de Baltimore. — M. le docteur John R. Winslow est nommé professeur de laryngologie et d'otologie.

Northwestern University Medical School de Chicago. — M. le docteur Frank Allport est nommé professeur d'ophtalmologie.

McGill University de Montréal. — Sont nommés professeurs adjoints : MM. les docteurs J. G. McCarthy (*anatomie*); J. T. Halsey (*thérapeutique et pharmacologie*).

Vanderbilt University de Nashville. — M. le docteur Samuel S. Briggs est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. A. B. Cooke, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Brun, chirurgien des hôpitaux et agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Signard, sénateur de la Haute-Saône. — M. le docteur Lavergne, ancien sénateur du Tarn. — M. le docteur Francesco Folinea, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Julian J. Chisolm, ancien professeur d'ophtalmologie et d'otologie à l'University of Maryland de Baltimore.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1902 inclusivement (20 années) absolument complètes, soit les 22 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 198 francs pour la France, 240 francs pour l'étranger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Altuchow. Topographische Lage der Ureteren. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 4.)

Bielschowsky (M.). Die Silberimprägnation der Neurofibrillen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.) — Imprégnation des fibrilles nerveuses par des sels d'argent.

Kalberlah. Ueber die Augenregion und die vordere Grenze der Sehsphäre Munk's. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 3.) — La région oculaire et la limite antérieure de la sphère optique de Munk.

Panichi (L.). Sulla sede del centro psichico della visione nelle scimmie. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 2.)

Parona (F.). Sopra una rarissima anomalia anatomica al poplite destro. (*Policlinico*, partie chir., X, 10.)

Petraroja (L.). Le arterie lobari del rene ed i sistemi arteriosi da esse forniti. In-8°, 12 p. avec fig. Naples.

Sobotta (J.). Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. 1. Abteilung : Knochen, Bänder, Gelenke und Muskeln des menschlichen Körpers. In-4°, 229 p. avec fig. et planches. Munich. J. F. Lehmann. — Atlas d'anatomie descriptive. 1re partie : ostéologie, syndesmologie, arthrologie et myologie.

Sobotta (J.). Grundriss der deskriptiven Anatomie des Menschen. 1. Abteilung : Knochen, Bänder, Gelenke und Muskeln. In-4°, 206 p. Munich. J. F. Lehmann.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Balestra (A.) et **Chérié-Lignière** (M.). Un caso di tubercolosi del miocardio; contributo alla casistica delle lesioni tubercolari del cuore. (*Policlinico*, partie méd., X, 10.)

Besta (C.). Sopra un caso di tumore della protuberanza; contributo alla conoscenza della via piramidale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Debray (A.). Histologie de la paralysie générale. (*Journ. de neurol.*, 20 oct.)

Ferrarini (G.). Sopra le lesioni prodotte nel rene dall'ischemia temporanea e la loro riparazione anatomica; ricerche sperimentali. (*Morgagni*, oct.)

Szleifstein (J.). Przyczynek do histogenezy komórek olbrzymich. (*Gaz. lekarska*, 8 août.) — Contribution à l'histogenèse des cellules géantes.

Thorel (Ch.). Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Heilungsvorgänge bei Nephritis; eine experimentelle und kritische Studie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVII, 1-2, 3-4 et 5-6.) — Constatations anatomo-pathologiques sur le processus de la guérison de la néphrite.

Tsiminakis (C.). Zur pathologischen Histologie der Plexus chorioidei. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 sept.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bossi (L. M.). Ricerche sulla trasmissione del bacillo della tubercolosi da madre a feto in cavie e coniglie gravide rese tubercolotiche e sul decorso della infezione tubercolare nel periodo di gestazione e nel puerperio. (*Policlinico*, 3 oct.)

Gauducheau (A.). Sur le lavage antiseptique de l'intestin. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 30 août et 27 sept.)

Halpern (M.). O albumozuryi doswiadczalnej. (*Gaz. lekarska*, 15 et 22 août.) — De l'albumosurie expérimentale.

Marzocchi (V.). Sull'occlusione dei dotti escretori delle ghiandole salivari sierose con speciale riguardo alla questione delle cisti da ritenzione; ricerche sperimentali. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 3.)

Pavy (F. W.) et **Siau** (R. L.). The influence of ablation of the liver on the sugar contents of the blood. (*Journ. of Physiol.*, XXIX, 4 et 5.) — L'influence de l'extirpation du foie sur la teneur du sang en sucre.

Taddei (D.). L'uretero-uretero-anastomosi con uno speciale tubo di magnesio; nota preventiva. (*Riforma med.*, 1er juillet.)

Vanzetti (F.). Del trapianto della tiroide embrionale. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 3.) — La transplantation de la glande thyroïde embryonnaire.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Arnold (J.). Ueber granuläre Fettsynthese in Wanderzellen und Eiterzellen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — La synthèse de la graisse dans les cellules migratrices et dans les globules de pus.

Battesti (M.) et **Barraja** (A.). Contribution à l'étude des ferments solubles du rein. (*Marseille méd.*, 15 oct.)

Dean (L. W.). The influence of consanguinity on the organs of special sense. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 sept.)

Flexner (S.). A note on autolysis in lobar and unresolved pneumonia. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Kyes (P.). Ueber die Isolirung von Schlangengift-Lecithiden. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 et 26 oct.)

McLaughlin (J. W.). The fermentation theory of infection and immunity. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Silvestri (T.). L'opoterapia renale e la teoria delle nefrolisine. (*Policlinico*, 31 oct.)

Ugolini (R.) et **Mazzocchi** (C.). Contributo allo studio della patogenesi dell'ittero. (*Policlinico*, partie méd., X, 10.)

MÉDECINE

Boinet et **Olmer**. Pleurésie cancéreuse secondaire à prédominance fibreuse. (*Rev. de méd.*, sept. et oct.)

Corsini (G.). Della polmonite lobare acuta. (*Gazz. degli Osped.*, 6 sept.)

De Luna (G. M.). Ittero infettivo pleiocromico a ricadute. (*Gazz. degli Osped.*, 16 août.)

Duplant (F.). Petits empyèmes enkystés. (*Journ. des médecins praticiens de Lyon*, sept.)

Elliott (A. R.). Albuminuria in diabetes mellitus; its importance as a factor in the causation of diabetic coma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 août.)

Erben (F.). Studien über Nephritis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.)

Ferrannini (A.). L'arteroipotensione cronica; studio fisiopatologico-clinico-terapico. (*Medicina italiana*, 20 et 31 juillet, 10, 20 et 31 août.)

Fischer (B.). Ueber Sondierungsverletzungen und Divertikel des Oesophagus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.) — Traumatismes par cathétérisme et diverticules de l'œsophage.

Gillet (H.). La lithiase rénale et l'assurance sur la vie. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Golubow (N.). Zur Aetiologie des Lungenemphysems. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 8 oct.)

Hamilton (W. F.) et **Byers** (J. R.). 2 cases of relative aortic insufficiency. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Herrick (J. B.). Abdominal pain in pleurisy and pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 août.) — Douleurs abdominales dans la pleurésie et la pneumonie.

Hirschfeld (H.). Ueber den diagnostischen und prognostischen Wert von Leukocytenuntersuchungen. (*Berlin. Klinik*, sept.)

Hoffmann (A.). Neue Beobachtungen über Herzjagen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.) — Nouvelles observations sur une forme particulière de tachycardie (emballement du cœur).

Introna (N.). Un nuovo metodo per la ricerca dell'albuminuria delle orine. (*Gazz. degli Osped.*, 13 sept.)

Iraso (A.). Pel diabete pancreatico. (*Incurabili*, 1er-15 sept.)

Jacobson (O.). Ueber orthotische Albuminurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 oct.)

Jolles (A.). Eine sehr empfindliche Probe zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.) — Une réaction très sensible pour la recherche des pigments biliaires dans les urines.

Labbé (M.) et **Lortat-Jacob** (L.). Anémie pernicieuse progressive; néphrite chronique; goitre. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Landsberg (G.). Zur Frage der alimentären Lävulosurie bei Leberkrankheiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 août.) — De la lévulosurie alimentaire dans les affections hépatiques.

Langstein (L.) et **Meyer** (E.). Beiträge zur Kenntnis der Alkaptonurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.)

Lépine (J.). Le liquide céphalo-rachidien dans les processus méningés subaigus d'origine rhumatismale. (*Lyon méd.*, 23 août.)

Licci (P.). Un ematoma del peritoneo. (*Policlinico*, 12 sept.)

Lion (A.). Das Verhalten der Sehnenreflexe bei Nierenentzündung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 3-4.) — L'état des réflexes tendineux dans la néphrite.

Mastri (C.). Anuria riflessa senza uremia. (*Gazz. degli Osped.*, 6 sept.)

Nägeli (O.). Ueber perniciöse Anämie und deren Diagnose. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 août.)

North (J.). Pathology and treatment of pneumonia. (*Med. Record*, 15 août.)

Novák (J.). K pathologii kruposniho zánetu plic. (*Casopis lékaru ceskych*, 12 sept.) — Contribution à la pathologie de la pneumonie fibrineuse.

Orlowsky (W.). Ein Beitrag zur Frage der Alkaleszenz des Blutes; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 août.) — Contribution à l'étude de l'alcalinité du sang.

Pan (O.). Klinische Beobachtung über ventrikuläre Extrasystolen ohne kompensatorische Pause. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 1-2.)

Perrin (M.). Cancer latent de l'estomac (avec ascite hémorrhagique). (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

Prengowski (P.). Zur Aetiologie und Prophylaxe des Emphysema pulmonum. (*Wien. med. Presse*, 20 et 27 sept.)

Rogovin (E.). Ueber die Empfindlichkeit der Jodproben. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 sept.) — Sur la sensibilité des réactifs de l'iode.

Sailer (J.) et **Pfahler** (G. E.). Tortuosity of the aorta. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Schwarz (S.). Diagnostic, pendant la vie, de l'insuffisance organique de la valvule tricuspide, compliquant les affections des valvules et des orifices du cœur gauche (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 18.)

Solis-Cohen (M.). A xiphosternal crunching sound. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Un bruit de frottement xiphosternal.

Stefanowicz (L.). Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 sept.)

Syllaba (L.). Einige Erfahrungen über die Auscultation der Herzgegend. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.) — Quelques recherches sur l'auscultation de la région du cœur.

Tillier. Note sur deux cas de saturnisme; intoxication professionnelle chez un charpentier. (*Lyon méd.*, 6 sept.)

Vragnizan (P.). Sulla diagnostica epatica in generale con riguardo speciale alla suppurazione del fegato nei climi temperati. (*Policlinico*, 17 oct.)

Vuillemin (P.). Recherche des organismes étrangers dans l'urine (xénopsie des urines). (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.)

Wenckebach (K. F.). Die Arhythmie als Ausdruck bestimmter Funktionsstörungen des Herzens; eine physiologisch-klinische Studie. In-8°, 193 p. avec fig. et planches. Leipzig. — L'arythmie en tant que manifestation de certains troubles fonctionnels du cœur.

Wilhelm. Valeur de la ponction lombaire au point de vue du diagnostic de la méningite tuberculeuse. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.)

Yersin (C. G.). Pratique de campagne; pneumonies prolongées. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Zypkin (S.). Ein Fall von Anaemia splenica mit Uebergang in Lymphozytenleukämie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 sept.)

MALADIES INFECTIEUSES

Delafield (F.). Post-typhoid sepsis. (*Med. Record*, 12 sept.)

Franklin (J. H.). A case of smallpox in the fœtus. (*Med. Record*, 5 sept.)

Hutchings (R. H.) et **Wheeler** (A. W.). An epidemic of typhoid fever due to impure ice. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Épidémie de fièvre typhoïde due à de la glace impure.

Ignatowsky (A.) et **Rosenfeld** (F.). Ein Fall von Tetanus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.)

Karwacki (L.). Lasecznikі wrzecionowate (bacilli fusiformes Vincent'a) i spiryle w cierpieniach jamy ustnej. (*Gaz. lekarska*, 6 et 20 juin.) — Bacilles fusiformes de Vincent et spirilles dans les affections de la cavité buccale.

Kober (G. M.). The transmission of bovine tuberculosis by milk, with a tabulation of 86 cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — La transmission de la tuberculose bovine par le lait.

Latkowski (J.). O niezwykłej postaci influenzy, która pojawiła sie epidemicznie w Krakowie w ostatnich miesiacach. (*Gaz. lekarska*, 8 et 15 août.) — Sur une forme insolite de grippe, observée à l'état épidémique, au cours de ces derniers mois, à Cracovie.

Le Goïc (V.). Troisième cas de fièvre typhoïde à localisations anormales (colotyphus). (*Rev. de méd.*, sept.)

Malinowski (A.). Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego. (*Gaz. lekarska*, 20 et 27 juin et 4 juillet.) — Contribution à la pathologie et au traitement de la diphtérie et du croup.

Perroncito (E.). Febbre gialla e zanzare. (*Policlinico*, 10 oct.) — La fièvre jaune et les moustiques.

Schmidt (A.). Bemerkungen zur Diagnose der Lungenschwindsucht. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er oct.) — Remarques sur le diagnostic de la phtisie pulmonaire.

Spät (F.). Ueber epidemische Lungenentzündung. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 sept. et 6 oct.) — Pneumonie épidémique.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Battaglia (M.). Cisti di echinococco libera nel corno anteriore del ventricolo laterale dritto. (*Ann. di med. navale*, juillet-août.)

Bettmann. Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen neurotischen Hautgangrän. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 oct.) — Automutilation hystérique simulant la gangrène cutanée d'origine nerveuse à foyers multiples.

Frenkel (H.). Czy bywa nierównosc zrenic u ludzi zupełnie zdrowych? (*Gaz. lekarska*, 13 juin.) — L'inégalité pupillaire s'observe-t-elle chez des sujets tout à fait normaux?

Gajkiewicz (W.). Kilka słów o odruchowem zwezaniu sie zrenic, a mianowicie o najnowszej teoryi Nicola Majano. (*Gaz. lekarska*, 13 juin.) — Quelques mots sur le rétrécissement réflexe des pupilles et sur la nouvelle théorie de N. Majano.

Hecht (D'Orsay). Tabes in the negro. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Janeway (Th. C.). Hypertrophic osteoarthropathy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Kennedy (O. A.). Cerebral sclerosis. (*Amer. Practitioner and News*, 15 août.)

Krieger (H.). Ein Fall von Sklerodermie nach vorausgegangenem Morbus Basedowii. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 oct.) — Sclérodermie consécutive à la maladie de Basedow.

Levi (H.). Zur Kenntnis der circumskripten Rindenläsionen in der motorischen Region beim Menschen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct.) — Contribution à l'étude des lésions corticales circonscrites de la région motrice chez l'homme.

Mannini (C.). Senso muscolare e fenomeno di Romberg. (*Gazz. degli Osped.*, 11 oct.)

Negel (V.) et **Théohari** (A.). Note sur un cas de ramollissement du cervelet avec étude des dégénérescences secondaires. (*Rev. neurol.*, 15 oct.)

Rosenhaupt (H.). Ein Beitrag zur Klinik der Tumoren der Hypophysis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 sept.)

Scarpini (V.). Anuria isterica permanente ed eliminazione d'urina per lo stomaco. (*Clinica moderna*, 7 oct.)

Schüller (A.). Der Abductorenreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct.)

Seiffer (W.). Die Accessorius-Lähmungen bei Tabes dorsalis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 et 12 oct.) — Paralysies du nerf accessoire du brachial cutané interne dans le tabes.

Sights (H. P.). Other causes than syphilis for paresis. (*Med. News*, 22 août.) — Parésies d'origine non syphilitique.

Tcherepnine (S.). Un cas d'aphasie consécutive à la scarlatine (en russe). (*Prakt. Vratch*, 23 août.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bering (F.). Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 oct.) — Contribution à l'étude des maladies des ongles.

Bernhardt (R.). Granulosis rubra nasi (Jadassohn). (*Gaz. lekarska*, 12 et 19 sept.)

Christiansen (V.). Herpes zoster. (*Bibliotek for Læger*, oct.)

Courtin (J.). Gomme hérédo-syphilitique ulcérée de la lèvre inférieure chez une fille de six ans. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 11 oct.)

Galewsky. Ueber Bäcker-Akne. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 sept.) — De l'acné des boulangers.

Hardiviller (d'). Syphilide tuberculeuse du nez et artériosclérose rénale. (*Echo méd. du Nord*, 25 oct.)

Hess (O.). 2 neue Fälle von Acanthosis nigricans. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 sept.)

Nicolau. Contribution à l'étude des tuberculides. (*Ann. de dermatol. et de syph*, oct.)

Nobl (G.). Ueber ein bisher nicht beschriebenes post-syphilitisches Merkmal. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 oct.) — Sur un signe post-syphilitique non encore décrit.

Sterling (W.). Syfilis nerek. (*Gaz. lekarska*, 4, 11, 18 et 25 juillet, 1er, 8, 15, 22 et 29 août et 5 sept.) — Syphilis des reins.

Tchlenov (M.). Un cas de chancre induré de la gencive supérieure (en russe). (*Prakt. Vratch*, 30 août.)

Warde (W. B.). Recurring eczema of exposed parts; heat eczema, cold eczema. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.) — Eczéma à répétition des parties exposées du corps; eczéma dû à la chaleur, eczéma dû au froid.

Weber (L.). The syphilitic affections of the heart and aorta. (*Med. Record*, 29 août.) — Les affections syphilitiques du cœur et de l'aorte.

CHIRURGIE

Freeman (L.). 2 cases of left duodenal hernia, in one of which the sac contained the entire small intestine, the cæcum, and a portion of the colon, which was strangulated. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Giacomelli (G.). Contributo allo studio della patologia delle guaine tendinee. (*Clinica moderna*, 7 oct.)

Göpel. Ueber die Verbindung von Gummi- und Zwirnhandschuhen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 17 oct.) — Emploi simultané des gants de caoutchouc et des gants de fil dans la pratique chirurgicale.

Lardy (E.). Kyste du pancréas. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Levings (A. H.). Tuberculosis of the mammary gland. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er août.)

Lord (J. P.). Acute epiphysitis causing a condition subsequently simulating congenital hip misplacement. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er août.) — Inflammation aiguë des épiphyses comme cause d'un état morbide simulant la luxation congénitale de la hanche.

Martel (L.). Essais de traitement chirurgical de l'onanisme. (*Loire méd.*, oct.)

Neisser (E.). Ueber wandernde Phlebitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 sept.) — De la phlébite migratrice.

Patel (M.) et **Cavaillon** (P.). Du traitement chirurgical des néphrites; à propos d'un cas de néphrite unilatérale chronique guérie par la capsulectomie. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, sept.)

Pietrzikowski (E.). Ueber die Beziehungen von Unfall und Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Gelenk-und Knochentuberkulose. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 9.) — Des rapports entre les traumatismes et la tuberculose, surtout au point de vue de la tuberculose des os et des articulations.

Pruszynski (J.). Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg zółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych. (*Gaz. lekarska*, 5, 12 et 19 sept.) — Pathogénie et évolution des phlegmasies des voies biliaires et indications opératoires.

Raviart (G.) et **Caudron** (P.). Déformations osseuses consécutives à une luxation de la hanche remontant à 57 ans. (*Echo méd. du Nord*, 25 oct.)

Rieppi (L.). Due splenectomie. (*Riv. veneta di scienze med.*, 31 mai.)

Robinson (B.). Peritonitis (peritoneal adhesions) caused by muscular trauma. (*Med. Record*, 29 août.)

Salinari (S.). Contributo allo studio dell'angina di Ludwig (flemmone sopramiloideo del collo). (*Giorn. med. del R.° Esercito*, sept.)

Sasse (F.). Zur combinirten abdominosakralen, -perinealen, beziehungsweise -vaginalen Methode der Exstirpation hochsitzender Mastdarm- und Colon pelvinum-Carcinome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 oct.)

Sexton (L.). Fracture of the upper third of the femur successfully treated with plaster-of-Paris without extension. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 août.) — Traitement de la fracture du tiers supérieur du fémur par l'appareil plâtré sans extension.

Signorelli (A.). Echinococco dell'anca simulante una coxite tubercolare. (*Policlinico*, 17 oct.)

Smith (F.). Modern bullet wounds and modern treatment. In-8°, 95 p. Londres. — Les plaies par armes à feu modernes et leur traitement.

Spear (W. M.). Abscess of the spleen. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er août.)

Strandgaard (H.). Tumores hæmorrhoidales recti et ani og deres kirurgiske behandling. In 8°, 327 p. Copenhague.

Tendeloo (N. Ph.). Iets over het ontstaan van tuberculose van eenige buikorganen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 oct.) — Etiologie de la tuberculose de certains organes abdominaux.

Thornburgh (R. M.). The suprapubic operation for the radical cure of varicocele. (*Med. Record*, 29 août.) — 18 opérations sus-pubiennes pour cure radicale du varicocèle.

Wieting (J.). Ein Fall von ischämischer Rückenmarksaffektion bei tuberkulöser Spondylitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 1-2.) — Un cas de lésion ischémique de la moelle par spondylite tuberculeuse.

Willmoth (A. D.). Diagnosis and management of appendicitis. (*Amer. Practitioner and News*, 15 août.) — Diagnostic et traitement de l'appendicite.

Wilms. Der Mechanismus der Darmstrangulation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 oct.) — Le mécanisme de l'étranglement intestinal.

Wolff (R.). Ist das Os naviculare carpi bipartitum und tripartitum Gruber's das Produkt einer Fraktur? nebst Mitteilung eines Falles angeborener beiderseitiger Teilung des Naviculare carpi. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 3-4.) — Le scaphoïde [du carpe] dédoublé ou triplé de Gruber est-il le résultat d'une fracture? Un cas de division congénitale bilatérale du scaphoïde.

UROLOGIE

De Franchis (G.). L'epicistotomia nelle ritenzioni gravi di urina da restringimenti uretrali. (*Gazz. degli Osped.*, 25 oct.)

Riedel. Ueber die Excochleatio prostatae. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 oct.)

Ruggi (G.). Prostatectomia perineale subcapsulare; nota preventiva. (*Boll. delle scienze med. di Bologna*, mai.)

Valentine (F. C.) et **Townsend** (T.). Abnormal frequency of urination treated with epidural injections. (*Med. Record*, 26 sept.)

OPHTALMOLOGIE

Cordiale. Etudes ophtalmométriques. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Duclos. Névrome plexiforme de la paupière. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Farreras (P.). Elefantiasis palpebrales desarrolladas á consecuencia de flegmasias y sobre todo de repetidas erisipelas faciales. (*Arch. de oftalmol. hispano-americanos*, sept.)

Knapp (P.). Die Herstellung und Verwendung der gelben Quecksilberoxydsalbe. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — La préparation et l'emploi de la pommade au précipité jaune.

Roland. Affections oculaires d'origine gravide ou post-gravidique. (*Poitou méd.*, oct.)

Shumway (E. A.). Tumors of the conjunctiva. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 sept.)

Speyr (Th. de). L'action des injections sous-conjonctivales de sublimé sur l'ophtalmie blennorrhagique de l'adulte. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Wood (C. A.). The various methods of preserving and mounting gross eye preparations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 sept.) — Les diverses méthodes pour obtenir et conserver des préparations macroscopiques de l'œil.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Blécourt (J. de). Waarneming van een vijflinggeboorte. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 31 oct.) — Relation d'un accouchement quintuple.

Bottaro (L. P.). Inundación peritoneal. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.)

Commandeur (F.). Opération césarienne conservatrice pour bassin cyphotique. (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, août.)

Dudley (E. C.). Diseases of women. 3e éd. In-8°, 761 p. avec fig. et planches. Londres. — Les maladies des femmes.

Dunning (L. H.). The treatment of the pedicle in ovariotomy and salpingo-oophorectomy. (*Med. Record*, 26 sept.)

Escande (E.). A propósito de un caso de amenorrea. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.)

Gottschalk (S.). Zur künstlichen Drehung der Frucht beziehungsweise des Rückens bei Schädelgeburten. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 oct.) — Rotation artificielle du fœtus et, en particulier, du dos dans les accouchements par le sommet.

Guilbaud. Rétrodéviations et prolapsus de l'utérus. (*Gaz. méd. de Nantes*, 17 oct.)

Kneise (O.). Zur Behandlung des Abortus. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Traitement de l'avortement.

Kouwer (B. J.). Over spoeddilatatie van den baarmoedermond in de verloskunde. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 31 oct.) — Sur la dilatation rapide du col utérin.

Pelt (A. M.). Nog een geval van hymen imperforatum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 nov.)

Wertheimber (Th.). Ueber Koitusverletzungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Des traumatismes par coït.

PÉDIATRIE

Bary (J. de). Ueber Pneumatocele cranii occipitalis. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 1-2.)

Crisafi (D.). Reazione jodofila e glicosuria in bambini affetti di pertosse. (*Morgagni*, oct.) — Réaction iodophile et glycosurie chez les enfants atteints de coqueluche.

Haike. Ausbruch tuberkulöser Meningitis im Anschluss an acute eitrige Mittelohrentzündung, in dem einen Falle compliciert mit chronischem Hydrocephalus internus. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 4.) — Méningite tuberculeuse consécutive à une otite moyenne purulente aiguë et compliquée, dans un cas, d'hydrocéphalie chronique interne.

Harlow (W. B.). Circumcision in infancy. (*Med. Record*, 26 sept.)

Korteweg (J. A.). Verhinderd « décanulement » na tracheotomie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 nov.)

Moynihan (B. G. A.). Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (*Med. News*, 24 oct.)

Pou y Orfila (J.). Dos casos de adenoflemón ilíaco en niños, consecutivos á lesiones cutáneas del miembro inferior. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.)

Zwillinger (H.). Die Beziehungen der sogenannten adenoiden Vegetationen zur Enuresis nocturna. (*Pest. med.-chir. Presse*, 4 oct.)

HYGIÈNE

Behring (E. von). Tuberkulosebekämpfung. In-8°, 34 p. Marbourg. — La lutte contre la tuberculose.

Calmette (A.). La prophylaxie sanitaire de la peste et les modifications à apporter aux règlements quarantenaires. (*Echo méd. du Nord*, 20 sept.)

Fränkel (C.). Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 et 29 sept.) — La lutte contre les maladies vénériennes.

Gruber (M.). Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse ? (*Münch. med. Wochensch.*, 6 et 13 oct.) — Hygiène et dégénérescence de la race.

Martin (G.). Infiltration d'éther dans des puits; inductions pratiques. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 sept.)

Nencki (L.) et **Podczaski** (T.). Kryoskopia mleka. (*Gaz. lekarska*, 1er août.) — Cryoscopie du lait.

Reille (P.). La vaccination obligatoire. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Verhandlungen des I. Kongresses der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankfurt am Main am 9. und 10. März 1903. In-8°, 405 p. Leipzig. — Compte rendu du premier Congrès de la Société allemande pour la lutte contre les maladies vénériennes, tenu à Francfort-sur-le-Mein les 9 et 10 mars 1903.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Gottschalk (R.). Grundriss der gerichtlichen Medizin (einschliesslich Unfallfürsorge). 2e éd. In-8°, 403 p. Leipzig. — Précis de médecine légale (y compris les questions relatives à l'assurance contre les accidents).

Miller (M.). Manuale für Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter und Invalider. In-8°, 296 p. avec fig. et planches. Leipzig. — Guide pour l'examen et l'expertise des sinistrés et des invalides.

Pohl (H. J.). Beitrag zur Bedeutung der gerichtlich-medicinischen Expertise bei Arsenvergiftung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 3, 10, 17 et 24 oct.) — Sur l'expertise médico-légale dans l'empoisonnement par l'arsenic.

Rigoux (G.). Débauche sexuelle et responsabilité pénale. (*Arch. d'anthropol. crim.*, oct.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bullowa (Jesse G. M.) et **Kaplan** (D. M.). On the hypodermatic use of adrenalin chloride in the treatment of asthmatic attacks; a preliminary communication. (*Med. News*, 24 oct.)

Carle. L'huile de cade dans le traitement des lichens simples chroniques. (*Lyon méd.*, 18 oct.)

Curti (E.). Tetano ed acido fenico. (*Policlinico*, 3 oct.)

Gallavardin (L.) et **Péhu** (M.). De la théobromine comme hypnagogue au cours de certaines cardiopathies artérielles. (*Lyon méd.*, 8 nov.)

Gay (M.). Del siero antidifterico nella pneumonite e nella meningite infettiva : polivalenza dei sieri. (*Gazz. degli Osped.*, 11 oct.)

Illoway (H.). Ueber diätetische Vorschriften bei der Behandlung chronischer Herzleiden. (*Berlin. Klinik*, oct.) — Prescriptions diététiques dans le traitement des cardiopathies chroniques.

Lorand (A.). Le traitement des cas graves de diabète. (*Policlinique*, 15 oct.)

Lupino (E.). Contributo alla cura del reumatismo articolare cronico colle iniezioni endovenose di iodio. (*Policlinico*, 31 oct.)

Mayor (A.) et **Fontana** (E.). Les dérivés de la morphine utilisés en thérapeutique [2e mémoire]. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Müller (R.). Der klinische Wert der Fructus Myrtilli. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, sept.) — La valeur thérapeutique des baies de myrtille.

Ponticaccia (M.). E necessaria una cura locale delle angine difteriche? (*Arch. di patol. e clin. infantile*, mai-juin-juillet.)

Smolitchev (P.). Contribution au traitement de l'érysipèle (en russe). (*Prakt. Vratch*, 19 et 26 juillet.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Allaire (G.). Sur un cas de sciatique double; traitement par les courants de haute fréquence. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 oct.)

Bordier (H.). Influence de la galvanisation primitive d'un membre sur celle du membre opposé. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Hevesi (I.). Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Diagnose und Therapie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (*Pest. med.-chir. Presse*, 27 sept. et 11 oct.) — La signification de la radioscopie pour le diagnostic et le traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Lessing. Knochensarkome im Röntgenbild. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 oct.) — Radiographies des sarcomes des os.

Macleod (J. H.). Some remarks on the pathological action of the Röntgen rays, with special reference to the literature on the subject. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.)

Schwartz (G.). Sur l'emploi de la radiographie en chirurgie dentaire. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Simonin. Corps étranger de l'oreille et rayons X. (*Limousin méd.*, sept.)

BACTÉRIOLOGIE

Bassenge (R.). Ueber das Verhalten der Typhusbazillen in der Milch und deren Produkten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 et 24 sept.) — Les bacilles de la fièvre typhoïde dans le lait et le laitage.

Gay (F. P.). The types of B. dysenteriæ (Shiga) in relation to bacteriolysis and serum therapy; an experimental study. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Gemelli (E.). Eine neue Färbemethode der Bakteriengeisseln. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, XXXIII, 4.) — Une nouvelle méthode de coloration des cils des bactéries.

Schut (J.). Ueber das Absterben von Bakterien beim Kochen unter erniedrigtem Druck. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 2.) — La mort des bactéries par ébullition sous basse pression.

Zurakowski (A.). O wplywie blekitu metylenowego na rozwój laseczki okreznicy. (*Gaz. lekarska*, 18 juillet.) — Influence du bleu de méthylène sur le développement du *Bacterium coli*.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Dohrn (R.). Geschichte der Geburtshülfe der Neuzeit. 1. Abteilung : Zeitraum 1840-1860. In-8°, 267 p. Tubingue. — Histoire de l'obstétrique des temps modernes.

Ebstein (W.). Die Medizin im Neuen Testament und im Talmud. In-8°, 338 p. Stuttgart. — La médecine dans le Nouveau Testament et dans le Talmud.

Pillement (P.). L'enseignement de l'obstétrique en Lorraine au XVIIIe siècle. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.)

Urban (M.). Zur Geschichte der Pocken. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er oct.) — Contribution à l'histoire de la variole.

Wiberg (J.). Hippokrates og den hippokratiske patologi og terapi i de akutte sygdomme. (*Bibliotek for Læger*, oct.)

GÉNÉRALITÉS

Grellety. Pour les vieux médecins. In-16, 15 p. Mâcon.

Jahresbericht des Bürgerspitals Basel pro 1902. In-8°, 133 p. Bâle. — Compte rendu de l'hôpital civil de Bâle pour l'année 1902.

Medicinal-Bericht von Württemberg für das Jahr 1901. In-8°, 172 p. avec fig. Stuttgart. — Les affaires médicales dans le Wurtemberg pendant l'année 1901.

Rey-Pailhade (J. de). Sur les propriétés réductrices du philothion. In-8°, 8 p. Toulouse.

23e ANNEE. — N° 47. **Vingt centimes le numéro.** 25 NOVEMBRE 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen, par M. le professeur A. Jaquet 381
MÉDECINE PRATIQUE. — La dilatation forcée du sphincter anal comme moyen de traitement de l'entérocolite muco-membraneuse 383
CHIRURGIE PRATIQUE. — La méthode du « retournement » dans l'opération des fistules congénitales du cou 383
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Modifications de la pression artérielle, d'origine stomacale........ 384
Traitement des ulcérations cancéreuses par des badigeonnages d'adrénaline 384
Académie des sciences. — Contribution au traitement du cancer par les rayons X...... 384
Les diverses lettres au point de vue de la rapidité de la lecture........ 384
Sur l'oxydation du glucose dans le sang... 384
Société de chirurgie. — De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale........ 384
Société médicale des hôpitaux. — Hyperchloruration et déchloruration........ 384
L'hyper et l'hypochlorurie chez les cardiaques........ 384
Albuminurie au cours d'une crise d'hystérie 385
Sur certaines formes frustes de l'appendicite chronique........ 385
Société de biologie. — Sur l'augmentation du pouvoir glycolytique du sang après la ligature du canal de Wirsung........ 385
Cholémie familiale et cirrhoses alcooliques. 385
La rétention des chlorures dans ses rapports avec l'œdème........ 385
Echinococcose hydatique et échinococcose alvéolaire........ 385
Athérome aortique expérimental par injections répétées d'adrénaline........ 385
Sur l'absence d'hyperglycémie dans la glycosurie uranique........ 385
Pleurésie typhoïdique........ 385
Accidents laryngés tabétiques sans lésions bulbaires........ 386
Influence de la chlorurémie sur l'albuminurie........ 386
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Kyste du pancréas........ 386
Lipomatose symétrique améliorée par le traitement thyroïdien........ 386
Supériorité de l'opération vaginale sur la laparotomie en gynécologie........ 386
Lettres d'Autriche. — L'importance diagnostique et pronostique des affections de la rétine dans les néphrites........ 386
Traitement des céphalalgies syphilitiques par les sulfocyanures........ 386
La pression dans l'oreillette droite........ 386
Spondylite cervicale syphilitique........ 387
La valeur alimentaire des injections sous-cutanées de graisses........ 387
Lettres d'Amérique. — Le Corps médical aux Etats-Unis........ 387
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications italiennes.* — Recherches sur le sang et les échanges dans la cyanose congénitale (contribution à l'étude de l'hyperglobulie)........ 388
Un cas de syphilis contractée au début de la paralysie générale........ 388
Procédé nouveau de cure radicale de la hernie crurale........ 388
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Traitement des hémorrhoïdes par le simple écrasement.... 388
Traitement de la tuberculose pulmonaire par des injections intraveineuses d'éther iodoformé........ 388
Le carbonate de gaïacol contre la rougeole. 388
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Accidents laryngés tabétiques sans lésions bulbaires........ 386[1]
Adrénaline en badigeonnages contre les ulcérations cancéreuses........ 384[1]
Affections de la rétine dans les néphrites... 386[2]
Albuminurie et hystérie........ 385[1]
Appendicite chronique et ses formes frustes. 385[1]
Athérome aortique expérimental........ 385[3]
Cancer........ 384[1]
Carbonate de gaïacol contre la rougeole.... 388[3]
Cardiopathies et élimination des chlorures.. 384[3]
Céphalalgies syphilitiques........ 386[3]
Chlorurémie et albuminurie........ 386[1]
Chlorures et leur rétention dans la pathogénie des œdèmes........ 385[2]
Cirrhoses alcooliques et cholémie familiale.. 385[2]
Corps médical aux Etats-Unis........ 387[1]
Cure radicale de la hernie crurale........ 388[2]
Cyanose congénitale........ 388[1]
Dilatation forcée du sphincter anal contre l'entérocolite muco-membraneuse........ 383[2]
Distension de l'estomac et pression sanguine 384[1]
Echinococcose alvéolaire........ 385[2]
Ecrasement des hémorrhoïdes........ 388[2]
Entérocolite muco-membraneuse........ 383[2]
Ether iodoformé en injections intraveineuses contre la tuberculose pulmonaire........ 388[3]
Fibrin-ferment et sa production........ 386[1]
Fistules congénitales du cou........ 383[3]
Glucose et son oxydation dans le sang........ 384[2]
Glycosurie uranique et absence d'hyperglycémie........ 385[3]
Graisses en injections sous-cutanées et leur valeur alimentaire........ 387[1]
Hémorrhoïdes........ 388[2]
Hyperchloruration et déchloruration........ 384[3]
Hyper et hypochlorurie chez les cardiaques. 384[3]
Hystérectomie subtotale et dégénérescence maligne du moignon........ 384[2]
Hystérie et albuminurie........ 385[1]
Kyste du pancréas........ 386[1]
Lettres et rapidité de leur lecture........ 384[2]
Lipomatose symétrique........ 386[2]
Maladie de Thomsen et sa pathogénie...... 381[1]
Mycosis fongoïde........ 387[1]
Néphrites et altérations rétiniennes........ 386[2]
Opération vaginale et sa supériorité sur la laparotomie en gynécologie........ 386[2]
Pleurésie typhoïdique........ 385[3]
Pouvoir glycolytique du sang et ligature du canal de Wirsung........ 385[2]
Pression dans l'oreillette droite........ 386[3]
Radiothérapie du cancer........ 384[1]
— du mycosis fongoïde........ 387[1]
Retournement des fistules congénitales du cou........ 383[3]
Rougeole........ 388[3]
Sang et échanges dans la cyanose congénitale........ 388[1]
Spondylite cervicale syphilitique........ 387[1]
Sulfocyanures contre les céphalées syphilitiques........ 386[3]
Syphilis contractée au début de la paralysie générale........ 388[1]
Traitement de la lipomatose symétrique.... 386[2]
— de la rougeole........ 388[3]
— de la tuberculose pulmonaire... 388[3]
— de l'entérocolite muco-membraneuse........ 383[2]
— des céphalalgies syphilitiques... 386[3]
— des fistules congénitales du cou. 383[3]
— des hémorrhoïdes........ 388[2]
— des ulcérations cancéreuses..... 384[1]
— du cancer........ 384[1]
— du mycosis fongoïde........ 387[1]
Tuberculose pulmonaire........ 388[3]
Ulcérations cancéreuses........ 384[1]
Veine cave inférieure et son double courant sanguin........ 386[1]

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Jacquemet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Silhol est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Victor Schmieden est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur A. Kortchak-Tchepourkovsky est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Liège. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires P. Troisfontaines (*pathologie externe et clinique dermatologique et syphiligraphique*); F. Henrijean (*pharmacodynamie et clinique des maladies des vieillards*).

Medico-chirurgical College de Philadelphie. — Sont nommés professeurs : MM. les docteurs Hilary M. Christian (*clinique des maladies des voies urinaires*); George W. Pfromm (*thérapeutique*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Bellemanière (P.). L'action de la photothérapie sur l'adénite et l'arthrite tuberculeuses.

Bourdinière (J.). Contribution à l'étude de l'œsophagotomie externe.

Braunberger (M.). De l'utilité et de l'emploi des rayons X en ophtalmologie.

Chappé (T.). De la tuberculose du péricarde chez les enfants.

Congy (E.). Nécessité de création d'un Institut médico-légal à Paris.

Damaye (H.). Essai de diagnostic entre les états de débilités mentales.

Fatout (Ch.). Des troubles produits chez les nourrissons par la suralimentation.

Girod (E.). Maladie de Basedow à forme fruste.

Godefroy (M.). Recherches sur l'élimination du phosphore urinaire dans les cas graves de rhumatisme chronique.

Jouve (F.). Les hémorrhagies dans la diphtérie.

Kiproff (I.). Contribution à l'étude des accouchements par surprise.

Lecointe (G.). La duodénite ulcéreuse urémique.

Leroy (A.). Etude sur la sphygmomanométrie et ses divers appareils.

Marciteau (F.). Etude de quelques effets des injections hypertoniques.

Ollivier (E.). Etude sur la vaginalite aiguë blennorrhagique.

Sardain (J.-M.). La durée de la paralysie générale.

PHYSIOLOGIE

Dakin (H. D.). The products of the proteolytic action of an enzyme contained in the cells of the kidney. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 1.) — Les produits de l'action protéolytique d'une enzyme contenue dans les cellules rénales.

Hurtley (W. H.) et **Orton** (K. P.). The estimation of potassium and sodium in urine and in other material of organic origin. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 1.)

Rählmann (E.). Ultramikroskopische Untersuchung von Farbstoffmischungen und ihre physikalisch-physiologische Bedeutung. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 oct.) — L'analyse ultramicroscopique des mélanges de substances colorantes et sa signification physique et physiologique.

Sherrington (C. S.). The qualitative difference of spinal reflex corresponding with the qualitative difference of cutaneous stimulus. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 1.)

Tebb (M. Ch.). The precipitation of proteids by alcohol and certain other reagents. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 1.)

Zunz (E.). La digestion des substances albuminoïdes. (*Rev. de l'Université de Bruxelles*, juin-juillet.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Meyer (R.). Struma ovarii colloides. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 3.)

Mibelli (V.). Ueber die Zelldegeneration beim Rhinosklerom. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er nov.) — Dégénérescence cellulaire dans le rhinosclérome.

Pighini (G.). Degenerazioni primarie da tossici aspergillari e considerazioni sulla patologia delle affezioni sistematiche primarie; ricerche sperimentali. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Ribbert. Die Morphologie und Chemie der fettigen Degeneration. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 oct.) — La morphologie et la chimie de la dégénérescence graisseuse.

Ullmann (E.). Eine seltene Art von Cystenbildung in der Niere. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.) — Une variété rare de kyste du rein.

Zaaijer (J. H.). Bijdrage tot de kennis van den oorsprong en den bouw der naevuscellen en der naevotumoren. (*Thèse de Leyde.*)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Anzilotti (G.). Ricerche sperimentali sugli effetti dello scapsulamento del rene o nefrolisi. (*Clinica moderna*, 14 et 21 oct.)

Bourcart (M.). De la « réanimation » par le massage sous-diaphragmatique du cœur en cas de mort par le chloroforme. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Goodall (A.), **Gulland** (G. L.) et **Paton** (D. N.). Digestion leucocytosis in normal and in spleenless dogs. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 1.)

Marzocchi (V.) et **Bizzozero** (E.). Sulle conseguenze della legatura del dotto di Stenone; ricerche sperimentali. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 2.)

Pirone (R.). Sulla funzione difensiva del grande epiploon. (*Riforma med.*, 15 juillet.)

Sergent (E.). Levure de bière et suppuration [1er mémoire]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Shaw (W. V.). The immunisation of animals to the bacillus typhosus. (*Lancet*, 3 oct.)

Strasser (A.) et **Wolf** (H.). Volumsschwankungen der Milz und Niere nach thermischen Reizen. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, oct.) — Oscillations du volume de la rate et du rein sous l'influence des irritations thermiques.

Trolldenier. Tierversuche über subkutane Ernährung mit eiweisshaltigen Nährlösungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 oct.) — Essais d'alimentation sous-cutanée avec des solutions contenant des substances albuminoïdes.

Vignolo (Q.). Sull'applicabilità dell'anastomosi arterio-venosa nell'insufficienza della circolazione arteriosa regionale. (*Giorn. ital. delle scienze med.*, 16-31 juillet.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Herter (C. A.). The etiology and chemical pathology of gall-stones. (*Med. News*, 19 et 26 sept.) — L'étiologie et la chimie pathologique de la lithiase biliaire.

Micheli (F.) et **Donati** (M.). Sulle proprietà emolitiche degli estratti di organi e di tumori maligni; nota preliminare. (*Riforma med.*, 23 sept.)

Moreschi (C.). Ueber die Natur der Isohämolysine der Menschenblutsera. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 oct. et 2 nov.) — La nature des isohémolysines des sérums sanguins humains.

Morgenroth (J.). Ueber Gruber's Kälteeinwand gegen die Amboceptortheorie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 oct.) — L'argument du froid opposé par M. Gruber à la théorie des ambocepteurs.

Sihle (M.). Experimenteller Beitrag zur Physiologie des Brustvagus, nebst Bemerkungen über akute Lungenblähung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 oct.) — Recherches expérimentales sur la physiologie de la portion thoracique du nerf vague dans ses rapports avec la dilatation aiguë du poumon.

MÉDECINE

Alexander (W.). Ueber Stimmfremitus am Bauch. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 oct.) — Vibrations vocales abdominales.

Amantini (A.). Contributo allo studio delle malattie funzionali del cuore. (*Gazz. degli Osped.*, 4 oct.)

Ascoli (M.) et **Bonfanti** (A.). Weitere Untersuchungen über alimentäre Albuminurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 oct.)

Bickel (A.). Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Herzgrösse. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 oct.) — Influence de l'alcool sur les dimensions du cœur.

Bittorf (A.). Ein Fall von offenem Ductus Botalli. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 oct.) — Un cas de persistance du trou de Botal.

Burzi (G.). Bradicardia da miocardite acuta morbillosa. (*Gazz. degli Osped.*, 4 oct.)

Campani (A.). Necrosi del tessuto adiposo pancreatico e retroperitoneale. (*Clinica medica italiana*, fév.)

Chabannes. Etat puerpéral et ulcère de l'estomac. (*Lyon méd.*, 4 oct.)

Edel (P.). Ueber Wesen und Aetiologie der Schrumpfniere und ihre erfolgversprechende Behandlung; vorläufige Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Nature, étiologie et traitement rationnel du rein contracté.

Einhorn (M.). Ueber Cardioptose und ihren Zusammenhang mit Hepatoptose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 oct.) — La cardioptose et ses rapports avec l'hépatoptose.

Ferrannini (A.). La pseudo-insufficienza mitralica; osservazioni semeiologiche. (*Clinica moderna*, 30 sept.)

Fischer (Ch. S.). A convenient modification of tests for hydrochloric acid in gastric contents. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Foote (Ch. J.). A case of osteitis deformans, with heart complications. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Un cas d'ostéite déformante avec complications cardiaques.

Fromherz (E.). Zur Bedeutung der Hyperglobulie bei kongenitalen Herzkrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 oct.) — La signification de l'hyperglobulie dans les cardiopathies congénitales.

Gottlieb (A.). Ein Fall von Aneurysma varicosum der Aorta ascendens und Vena cava descendens. (*Prag. med. Wochensch.*, 8 oct.)

Lovera (B.). Osservazioni sulle ricadute nella polmonite crupale. (*Gazz. degli Osped.*, 18 oct.)

Oddo (C.). De l'utilité pratique de la cardiographie. (*Marseille méd.*, 1er oct.)

Olmer (D.) et **Audibert** (V.). De la rétention des chlorures dans l'ascite; note préliminaire. (*Marseille méd.*, 1er oct.)

Oppenheim (A.). Die Lageveränderungen der Leber und der Brustorgane bei Meteorismus; ihre Verwertung für Diagnose und Therapie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 oct.) — Les variations de la position du foie et des organes thoraciques dans le météorisme; leur valeur au point de vue du diagnostic et du traitement.

Piéry. Contribution à la valeur séméiologique des albumoses; sur une prétendue propriété spécifique des albumoses : leur coagulation par l'éther. (*Lyon méd.*, 11 oct.)

Riegel (F.). Ueber Herzbigeminie und Hemisystolie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 oct.)

Sabrazès (J.) et **Laffargue** (P.). La réaction de Hay est-elle révélatrice de l'urobilinurie? Elimination intermittente d'urobiline et de sels biliaires dans un cas de cirrhose atrophique pigmentaire. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 18 oct.)

Savill (Th. D.). A system of clinical medicine dealing with the diagnosis, prognosis and treatment of disease. Vol. I : Local diseases and microbic disorders. In-8°, 702 p. Londres.

Scott (J. A.). Splenic anæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Signorelli (A.). Contributo allo studio citologico dei versamenti liquidi infiammatori delle diverse sierose. (*Policlinico*, partie méd., X, 10.)

Vercilli (D.). Un caso di favismo. (*Gazz. degli Osped.*, 4 oct.)

Zypkin (S.). Beitrag zur Lehre von der Anaemia splenica. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 et 26 oct.)

MALADIES INFECTIEUSES

Allaria (G. B.). Mancata reazione di Widal in un neonato di madre tifosa. (*Policlinico*, 24 oct.)

Berlizheimer et **Meyer** (J.). Zwei Fälle von Tetanus acutus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 oct.)

Elgart (J.). Zur Prophylaxe der acuten Exantheme. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 2.)

Giudiceandrea (V.). L'ematologia nella febbre tifoide. In-8°, 312 p. avec fig. Rome.

Grünenwald (Th.). Ueber die Verwendung des alten Koch'schen Tuberkulins zur Erkennung der Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Sur l'emploi de l'ancienne tuberculine de Koch pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Jäger (H.). Die specifische Agglutination der Meningokokken als Hilfsmittel zu ihrer Artbestimmung und zur bakteriologischen Diagnose der epidemischen Genickstarre. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 2.) — L'agglutination spécifique des méningocoques comme moyen de déterminer leur espèce et de diagnostiquer bactériologiquement la méningite cérébro-spinale épidémique.

Kleine (F. K.). Ueber Rotz. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 2.) — De la morve.

Kohn (S.). Ueber eine seltene Masseninfection in einer Familie. (*Prag. med. Wochensch.*, 6 août.) — Sur une infection rare survenue dans une famille.

Kölzer (W.). Eine Anmerkung zu dem Lehrsatze: « Die ruhige Exspirationsluft des Phthisikers ist vollkommen frei von Tuberkelbacillen ». (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 2.) — L'air d'expiration calme du phtisique est-il complètement exempt de bacilles tuberculeux?

Koplik (H.). Tuberculosis of the tonsils and the tonsils as a portal of tubercular infection. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Korte (W.). Ein Beitrag zur Kenntnis des Paratyphus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 2.)

Neufeld (F.). Ueber Immunität und Agglutination bei Streptokokken. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 2.)

Pastega (A.). Due casi di peste bubbonica sul piroscafo « Duca di Galliera ». (*Ann. di med. navale*, juillet-août.)

Pickert (M.). Ueber den Wert der Tuberkulin-Diagnostik für die Lungenheilstätten. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Le diagnostic par la tuberculine au point de vue des sanatoria.

Pieraccini (G.). Il decubito dei tifosi. (*Clinica moderna*, 14 oct.)

Racine (H.) et **Bruns** (H.). Zur Aetiologie des sogenannten rheumatischen Tetanus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 oct.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, p. CLXXXIII, 2e colonne, sous la rubrique *Neurologie et psychiatrie*, 3e et 4e lignes de l'indication SEIFFER, au lieu de : Paralysies du nerf accessoire du brachial cutané interne dans le tabes, lire: *Paralysies du nerf spinal dans le tabes.*

Alter (W.). Ein Fall von Dipsomanie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 3.)

Buxbaum (B.). Ein Pulsphänomen bei Neurasthenie; vorläufige Mitteilung. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, oct.)

Cristiani (A.). Su di una singolare alterazione mnemonica in un alcoolista alienato uxoricida. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Frenkel (R.). Paramyoclonus multiplex de Friedreich (en russe). (*Prakt. Vratch*, 16 août.)

Goldflam (S.). Zur Aetiologie und Symptomatologie des intermittirenden Hinkens. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.) — Etiologie et symptomatologie de la claudication intermittente.

Halipré (A.). Les amyotrophies abarticulaires; leur origine spinale. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 oct.)

Kölpin (O.). Ueber den klinischen und anatomischen Befund in einem Falle von tuberculöser Erkrankung des rechten Atlanto-Occipitalgelenks; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des Ursprungs des spinalen Accessorius. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVII, 3.) — Etude anatomo-clinique d'un cas de tuberculose de l'articulation occipito-atloïdienne droite; contribution à l'étude de l'origine du nerf accessoire.

Levi-Bianchini (M.). Neologismi e scrittura nella demenza paranoide; contributo clinico alla psicologia della demenza primitiva o precoce. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXXI, 2 et 3.)

Mainzer. Idiopathischer Priapismus, neun Tage persistirend. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 oct.) — Priapisme idiopathique persistant pendant neuf jours.

Marie (Mme D.). L'évolution générale de l'assistance des aliénés. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Perusini (G.). Caratteri degenerativi e funzionalità : piede piatto e disturbi conseguenti. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Ravenna (E.). Contributo allo studio delle localizzazioni encefaliche nella corea e nella epilessia. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Ruhräh (J.). Spondylitis deformans. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Schittenhelm (A.). Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Cheiromegalie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.)

Valli (A.). Contributo alla conoscenza delle sindromi atetosiche. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Hulieu. Sur l'installation de la syphilide pigmentaire du cou (étude clinique). (*Ann. de dermatol. et de syph.*, oct.)

Martinez Vargas (A.). La esplenomegalia en el diagnóstico de la heredo-sífilis. (*Medicina de los niños*, oct.)

Nicolle (Ch.). Le ganglion mastoïdien dans la syphilis secondaire; sa valeur diagnostique [2e mémoire]. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 oct.)

Nobl (G.). Ueber den Fersenschmerz der Blennorrhoekranken (Bursitis achillea profunda). (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 9.)

Peyri. Un caso de dermatitis exfoliatrix generalizada. (*Medicina de los niños*, sept.)

Salles. Syphilis héréditaire précoce. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 oct.)

Secchi (T.) et **Serra** (A.). Osservazioni cliniche, batteriologiche, ematologiche ed istologiche sul pemfigo cronico. (*Riforma med.*, 23 et 30 sept.)

Voirol (A.). Ein Beitrag zur Aetiologie und Kasuistik des Lupus erythematodes. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 5, 8, 12, 15, 19 et 22 oct.)

Wilson (J. C.) et **Kalteyer** (F. J.). Report of a case of sarcomatosis cutis, together with an analytical study of 50 other cases collected from the recent literature. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

PARASITOLOGIE

Ceni (C.). Localizzazione delle spore aspergillari nelle glandole mesenteriche dei pellagrosi e loro consecutiva attenuazione. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Craig (Ch. F.). The occurrence of uncinariasis (ankylostomiasis) in soldiers of the United States Army. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Price (M. L.). Occurrence of the Strongyloides intestinalis in the United States. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 et 19 sept.)

Saitta (S.). Myiasis da Cephalomyia ovis. (*Gazz. degli Osped.*, 25 oct.)

Smith (A. J.). Uncinariasis in Texas. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — L'ankylostomiase au Texas.

Ward (H. B.). Precision in the determination of human parasites. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 sept.)

CHIRURGIE

Albanus (G.). Thrombosen und Embolien nach Laparotomien. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 2.)

Armour (D.). The surgical treatment of intestinal perforation in typhoid fever. (*Lancet*, 3 oct.)

Audibert (V.). Sur l'utilité de l'examen du sang en chirurgie. (*Marseille méd.*, 1er nov.)

Avanzino (G.). Due casi di stenosi del piloro per ingestione di acidi; trattamento chirurgico. (*Policlinico*, 24 oct.)

Bastianelli (P.). Contributo allo studio delle condizioni impedienti il circolo vizioso nella gastro-enterostomia posteriore inferiore a mezzo del bottone del Murphy; statistica personale di 12 casi. (*Policlinico*, partie chir., X, 10.)

Bataille (Ch.). Fibrome muqueux de la région fessière; ablation; guérison. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 oct.)

Beck (K.). Ueber die Schwierigkeit, das Verhältnis der anatomischen Veränderungen zu den klinischen Erscheinungen bei der Entzündung des Wurmfortsatzes zu würdigen, und über die Operationstechnik. (*Wien. klin. Rundschau*, 2, 9 et 16 août.) — Sur la difficulté d'apprécier les rapports entre les lésions anatomo-pathologiques et les symptômes cliniques de l'appendicite, et sur la technique opératoire.

Bevan (A. D.). The surgical treatment of undescended testicle. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 sept.)

Brunner (C.). Zu den retropharyngealen Tumoren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 2.)

Cardenal (L.). A propos d'un cas de pseudoleucémie. (*Arch. internation. de chir.*, I, 2.)

Castro (M.). Gastrectomía cilíndrica con resección del colon por cáncer anular del estómago. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

D'Antona. Caso di aneurisma bilaterale omonimo delle due ischiatiche; legatura delle due ipogastriche; guarigione. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.)

Derocque (P.) et **Petit** (J.). A propos d'un cas de décollement épiphysaire du genou. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 nov.)

Géraud (L.). Etude sur quelques localisations peu fréquentes des kystes hydatiques. (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, août.)

Giannettasio (N.). Sull'arterite tubercolare; contribuzione clinica e ricerche istopatologiche. (*Policlinico*, partie chir., X, 10.)

Gibbon (J. H.). Obstruction of the bowels and peritonitis due to a strangulated Meckel diverticulum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Jonnesco (Th.). Appendicite. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucharest*, mai-juin.)

Karlow (A.). Bukbraack efter appendicitoperation. (*Hygiea*, nov.) — Hernie abdominale consécutive à une laparotomie pour appendicite.

Kehr (H.). Der erste Fall von erfolgreicher Unterbindung der Art. hepatica propria wegen Aneurysma. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Le premier cas de ligature, avec succès, de l'artère hépatique pour anévrysme.

Korteweg (J. A.). Aneurysma traumaticum van de arteria vertebralis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 nov.)

Lamas (A.). Sobre un caso de torticolis. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.)

Lambret. La main bote acquise d'origine osseuse. (*Echo méd. du Nord*, 1er nov.)

Mariani (C.). Una modificazione nella tecnica delle operazioni articolari nel gomito. (*Policlinico*, 31 oct.) — Une modification dans le manuel opératoire de la résection du coude.

Meeker (I. A.). Nitrous oxide in the production of surgical anæsthesia. (*Med. Record*, 26 sept.)

Michalski (J.). Kasuistischer Beitrag zur Fremdkörper-Appendicitis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Appendicite par corps étranger.

Mitchell (L. J.). Two cases of retroperitoneal hernia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Momo (C.). Le ernie congenite nella legge degli infortuni sul lavoro. (*Gazz. degli Osped.*, 25 oct.)

Mondino (L.). Hernia por deslizamiento del ciego. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.) — Hernie par glissement du cæcum.

Perassi (A.). Appunti di chirurgia applicabile sul campo di battaglia. (*Giorn. med. del R.° esercito*, juillet.)

Rotgans (J.). Een operatie voor de hernia inguino-cruralis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 31 oct.)

Salinari (S.). La chirurgia delle vie biliari. (*Boll. delle scienze med. di Bologna*, avril, mai, juin, juillet, août, sept., oct. et nov.)

Sheldon (J. G.). A case of aneurism of the innominate artery; ligation of the right common carotid and subclavian arteries, followed by secondary hemorrhage and death. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. 23. Heft: Kleinere Mitteilungen über Schussverletzungen. In-8°, 53 p. avec planches. Berlin. — A propos des plaies par armes à feu.

Viscardi (G.). Contributo alla chirurgia d'urgenza in condotta. (*Policlinico*, 24 oct.) — Contribution à la chirurgie d'urgence à la campagne.

Wathen (W. H.). Timely operation in primary appendicitis. (*Med. News*, 24 oct.) — Opération précoce dans l'appendicite primitive.

UROLOGIE

Cauterman (F.). Prostatectomie totale par la voie sus pubienne. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, sept.-oct.)

Freyer (P. J.). A further series of 32 cases of total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct.)

Hartmann (H.). La séparation intravésicale des urines. (*Arch. internation. de chir.*, I, 2.)

Hock (A.). Ueber die Methoden, den Harn jeder Niere gesondert aufzufangen. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er, 8 et 15 oct.) — Sur les méthodes de séparation de l'urine.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Cameron (M.). Diagnosis and treatment of uterine fibroids. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct.)

Coen (G.). Le cisti dermoidi intraligamentose; studio critico clinico. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, juillet-août.)

Magnanini (N.). Hernie de l'utérus, des ovaires et des trompes (variété inguinale). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Nicholson (H. O.). Some remarks on the maternal circulation in pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 3 oct.)

Oliver (J.). Clinical study of internal haemorrhage in association with ectopic pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 3 oct.)

Purslow (C. E.). A case of persistence of the urogenital sinus, with especial reference to the later theories of the mode of development of the female genital tract. (*Brit. Med. Journ.*, 3 oct.)

Stowe (H. M.). Phlegmasia alba dolens and its treatment. (*New York Med. Journ.*, 15 août.)

Wechsberg (L.). Zur Histologie der hymenalen Atresie der Scheide. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 oct.)

PÉDIATRIE

Comby (J.). Tratado de las enfermedades de la infancia. (Trad. du français par Andrés Martinez Vargas.) 2e éd. Fasc. 7 à 15. In-8°, p. 241 à 600. Barcelone. Salvat et Cie.

Fuller (A. W.). Some investigations on the urine of children. (*Lancet*, 10 oct.) — Quelques recherches sur les urines des enfants.

Griffith (J. P. C.). Typhoid fever in infancy and childhood. (*Med. News*, 26 sept.)

Knöpfelmacher (W.). Kuhmilch als Säuglingsnahrung (*Wien. med. Wochensch.*, 17 oct.) — Le lait de vache dans l'allaitement des nourrissons.

Lieblein (V.). Zur Casuistik der Coxa vara infantum. (*Prag. med. Wochensch.*, 22 oct.)

McCleary (G. F.). Infant feeding. (*Lancet*, 3 oct.) — L'alimentation des enfants en bas âge.

Probst (M.). Zur Klinik und Anatomie fortschreitender Verblödungsprozesse im Kindesalter. (*Wien med. Wochensch.*, 20 et 27 juin.) — Etude clinique et anatomique de la paralysie progressive infantile.

Rotch (Th. M.). Infantile scorbutus. (*Med. News*, 12 sept.)

Zappert (J.) et **Jolles** (A.). Ueber Untersuchungen der Milch beider Brüste. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 oct.) — Analyse du lait de chacune des deux glandes mammaires.

TÉRATOLOGIE

Abbott (H. K.). A case of abnormal arrangement of the aortic valves. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, oct.)

Cranwell (D. J.). Ausencia congénita del radio. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Janssen (H. A.). Polymastie bij een man. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 nov.) — Polymastie chez un jeune homme de dix-neuf ans.

Smith (G. E.). Note on an abnormal colon. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, oct.)

Young (A. H.). Abnormalities of the renal arteries, with remarks on their development and morphology. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, oct.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Badiali (G.). Considerazioni sui diversi metodi di cura nella difterite del laringe. (*Nuovo raccoglitore med.*, août.)

Botey (R.). Un segundo caso de trepanación del laberinto. (*Arch. latinos de rinol., laringol., otol.*, juillet-oct.)

Ceraulo (D. S.). Un caso di ferita ampia del condotto laringo-tracheale. (*Gazz. degli Osped.*, 25 oct.) — Plaie étendue du conduit laryngo-trachéal.

Chappell (W. F.). Complete removal of the left vocal cord for malignant disease. (*New York Med. Journ.*, 1er août.) — Ablation complète de la corde vocale gauche pour néoplasme malin.

Connell (F. G.). The subcutaneous injection of paraffin for the correction of deformities of the nose. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 et 26 sept.)

Föderl (O.). Ueber Gaumenplastik aus der Nasenscheidewand. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 oct.) — Palatoplastie aux dépens de la cloison du nez.

Neudörfer (A.). Operative Verkleinerung der Nase. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 oct.) — Opération pour rapetisser le nez.

Oppenheimer (S.). Mastoid disease and meningitis. (*Med. News*, 5 sept.)

Packard (F. R.). The etiology of nasal polypi, with especial reference to their association with other pathological conditions. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Schüller (A.). Klinische Beiträge zur Kasuistik der Kehlkopflähmungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 sept.) — Contribution à l'étude clinique des paralysies laryngées.

Smith (H.). Paraffin injected subcutaneously for the correction of nasal and other deformities. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 sept.)

Syme (W. S.). The difficulties and dangers of mastoid operations. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Theisen (C. F.). Hypertrophic tuberculosis of the larynx. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Wahby (B.). Abnormal nasal bones. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, oct.) — Anomalies du squelette du nez.

HYGIÈNE

Bär (G.). Ein Beitrag zur Heilstättenfrage; über Schiffsanatorien. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Sanatoria à bord des navires.

Baucher (F.). Analyse chimique et bactériologique des eaux potables et minérales; épuration des eaux; législation. In-18, 417 p. avec fig.

Cangi (A.). Sulle intossicazioni per alimenti infetti e guasti (carne, pesce, molluschi, crostacei). (*Benessere*, X, 16.)

Duclaux (E.). Etudes d'hydrographie souterraine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août et oct.)

Garnisonsbeschreibungen vom Standpunkt der Gesundheitspflege. T. VII : Bremen. In-8°, 210 p. avec fig. et planches. Berlin. — Rapports sanitaires sur les villes de garnison [de l'Allemagne] : Brême. (Publication du ministère de la guerre.)

Marin (P.). Destruction des rats à bord des navires chargés. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Wyss (O.). Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahr und Blasenseuche der Milchtiere. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er nov.) — La mortalité des enfants en bas âge et la maladie aphteuse des vaches laitières.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Butler (G. R.). Concerning some points in the treatment of typhoid fever. (*Med. News*, 26 sept.)

Gumprecht (F.). Técnica de la terapéutica especial. (Trad. de l'allemand par Ricardo Zariquiey et Augusto Marije.) Fasc. 3 à 6. In-8°, p. 81 à 240, avec fig. Barcelone. Salvat et Cie.

Kolipinski (L.). Therapeutics of potassium copaibate. (*Med. News*, 12 sept.)

Kosinski. Trouvera-t-on jamais un remède pour guérir le cancer? (*Arch. internation. de chir.*, I, 2.)

Mauriac (E.). Le vin au point de vue médical. In-8°, 28 p.

Menzer. Die Streptokokkenserumbehandlung der Tuberkulosemischinfektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Le sérum antistreptococcique contre les infections associées à la tuberculose.

Mohr (L.) et **Dapper** (C.). Beiträge zur Diätetik der Nierenkrankheiten : Ueber den Einfluss vermehrter und verminderter Flüssigkeitszufuhr auf die Funktion erkrankter Nieren. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.) — Contribution à la diététique des affections rénales.

Moll (L.). Die blutstillende Wirkung der Gelatine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 oct.) — L'action hémostatique de la gélatine.

Moser (P.). Die Serumbehandlung bei Scharlach. (*Wien. med. Wochensch.*, 31 oct.) — La sérothérapie de la scarlatine.

Natale (N.). Pustola maligna e siero anticarbonchioso Sclavo. (*Gazz. degli Osped.*, 25 oct.)

Osborne (O. T.). What ought we to expect from cardiac drugs in heart weakness? (*Med. News*, 19 sept.) — Que devons-nous attendre des médicaments cardiaques dans la faiblesse du cœur?

Paltauf (R.). Das Wesen und die Aussichten der Serotherapie. (*Wien. med. Wochensch.*, 31 oct.) — La nature et l'avenir de la sérothérapie.

Penzoldt (F.). Fármacoterapia clínica (tratamiento medicamentoso). (Trad. de l'allemand par José Góngora et Augusto Marije.) Fasc. 6 à 11. In-8°, p. 201 à 435. Barcelone. Salvat et Cie.

Rolandi (U.). La gelatina nelle enterocoliti ulcerative e dissenteriche. (*Policlinico*, 3 oct.)

Smith (D. L.). Some observations and comparisons on the dietetic and drug treatment in chronic pulmonary tuberculosis. (*Lancet*, 10 oct.)

Steiner (K. A.). Die Behandlung der Pneumonia crouposa im Kindesalter mit Guajacolum carbonicum. (*Pest. med.-chir. Presse*, 1er nov.) — Traitement de la pneumonie lobaire chez les enfants par le carbonate de gaïacol.

Vaccari (A.). L'apomorfina contro l'ubbriachezza. (*Ann. di med. navale*, juin.) — L'apomorphine contre l'ivresse alcoolique.

ELECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Albers-Schönberg. Ueber eine bisher unbekannte Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Organismus der Tiere. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct.) — Un effet non encore connu des rayons de Röntgen sur l'organisme animal.

Bouchard (Ch.). Traité de radiologie médicale. In-8°, 1105 p. avec fig. et planches.

Costa (J. R.). Radioscopia de cálculos renales; ventajas del diafragma cilíndrico de plomo en la radiografía. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Dobrzyniecki (A. von). Die Lichttherapie in der Zahnheilkunde. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 juin.) — La photothérapie dans l'art dentaire.

Lewers (A. H. N.). A case of hairpin in the uterus, discovered by the X rays. (*Brit. Med. Journ.*, 3 oct.) — Epingle à cheveux, découverte dans l'utérus à l'aide des rayons X.

Rieder (H.). Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 oct.) — Les résultats de la photothérapie.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Drouineau (A.). Influence exercée sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire par le séjour au bord de la mer et, en particulier, par le séjour dans l'île de Ré. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXV, 2.)

Katz (J.). Deutsch-Süd-West-Afrika als Kuraufenthalt für Tuberculöse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 oct.) — Les possessions allemandes du sud-ouest de l'Afrique en tant que séjour pour les tuberculeux.

Rossiter (F. M.). Hydrotherapy in the treatment of chronic diseases. (*Med. Record*, 29 août.)

Winternitz (W.). Prophylaxe und Hydrotherapie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 2 nov.)

23e ANNÉE. — N° 48. Vingt centimes le numéro. 2 DÉCEMBRE 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE. — De la glycolyse dans ses rapports avec le diabète sucré, par M. le professeur R. Lépine 389
MÉDECINE PRATIQUE. — La crépitation laryngée, signe de tuberculose pulmonaire, par M. le docteur Remouchamps........... 392
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Essai de traitement de la tuberculose avec le sérum de Marmorek........ 392
Pseudo-asthme d'origine gastrique........ 393
Académie des sciences. — Sur les tuberculines. 393
Société de chirurgie. — Rupture traumatique de l'urèthre membraneux............ 393
De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale 393
Société médicale des hôpitaux. — Appendicite larvée et menstruation.......... 393
Œdème pulmonaire provoqué par l'injection de sérum artificiel chez un artérioscléreux.................................. 394
Société de biologie. — Purpura expérimental 394
Sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux............ 394
Sur la motricité du tube digestif.......... 394
Saphrophytisme du coccobacille de Pfeiffer 394
ETRANGER : *Société de médecine interne de Berlin.* — Sur le ferment glycolytique......... 394
Fistule trachéo-œsophagienne.......... 394
Académie de médecine de Belgique. — Sur un procédé de craniectomie occipitale...... 394
Lettres d'Autriche. — Leucémie lymphatique à grosses et à petites cellules........ 395
Cathétérisme des uretères et diagnostic fonctionnel des affections rénales........ 395
Lettres d'Amérique. — Sociétés et Associations médicales aux Etats-Unis........ 395
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Dangers de l'emploi de l'adrénaline dans les stades avancés de la maladie d'Addison.............. 396
Les injections intraveineuses d'une solution faible de nitrate d'argent comme moyen de traitement des infections généralisées. 396
L'opothérapie rénale contre les suppurations du rein.............................. 396
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Adrénaline et ses dangers dans la maladie d'Addison à un stade avancé.......... 396[2]
Albuminurie et hystérie.................. 394[1]
Appendicite larvée et menstruation........ 393[3]
Coccobacille de Pfeiffer et son saphrophytisme................................. 394[2]
Craniectomie occipitale.................. 394[3]
Crépitation laryngée dans la tuberculose pulmonaire............................ 392[1]
Diabète sucré et glycolyse................ 389[1]
Ferment glycolytique...................... 394[2]
Fistule trachéo-œsophagienne.............. 394[3]
Glycolyse et diabète sucré................ 389[1]
Hystérectomie subtotale et dégénérescence maligne de moignon.................. 393[3]
Hystérie et albuminurie................... 394[1]
Infections généralisées................... 396[3]
Leucémie lymphatique à grosses et à petites cellules........................... 395[1]
Liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et sa toxicité.............. 394[1]
Maladie d'Addison à un stade avancé et dangers de l'adrénaline................ 396[2]
Menstruation et appendicite larvée........ 393[3]
Nitrate d'argent en injections intraveineuses dans les infections généralisées.......... 396[3]
Œdème pulmonaire par injection de sérum artificiel............................ 394[1]
Opothérapie rénale contre les suppurations du rein............................ 396[3]
Paralysie générale et toxicité du liquide céphalo-rachidien.................... 394[1]
Pseudo-asthme d'origine gastrique......... 393[1]
Purpura expérimental...................... 394[1]
Reins et leurs différences de fonctionnement à l'état normal..................... 395[1]
Rupture traumatique de l'urèthre membraneux................................. 393[2]
Sérum antituberculeux de Marmorek........ 392[2]
— artificiel et œdème pulmonaire...... 394[1]
Sociétés et Associations médicales aux Etats-Unis............................ 395[2]
Suppurations des reins................... 396[3]
Traitement de la maladie d'Addison........ 396[2]
— de la tuberculose......... 392[2] 393[1]
— des infections généralisées...... 396[3]
— des ruptures traumatiques de l'urèthre membraneux.......... 393[2]
— des suppurations des reins...... 396[3]
Tube digestif et sa motricité.............. 394[2]
Tuberculines............................. 393[1]
Tuberculose.................. 392[2] 393[1]
— pulmonaire et crépitation laryngée..................................... 392[1]

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Caen. — M. Chrétien, docteur ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur P. Ruitinga est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. K. F. Wenckebach, démissionnaire.

Faculté de médecine de Breslau. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Friedrich Henke, privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Salvatore Amico-Roxas est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Karl H. Kisskalt est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Hermann Schloffer, professeur extraordinaire à la Faculté allemande de médecine de Prague, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. V. von Hacker.

Faculté de médecine de Kharkov. — M. le docteur P. V. Mikhine, privatdocent, est nommé professeur extraordinaire d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie.

Faculté de médecine de Königsberg. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Bernhard Rosinski, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Edmond Biernacki est nommé privatdocent de pathologie générale et expérimentale.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Francesco Sanfelice, professeur à la Faculté de médecine de Cagliari, est nommé professeur ordinaire d'hygiène.

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur A. Déchine est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Giovanni Velo, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Karl Walko est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Riccardo Dalla Vedova est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les privatdocenten Maximilian Sternberg (*médecine interne*), Eduard Spiegler (*dermatologie et syphiligraphie*), Michael Grossmann (*laryngologie*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. — M. le docteur Duflocq, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Friedrich Goll, ancien professeur extraordinaire de matière médicale à la Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur R. Göldlin, instructeur en chef des troupes sanitaires suisses. — M. le docteur G. Reyher, ancien privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur Julian Aguilar, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Buénos-Ayres. — M. le docteur William W. Seely, professeur d'ophtalmologie et d'otologie au Medical College of Ohio de Cincinnati. — M. le docteur Robert Wood Mitchell, ancien professeur de matière médicale au Memphis Hospital Medical College. — M. le docteur Archibald Atkinson, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale au College of Physicians and Surgeons de Baltimore.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Andrieu (G.). Etude sur l'anatomie pathologique et le traitement des hernies de l'S iliaque par glissement.

Artaud (E.). Exposé de quelques-uns des traitements des fractures de la rotule.

Aucopt (H.). De l'hystérie traumatique et de la simulation (étude médico-légale).

Bardin (H.). Le prurigo chez l'enfant; étiologie, diagnostic, traitement.

Bardon (Ch.). Quelques mots sur le rôle étiologique des maladies infectieuses dans l'appendicite.

Béasse (L.). Contribution à l'étude des malformations génitales chez la femme, et particulièrement de l'utérus et du vagin doubles.

Calsac (E.). De l'hypothermie dans les encéphalopathies chroniques de l'enfance.

Camus (P.). De l'emphysème sous-cutané dans les pneumonies de l'enfant.

Cazeaux (P.). Etudes anatomiques des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques.

Diot (G.). A propos de la réglementation des nourrices mercenaires.

Ehrmann (A.). Des rapports de l'appendicite avec l'entérocolite muco-membraneuse.

Ely (L.). De quelques causes du dépérissement chez les enfants du premier âge; le séjour à la campagne.

Fagault (E.). Recherches cliniques et expérimentales sur l'empoisonnement par les champignons.

Faleur (G.). Contribution à l'étude de la tuberculose osseuse juxta-articulaire.

Gouin (G.). Fistules entéro-utérines.

Hahn (L.-J.). Contribution à l'étude des bruits musicaux du cœur.

Hubert (C.). De l'épilepsie tardive.

Lebreton (J.). Inégalité de développement chez les jumeaux.

Lélu (V.). Les végétations des organes génitaux chez la femme.

Masson (P.). Contribution à l'étude des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille.

Mettey (E.). Quelques recherches cliniques et expérimentales sur l'éblouissement électrique.

Nazare-Aga (A.-K.). Contribution à l'étude des conférences sanitaires internationales dans leurs rapports avec la prophylaxie des maladies pestilentielles en Perse.

Pasquier. L'action de l'exercice musculaire raisonné sur l'anatomie et la physiologie de l'adolescent.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Frazer (J. E.). The lower cervical fasciæ. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, oct.) — Les aponévroses profondes du cou.

Monnier (A.). Etude pratique du lobe hépatique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 26 sept.)

Moore (F. C.). The unsymmetrical kidney; its compensatory enlargement. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, oct.) — Le rein non symétrique; son hypertrophie compensatrice.

Ramón y Cajal (S.). Sobre un sencillo proceder de impregnación de las fibrillas interiores de protoplasma nervioso. (*Arch. latines de méd. et de biol.*, I, 1.) — Sur un nouveau procédé d'imprégnation des fibrilles intérieures du protoplasma nerveux.

Stein (A.). Ueber Schnellhärtung und Schnelleinbettung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 oct.) — Sur un procédé rapide de durcissement et d'inclusion [pour préparations histologiques].

Vincent (S.). A discussion of some points in connexion with the suprarenal glands cortical and medullary. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, oct.)

Wright (W.). A case of accessory patellæ in the human subject, with remarks on emargination of the patella. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, oct.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Anzilotti (G.). Sopra una speciale forma di emoangioma. (*Clinica moderna*, 28 oct. et 4 nov.)

Bartels (M.). Ueber das Verhalten der Axencylinder bei der multiplen Sklerose. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.)

Breinl (A.). Ueber einen Fall von in die Bauchhöhle hinausgewachsenem Sarkom des Wirbelkanals bei einem sechsmonatlichen Foetus. (*Prag. med. Wochensch.*, 15 oct.) — Sur un cas de sarcome du canal vertébral, s'étendant jusque dans la cavité abdominale, chez un fœtus de six mois.

Fabozzi (S.). Ueber die Histogenese des primären Krebses des Pankreas. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXXIV, 2.) — L'histogenèse du cancer primitif du pancréas.

Olivetti. Ein seltener Fall von epiphrenalem Divertikel der Speiseröhre. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 2.) — Un cas rare de diverticule sus-diaphragmatique de l'œsophage.

Weill (E.) et **Gallavardin** (L.). Note sur l'anatomie pathologique de la myélite aiguë diffuse (myélites à cellules épithélioïdes). (*Rev. neurol.*, 31 oct.)

Wischmann (C.). Ueber einen Fall von Adenoma cylindrocellulare papilliferum psammomatosum der Schilddrüse. (*Prag. med. Wochensch.*, 5 nov.) — Adénome cylindrocellulaire papillifère psammomateux de la glande thyroïde.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Félix (E.). Contribution à l'étude de l'identité de la variole et de la vaccine. (*Bull. de la Soc. vaudoise des scienc. natur.*, XXXIX, 148.)

Grünenwald (Th.). Ueber Hauttemperaturen bei fiebernden Kranken. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 3-4.) — Des températures de la peau chez les fébricitants.

Jaksch (R. von). Weitere Mitteilungen über die Verteilung der stickstoffhaltigen Substanzen im Harne des kranken Menschen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 3-4.) — Nouvelles recherches sur la répartition des substances azotées dans l'urine des malades.

Lang (G.). Ueber den Einfluss des Wassers, der Eiweissstoffe, Kohlehydrate und Fette auf die Magensaftsekretion des Menschen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 3-4.) — Influence de l'eau, des albuminoïdes, des hydrocarbures et des graisses sur la sécrétion de suc gastrique chez l'homme.

Lüthje (H.). Ist die Zerstörung des Zuckers nach Pankreasexstirpation vollständig aufgehoben? (*Münch. med. Wochensch.*, 8 sept.) — La destruction du sucre est-elle complètement abolie après l'extirpation du pancréas?

Moynac (L.). Manuel de pathologie générale et de diagnostic. 6e éd. annotée par C. Hillemand. T. Ier. In-8°, 755 p. avec fig.

Rolly. Experimentelle Untersuchungen über Wärmestichhyperthermie und Fieber, mit besonderer Berücksichtigung des Glykogenstoffwechsels. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 3-4.) — Recherches expérimentales sur l'hyperthermie par piqûre des centres thermiques et sur la fièvre, en particulier au point de vue des échanges du glycogène.

White (W. H.). Vermehrte Wärmebildung als eine Ursache des Fiebers. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 3-4.) — La production exagérée de chaleur en tant que cause de la fièvre.

MÉDECINE

Ascher. Tuberculöse und nicht tuberculöse Erkrankungen der Athmungsorgane in Preussen seit 1875. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 nov.) — Les affections tuberculeuses et non tuberculeuses des organes respiratoires en Prusse depuis 1875.

Bernabei (C.). Di un rumore simile al « bruit de diable » d'origine muscolare (mioclonia fibrillare o fonomioclonia). (*Gazz. internazion. di med.*, 30 avril.)

Cipolla (N.). Alcune considerazioni sopra un caso di nefrite acuta con intossicazione uremica. (*Morgagni*, sept.)

Citron (H.). Die chemische Untersuchung des Mageninhalts in der ärztlichen Praxis, nebst Bemerkungen über Ausheberung und Auswaschung des Magens. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 26 oct.) — L'analyse chimique du contenu stomacal dans la pratique médicale; remarques sur l'évacuation et le lavage de l'estomac.

Cohnheim (P.). Ueber Palpation und Auskultation des normal grossen Pylorus und deren Bedeutung für die sogenannten Phantomtumoren im Abdomen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 3-4.)

Cowan (J. M.) et **Ferguson** (A. R.). 5 illustrative cases of congenital heart disease. (*Lancet*, 3 oct.) — 5 cas de cardiopathie congénitale.

Croner (W.). Ueber 100 poliklinisch beobachtete Fälle von Diabetes mellitus, insbesondere ihre Beziehung zur Tuberkulose und Arteriosklerose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 nov.)

D'Amato (L.). Sulla stenosi ipertrofica del piloro (linite plastica del piloro). (*Riv. critica di clinica medica*, 20 sept.)

Elliott (A. R.). Chronic nephritis without albuminuria. (*Med. News*, 19 sept.) — Néphrite chronique sans albuminurie.

Famulari (S.). Del metodo razionale e di un nuovo apparecchio per eseguire la toracentesi. (*Policlinico*, 19 sept.)

Glaser (F.). Ueber Eventratio diaphragmatica. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 3 4.)

Grützner (P.). Ueber die Zerkleinerung menschlicher Fäces. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 oct.) — Trituration des matières fécales.

Hart (T. S.). Chronic lymphatic leucæmia complicated by pneumonia. (*New York Med. Journ.*, 1er août.)

Huertas (F.). La pelagra en España. (*Arch. latines de méd. et de biol.*, I, 1.)

Kaiserling (O.). Die klinische Pepsinbestimmung nach Mette. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 nov.) — Le dosage de la pepsine d'après le procédé de Mette.

Kohn (H.). Ueber die chronischen Pneumonien. (*Berlin. Klinik*, nov.)

Köppe (H.). Physikalische Diagnostik der Nierenthätigkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 nov.) — Moyens physiques de diagnostic de l'état fonctionnel des reins.

Mays (Th. J.). The death rate of pneumonia. (*New York Med. Journ.*, 1er août.) — La mortalité par pneumonie.

McCaskey (G. W.). Chronic gastritis, a clinical study of 600 cases. (*New York Med. Journ.*, 15 août.)

Moraczewski (W. von). Fieberverlauf bei einem Splenectomirten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 nov.) — L'évolution de la fièvre chez un splénectomisé.

Pensuti (V.). Saggio di clinografia; nuovo metodo per la rappresentazione grafica degli esami obbiettivi degli infermi. In-8°, 42 p. avec fig. Rome.

Popoff (L.). Ueber temporäre functionelle Stenose des linken venösen Ostiums mit Insufficienz der Mitralklappe bei chronischer Myocarditis und ermüdetem Herzen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 17 et 24 oct.) — Sténose fonctionnelle temporaire de l'orifice veineux gauche avec insuffisance mitrale dans la myocardite chronique et dans le surmenage du cœur.

Roussel (A.). Du traitement de l'entérocolite muco-membraneuse par la dilatation forcée du sphincter anal. (*Loire méd.*, nov.)

Signorelli (A.). Contributo allo studio citologico dei versamenti liquidi inflammatori delle diverse sierose e del liquido cefalorachidiano in ispecie. (*Arch. latines de méd. et de biol.*, I, 1.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bernstein (M.). Ueber Immunität nach Bestehung der Blattern und über die Notwendigkeit der Durchführung der Revaccination. (*Wien. med. Presse*, 6 sept.) — L'immunité conférée par la variole et la nécessité de la revaccination.

Birnbaum (E.) et **Weber** (H.). Ueber pustulöse Typhusroseola, nebst bakteriologischen Untersuchungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 nov.)

Ficker (M.). Ueber ein Typhusdiagnosticum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 nov.)

Hektoen (L.). Note on typhoid fever and scarlet fever with special reference to the diagnostic value of blood cultures. (*Med. News*, 26 sept.)

Hess (O.). Die Angina Vincenti. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 oct.)

Higley (H. A.). Differential leucocyte count in the early days of typhoid fever. (*Med. Record*, 19 sept.) — Numération leucocytaire au début de la fièvre typhoïde.

Jochmann (G.). Bakteriologische und anatomische Studien bei Scharlach, mit besonderer Berücksichtigung der Blutuntersuchung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 3-4.) — Recherches bactériologiques et anatomiques sur la scarlatine, surtout au point de vue de l'examen du sang.

Jürgelunas (A.). Ueber die Serumtherapie des Milzbrandes. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 2.) — De la sérothérapie du charbon.

Jürgens. Zur Aetiologie der Ruhr. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 nov.) — Contribution à l'étiologie de la dysenterie.

Kermorgant (A.). Maladies épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1901. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Landtsheer (de). Réinfections dans la rougeole. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, sept.-oct.)

Lortet. La peste; à propos du dernier foyer déclaré à Marseille. (*Lyon méd.*, 1er nov.)

Marchetti (G.) et **Stefanelli** (P.). Sulla siero-reazione tubercolare. (*Riv. critica di clinica medica*, 17, 24 et 31 oct.)

Naveiro (J. M.). Infección mixta de sarampión y escarlatina. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet août.) — Evolution simultanée de la rougeole et de la scarlatine.

Patrikios (B.). La tuberculose en Grèce. In-8°, 100 p. avec carte. Athènes.

Polidoro (L.). Contributo clinico sperimentale alla terapia della malaria. In-8°, 18 p. Foggia.

Poncet (A.). Tuberculose : septicémique, rhumatismale, spécifique; trilogie anatomique et clinique de l'infection bacillaire. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.)

Ribas (E.). Prophylaxia da febre amarella. (*Brazil medico*, 15 et 22 sept., 1er, 8, 15 et 22 oct.) — La prophylaxie de la fièvre jaune.

Schultes. Ueber Influenza, Appendicitis und ihre Beziehung zu einander. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 oct.) — Des rapports entre la grippe et l'appendicite.

Villa (A.). Delle condizioni del sistema nervoso nella infezione difterica; studi clinici e sperimentali. In-8°, 110 p. avec fig. Mortara.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aronsohn (O.). Ein Fall von multipler Hirnnervenlähmung mit Beteiligung des Acusticus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 nov.) — Un cas de paralysie multiple des nerfs crâniens avec participation du nerf acoustique.

Cantelli (O.). Di un caso di lesione traumatica del perineo con alcune osservazioni sulla sintomatologia del cono terminale. (*Nuovo raccoglitore med.*, sept.)

Diefendorf (A. R.). Early symptoms of dementia præcox. (*Med. Record*, 19 sept.) — Les premiers symptômes de la démence précoce.

Durand-Viel (P.). Sur un cas de maladie de Friedreich. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 nov.)

Fleischmann (L.). Ein Fall von Trigeminus-Neuralgie als Beitrag zur Pathologie und Aetiologie dieser Erkrankung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 oct.)

Frenkel (H.). O pierwotnym skurczu w obrebie nerwu twarzowego z nieustannymi ruchami włókienkowymi (myokymia). (*Gaz. lekarska*, 12 sept.)

Freund. Ueber eine mit der Lichtreaction der Pupille einhergehende Mitbewegung des Augapfels. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 oct.) — Sur un mouvement associé du globe de l'œil, lié à la réaction de la pupille à la lumière.

Gellé (E.). Deux cas d'arthralgie hystérique chez le vieillard. (*Echo méd. du Nord*, 1er nov.)

Hassin (G. B.). Pathogenesis of locomotor ataxia. (*Clinical Review*, juillet, août et sept.)

Hellwig (A.). Zur Lösung der Irrenfrage in Mähren. (*Prag. med. Wochensch.*, 22 et 29 oct.) — L'assistance des aliénés en Moravie.

Hoffmann (A.). Hemihypertrophia facialis progressiva. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.)

Kobler (G.). Die Neurasthenie bei den Landbewohnern. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 juin.) — La neurasthénie chez les campagnards.

Krönig. Ueber die Beziehungen der funktionellen Nervenkrankheiten zu den Erkrankungen der Generationsorgane. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 oct.) — Des rapports entre les affections fonctionnelles du système nerveux et les maladies des organes génitaux.

Levi-Bianchini (M.). Sull'età di comparsa e sull'influenza dell'ereditarietà nella patogenesi della demenza primitiva o precoce. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Lundborg (H.). Die progressive Myoklonus-Epilepsie (Unverricht's Myoklonie). In-8°, 207 p. Upsal.

Mangelsdorf. Ueber ein Phänomen am Magen bei Migräne und Epilepsie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 nov.) — Sur un phénomène gastrique dans la migraine et l'épilepsie.

Marandon de Montyel (E.). Contribution à l'étude des altérations de la voix aux deux premières périodes de la paralysie générale. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Meige (H.). Le spasme facial; ses caractères cliniques distinctifs. (*Rev. neurol.*, 31 oct.)

Mercier (Ch.). The classification of insanity. (*Brit. Med. Journ.*, 3 oct.)

Nonne (M.). Ueber zwei durch zeitweiliges Fehlen des Patellarreflexes ausgezeichnete Fälle von Hysterie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.) — Sur deux cas d'hystérie avec abolition passagère des réflexes rotuliens.

Ohlemann. Zur Behandlung des Schreib- und Klavierkrampfes. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 29 oct.) — Traitement de la crampe des écrivains et des pianistes.

Oppenheim (H.). Ueber den abdominalen Symptomencomplex bei Erkrankungen des unteren Dorsalmarks, seiner Wurzeln und Nerven. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.) — Sur le syndrome abdominal observé dans les affections du segment inférieur de la moelle dorsale, de ses racines et de ses nerfs.

Palmer (J. W.). Puerperal insanity. (*Med. News*, 5 sept.)

Smith (W. M.). On the nature of fragilitas ossium in the insane. (*Brit. Med. Journ.*, 3 oct.)

Wernicke (O.). Ceguera verbal congénita (Pringle Morgan), « inability to learn to read » (Nettleship). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.) — Cécité verbale congénitale.

Würtzen (C. H.). Einzelne Formen von Amusie, durch Beispiele beleuchtet. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Blondel. Traitement actuel de l'uréthrite blennorrhagique. (*Gaz. méd. de Picardie*, sept.-oct.)

Hall (A.). Case of pityriasis rubra pilaris (Devergie) in a child of 4 years. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, nov.) — Pityriasis rubra pilaire chez une petite fille de quatre ans.

Hansteen (H.). 2 tilfælde af mycosis fungoides. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.)

Jamieson (W. A.) et **Huie** (Lily H.). Ecthyma terebrans. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, nov.)

Lesser (E.). Tratado de dermatología, sifiliografía y enfermedades venéreas. (Trad. de l'allemand par Gil Saltor Lavall et José María Biada.) Fasc. 3 à 8. In-8°, p. 81 à 296, avec fig. Barcelone. Salvat et Cie.

Mason (Ch. F.). Dhobie itch. (*New York Med. Journ.*, 1er août.)

Nicolle (C.). Recherches expérimentales sur l'inoculation de la syphilis au singe (bonnet chinois). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

CHIRURGIE

Deanesly (E.). The open-air treatment of surgical tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct.)

Djémil-Pacha. Un cas de myxœdème opératoire survenu à la suite de l'extirpation des deux mamelles hypertrophiées chez un homme. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.

Druckert (J.). Fibrome de la paroi abdominale. (*Echo méd. du Nord*, 8 nov.)

Duret (H.). Sarcome du plexus brachial; amputation inter scapulo-thoracique; guérison persistant quatre années après. (*Arch. internation. de chir.*, I, 2.)

Eccles (W. McAdam). One danger of gastro-enterostomy. (*Brit. Med. Journ.*, 10 oct.)

Eliot (E.). The pathology and treatment of tardy post-operative intestinal obstruction. (*Med. News*, 26 sept.)

Gerster (A. G.). The modern treatment of the acute suppurations of the knee joint. (*Med. News*, 19 sept.) — Le traitement actuel des suppurations aiguës de l'articulation du genou.

Gibney (V. P.). A study of good results in hip disease. (*Med. News*, 19 sept.) — Bons résultats dans le traitement de la coxalgie.

Gibson (C. L.). The surgical treatment of colitis. (*Med. Record*, 12 sept.)

Giordano (D.). Traitement chirurgical de la colonectasie. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.)

Hall (J. B.). A new route for posterior gastro-jejunostomy. (*Brit. Med. Journ.*, 10 oct.)

Hand (J.). Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der isolierten Luxation der Ulna nach hinten. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 oct.) — Contribution à l'étude de la luxation isolée du cubitus en arrière.

Heineke (H.). Ein Fall von multiplen Knochencysten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 2.) — Un cas de kystes multiples des os.

Hilgenreiner (H.). Zur Kasuistik der Hernia bursae omentalis; ein Fall von Hernia intra-epiploica incarcerata. (*Prag. med. Wochensch.*, 22 et 29 oct. et 5 nov.)

Honsell (B.). Ueber Unfälle durch landwirtschaftliche Maschinen und ihre Verhütung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 2.) — Accidents dus aux machines agricoles et moyens de les éviter.

James. Deux cas anormaux de migration des calculs biliaires. (*Loire méd.*, oct.)

Kaeppelin (Ch.) et **Morel** (J.). Abcès du foie ouvert dans les bronches; fistule bronchique persistante; ouverture transpleurale; guérison. (*Lyon méd.*, 18 oct.)

Keen (W.) et **Spiller** (W. G.). Wrist-drop from fracture of the humerus injuring the musculo spiral nerve (n. radialis); suture after 10 weeks; early restoration of sensation and later of motion. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.) — Paralysie radiale consécutive à une fracture de l'humérus avec blessure du nerf; suture au bout de deux mois et demi; retour rapide de la sensibilité, retour plus tardif de la motilité.

Lipffert (O.). Ueber das Hygrom der Bursa trochanterica profunda. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 2.)

Little (E. M.). Phelps's operation for club-foot. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct.)

Lofton (L.). An improvised method of operating for varicocele. (*New York Med. Journ.*, 1er août.)

Lotheissen (G.). Die Oesophagoskopie beim Divertikel. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 4.)

Lucas-Championnière. La suture de la rotule; étude pratique sur le traitement de la fracture de rotule par la suture, fondée sur 70 opérations. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.)

Luke (Th. D.). The use of ethyl chloride as a general anæsthetic. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Manley (Th. H.). The range of osteoplasty as an aid in the conservative surgery of bone traumatism. (*Med. Record*, 19 sept.) — L'ostéoplastie dans la chirurgie conservatrice des traumatismes osseux.

Maury (J. W. D.). Notes on experimental surgery; a modification of the McGraw elastic ligature. (*Med. News*, 12 sept.)

Moullin (C. M.). The surgical treatment of chronic gastric ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct.)

Munro (J. C.) The significance of albumin and casts in surgical patients (*Med. News*, 12 sept.) — La signification de l'albuminurie et de la cylindrurie au point de vue chirurgical.

Murray (R. W.). Ultimate results in a series of 88 cases of fracture of the tibia and fibula. (*Brit. Med. Journ.*, 10 oct.) — Résultats éloignés dans 88 cas de fractures du tibia et du péroné.

Oehler (R.). Ueber recidivirende Osteomyelitis und Knochenabscess. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 7 nov.) — Ostéomyélite récidivante et abcès osseux.

Park (R.). Successful removal of 265 cm. of gangrenous intestine. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.) — Résection, avec succès, de 265 centimètres d'intestin gangrené.

Peiser (J.) Ueber Hypaesthesie bei Appendizitis; vorläufige Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 oct.)

Petrulis (S.). Einige Modificationen in der Radicaloperation der Leistenhernie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 4.) — Quelques modifications de la cure radicale des hernies inguinales.

Potel (G.). Hernie par glissement du côlon iliaque. (*Echo méd. du Nord*, 8 nov.)

Reiner (M.). Die Tenodese, eine Form partieller Arthrodese. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 juin.)

Rizzo (L.). Contributo all'etiologia della gangrena gasosa. (*Arch. internation. de chir.*, I, 2.)

Robinson (H. B.). Separation of the acetabular epiphysis of the femur. (*Brit. Med. Journ.*, 10 oct.)

Robson (A. W. M.). The operation of gastroenterostomy with indications for its performance. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1.)

Roqueta (G.). Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la apendicitis. (*Rev. de med. y cirugia*, oct.)

Schulz. Ueber Perityphlitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 oct.)

Sheen (W.). Notes of a case of operative treatment for cirrhosis of the liver. (*Brit. Med. Journ.*, 10 oct.)

Snow (H.). Cystic tumours of the mammae: their removal by « forcible massage » without incision. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct.)

Sonnenburg (E.). Ueber Netztorsionen, intraabdominelle und im Bruchsacke. (*Arch. internation. de chir.*, I, 1) — Torsions épiploïques intra-abdominales et dans le sac herniaire.

Stich (R.). Beiträge zur Magenchirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 2.) — Contribution à la chirurgie de l'estomac.

Tilanus (C. B.). Osteotomia subtrochanterica bij luxatio femoris congenita. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 nov.)

Tubby (A. H.). On a method of treating by operation paralysis of the upper root of the brachial plexus (Erb-Duchenne type). (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct.)

Valle (L.). Actinomicosis cérvico-facial. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Voïnitch-Sianojentzky (A.). Œsophagotomie thoracique. (*Arch. internation. de chir.*, I, 2.)

White (S.). 2 cases of ascites secondary to alcoholic hepatitis treated successfully by operation. (*Brit. Med. Journ.*, 10 oct.)

Whitelocke (R. H. A.). The substitution of temporary and absorbable for permanent and unabsorbable sutures in the operations on bone. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct.) — Substitution des sutures temporaires et résorbables aux sutures permanentes dans les opérations sur les os.

UROLOGIE

Casper (L.). Zur Asepsis des Katheterismus und der Cystoskopie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 nov.)

Finkelstein (L. O.). Beitrag zur Casuistik der Nierentuberculose. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 10.) — Contribution à la casuistique de la tuberculose rénale.

Halle (N.) et **Motz** (B.). O gruzlicy cewki tylnej i gruczolów ja otaczajacych. (*Kronika lekarska*, 1er et 15 oct. et 1er nov.) — Sur l'infection tuberculeuse de l'urètre postérieur.

Hirt (W.) et **Sticher** (R.). Ueber cystoskopisch nachweisbare Blasenveränderungen bei Uteruscarcinom. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 oct. et 5 nov.) — Les altérations de la vessie, visibles au cystoscope, dans les cas de cancer de l'utérus.

Margulies (M. von). Ueber die Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 nov.) — Des rapports entre la syphilis et la chirurgie rénale.

Pauchet (V.). Traitement d'un calcul vésical. (*Gaz. méd. de Picardie*, sept.-oct.)

Young (H.). Ueber einen Fall von doppeltem Nierenbecken und Ureter bifidus; Katheterisation des gesunden Teiles; Fehldiagnose; Tod nach der Operation. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 10.) — Un cas de bassinet double et d'uretère bifide; cathétérisme de la portion saine [de l'uretère bifide : urine normale; cathétérisme de l'uretère opposé : urine purulente; ablation du rein à urine purulente par suite d'une] erreur de diagnostic; mort après l'opération [la partie du rein à laquelle aboutissait la portion non cathétérisée de l'uretère bifide étant obstruée par un calcul].

Zuckerkandl (O.). Ueber die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 oct.)

OPHTALMOLOGIE

Charbonnier et **Le Roux**. Pathogénie curieuse d'un cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés. (*Année méd. de Caen*, oct.)

Geisler (P.). Ein seltener Fall von Iridodialyse. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Un cas rare d'iridodialyse.

Golesceano. La sensibilité de la cornée dans la kératite interstitielle. In-8°, 15 p.

Le Roux (H.). Amaurose hystérique totale et bilatérale chez une fillette. (*Année méd. de Caen*, oct.)

Magnan. Relations des maladies des fosses nasales avec les affections oculaires. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 oct. et 1er nov.)

Pooley (Th. R.). A case of leucosarcoma of the choroid. (*Med. Record*, 19 sept.)

Schanz (F.). Die Augenentzündung der Neugeborenen und der Gonococcus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 nov.) — L'ophtalmie des nouveau-nés et le gonocoque.

Ziem (C.). Iritis et maladies nasales. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ebner (V. von). Zur Geschichte des Winterhalter'schen Ovarialganglions. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Ekstein. Ueber einen durch ein submucöses Myom komplizierten Geburtsfall. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Fibrome sous-muqueux compliquant le travail.

Fellner (O.). Inwiefern verbieten interne Krankheiten vom geburtshilflichen Standpunkt aus das Heiraten? (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 oct.) — Dans quelle mesure les maladies internes constituent-elles une contre-indication au mariage, au point de vue obstétrical?

Fuchs (H.). Ueber Riesenwuchs bei Neugeborenen und über den Partus serotinus. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 et 25 août.) — Gigantisme chez les nouveau-nés et accouchements tardifs.

Geldner (H.). Aktinomykose der Ovarien. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Harden (A. S.). Tying and care of the umbilical cord. (*Med. News*, 22 août.) — Traitement du cordon ombilical.

Krömer. Ueber die Lymphorgane der weiblichen Genitalien und ihre Veränderungen bei Carcinoma uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Le système lymphatique des organes génitaux de la femme et ses altérations dans les cas de cancer utérin.

Liepmann (W.). Zur Biochemie der Schwangerschaft. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 nov.) — Chimie biologique de la grossesse.

Orthmann (E. G.). Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft; nebst Beitrag zur Lehre vom vaginalen Kaiserschnitt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Cancer de l'utérus et grossesse; contribution à l'étude de l'opération césarienne vaginale.

Ott (von). Die unmittelbare Beleuchtung der Bauchhöhle, der Harnblase, des Dickdarms und der Gebärmutter zu diagnostischen und operativen Zwecken. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — L'éclairage direct de la cavité abdominale, de la vessie, du gros intestin et de l'utérus en vue du diagnostic et des interventions opératoires.

Plauchu. Des différents modes de dégagement dans les présentations du front. (*Lyon méd.*, 8 nov.)

Sauvage et **Huet**. Un cas de basiotripsie pour ostéo-sarcome du sacrum. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 nov.)

Thomas (E. M.). Management of breech presentations. (*Med. News*, 22 août.) — Conduite à tenir en cas de présentation du siège.

Wechsberg (L.). Zur Tuberkulose der Eierstocksgeschwülste. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Tuberculose des tumeurs de l'ovaire.

PÉDIATRIE

Bloch (C. E.). Studien über Magen-Darmkatarrh bei Säuglingen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 5.) — De la gastro-entérite chez les nourrissons.

Fedele (N.). Sopra un caso di splenopneumonite o malattia di Grancher in un bambino. (*Pediatria*, oct.)

Ferrari (Myra). Sul potere emolitico del siero di sangue in alcune malattie infantili e specie nelle anemie. (*Pediatria*, oct.)

Hugelshofer (A.). Ueber Spondylitis, mit besonderer Berücksichtigung des späteren Verlaufs derselben. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 5.) — De la spondylite, surtout au point de vue de son évolution ultérieure.

Iovane (A.). Disturbo della suzione in un neonato. (*Pediatria*, oct.)

Petrone (G. A.). Un caso di cirrosi epatica infantile latente; considerazioni sull'etiologia e patogenesi delle cirrosi infantili. (*Pediatria*, oct.)

Reinach (O.). Ueber Pollakiurie und Enuresis im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 5.)

Stoppato (N.). Del latte vaccino cotto modificato con siero bovino nell'allattamento artificiale; nota preventiva. (*Pediatria*, oct.)

Variot et **Bruder**. Stridor laryngé congénital des nourrissons. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alexander. Contribution à la pathologie et à l'histologie pathologique des maladies des oreilles au cours de la leucémie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Baumgarten (E.). Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica et gonorrhoica. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 oct.)

Botella (E.). Résultats du traitement chirurgical du cancer du larynx. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Childe (Ch. P.). Note on the operation for cleft palate. (*Brit. Med. Journ.*, 4 juillet.) — Opération pour fissure palatine.

Collet. De la salpingoscopie. (*Lyon méd.*, 15 nov.)

De Stella. Deux cas d'otite moyenne purulente aiguë grippale avec des complications endocrâniennes. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Maas (O.). Einige Bemerkungen über das Stottern. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.) — Quelques remarques sur le bégaiement.

Ostmann. Sur l'emploi pratique d'une mesure objective de l'ouïe. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Ouston (T. G.). Protruding auricles treated by operation. (*Brit. Med. Journ.*, 4 juillet.) — Opération pour oreilles trop saillantes.

23e ANNÉE. — N° 49. Vingt centimes le numéro. 9 DÉCEMBRE 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX. — Des diverses formes de rechutes typhoïdiques, par M. le docteur Maurice Coste 397

SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de médecine.* — Evolution anatomique des fractures mobilisées dans le but de provoquer des pseudarthroses 402
Essai de traitement de la tuberculose avec le sérum de Marmorek 402

Société médicale des hôpitaux. — Rapports de l'appendicite et de la pseudo-appendicite avec la menstruation 402
Mort à la suite d'une injection saline massive 402
Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans « le coup de chaleur » 403
Injections sulfatées hypertoniques 403

Société de dermatologie et syphiligraphie. — A propos de l'excision des chéloïdes 403
Sur l'inoculabilité du psoriasis 403
Syphilome tertiaire cylindroïde de l'urèthre 403

ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — Le spasme de la glotte chez les enfants et ses rapports avec la tétanie et l'éclampsie 403
Comparaison de l'opération vaginale et de la laparotomie en gynécologie 404

Société de médecine interne de Berlin. — Un cas de maladie de Werlhof consécutive à une angine 404
Cancroïde du nez guéri par la radiothérapie 404

NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Les indications de l'emploi de l'adrénaline en gynécologie .. 404
Les injections d'une solution d'acide azotique comme moyen de traitement des abcès et des bubons 404

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide azotique étendu contre les abcès et les bubons 404³
Adrénaline et son emploi en gynécologie.... 404²
Angine suivie d'une maladie de Werlhof.... 404¹
Appendicite et menstruation 402³
Cancroïde du nez 404²
Chéloïdes et leur excision 403¹
Coup de chaleur et cytologie du liquide céphalo-rachidien 403¹
Fièvre typhoïde avec glycosurie 403¹
— — et ses rechutes 397¹
Fractures mobilisées et leur consolidation .. 402¹
Injection saline massive ayant entraîné la mort 402³
Injections sulfatées hypertoniques 403¹
Intoxication par l'hydrogène arsénié 403¹
Liquide céphalo-rachidien dans le coup de chaleur 403¹
Maladie de Werlhof consécutive à une angine 404¹
Menstruation et appendicite 403³
Mobilisation des fractures et leur consolidation 402¹
Opération vaginale et laparotomie en gynécologie 404¹
Pelade et sa non-inoculation 402²
Psoriasis et son inoculabilité 403²
Radiothérapie du cancroïde du nez 404²
Rechutes typhoïdes 397¹
Sérum antituberculeux de Marmorek 402²
Spasme de la glotte chez les enfants et ses rapports avec la tétanie et l'éclampsie 403³
Syphilome tertiaire cylindroïde de l'urèthre. 403²
Traitement de la tuberculose 402²
— des abcès et bubons 404³
— des chéloïdes 403¹
— du cancroïde du nez 404²
— du spasme de la glotte chez les enfants 403³
Trichorrexie noueuse de la barbe due à un savon de toilette 403³
Tuberculose 402²

HYGIÈNE INTERNATIONALE

La nouvelle Convention sanitaire internationale.

C'est jeudi dernier, 3 décembre, qu'a été signée la Convention sanitaire internationale préparée par la Conférence de Paris, dont nous avons fait connaître précédemment le programme et la composition. Parmi les 26 pays (Egypte comprise) qui s'y étaient fait représenter, 22 ont signé l'instrument diplomatique.

Les délégués du Danemark, de la Suède et de la Norvège ont accepté la Convention *ad referendum*, c'est-à-dire sous la réserve de l'acceptation de leurs gouvernements.

Ceux de la Turquie ont déclaré — comme toujours, d'ailleurs — qu'ils ne pouvaient accepter que celles des résolutions de la Conférence qui se concilient avec les dispositions des règlements sanitaires de leur pays. Mais la Conférence avait cette fois prévu le cas : la Convention contient une disposition aux termes de laquelle tous les gouvernements signataires conviennent d'intervenir auprès du gouvernement ottoman pour obtenir son accession aux arrangements sanitaires, sans laquelle une bonne partie des décisions qui ont été prises resteraient sans effet.

La nouvelle Convention sanitaire internationale est la conséquence du vœu émis par la dernière Conférence de Venise pour la coordination et la codification de toutes les dispositions prises dans les Conférences de Venise en 1892, de Dresde en 1893, de Paris en 1894 et de Venise en 1897.

Nous publierons prochainement le texte *in extenso* de la Convention sanitaire de Paris, qui est divisée en six titres ou chapitres, dont voici un aperçu sommaire :

Le titre premier renferme les dispositions générales, c'est-à-dire, d'une part, les prescriptions à observer par les pays signataires de la Convention dès que la peste ou le choléra apparaît sur leur territoire (notification d'épidémie, caractère constitutif d'une circonscription contaminée); d'autre part, les mesures de défense à prendre par les autres pays contre le territoire déclaré contaminé (publication des mesures prises, désinfection, etc.).

Ce chapitre contient la classification fondamentale des navires en navires infectés, suspects ou indemnes. Point important : *le délai de contamination des navires est réduit de douze à sept jours.*

Il est fait application dans cette première partie des nouvelles données épidémiologiques relativement à la contamination des rats et à la propagation de la peste par ces rongeurs. La destruction des rats sur les navires — que les délégués allemands ont, paraît-il, désignée les premiers sous le nom, quelque peu barbare, de *dératisation*, dénomination acceptée par la Conférence et insérée dans la Convention — est obligatoire et fait désormais partie intégrante des opérations de désinfection.

Le deuxième chapitre comprend les mesures spéciales aux pays hors d'Europe; elles visent notamment la mer Rouge, le canal de Suez et le golfe Persique.

Dans le troisième chapitre se trouvent les règlements relatifs à la surveillance sanitaire des pèlerinages aux lieux saints, tant à l'aller qu'au retour; des pénalités seront appliquées aux capitaines qui, en transportant des pèlerins, contreviendraient aux prescriptions de la Convention.

Le titre quatrième est consacré aux mesures de surveillance et d'exécution confiées aux trois Conseils internationaux de Constantinople, d'Alexandrie et de Tanger.

Il vise aussi la création à Paris d'un *Office sanitaire international*, destiné à recevoir et à transmettre les renseignements sanitaires intéressant les pays qui ont adhéré à la Convention.

C'est dans ce titre que se trouve la disposition concernant l'intervention des gouvernements signataires auprès de la Porte, disposition dont nous avons parlé plus haut.

Dans le chapitre suivant, il est recommandé aux pays intéressés de modifier leurs règlements sanitaires de manière à les mettre en rapport avec les données actuelles de la science sur le mode de transmission de la fièvre jaune et surtout sur le rôle des moustiques comme véhicule des germes de la maladie.

En dernier lieu sont édictées les formalités afférentes à l'adhésion à la nouvelle Convention et à sa ratification, la durée de ladite Convention et son mode de renouvellement, ainsi que la voie à suivre afin d'en faire cesser les effets pour la puissance qui en ferait la dénonciation.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Angelo Maffucci, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur A. T. Almén, ancien directeur général des affaires médicales de la Suède. — M. le docteur S. Vérékoundov, privatdocent d'histoire de la médecine à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Augusto Ferreira dos Santos, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur George J. Engelmann, ancien professeur de gynécologie au Missouri Medical College de Saint-Louis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE GENÈVE

Alexieff (W.). Contribution à l'étude de l'opération césarienne chez des naines au-dessous d'un mètre.

Altchuler (Rose). Notice sur trois cas d'épilepsie tardive.

Arabian (H.). Contribution à l'étude du massage du cœur dans la mort par le chloroforme.

Dimitroff (D.). Contribution à l'étude des sillons pathologiques des ongles.

Dunant (M.). Contribution à l'étude de la lécithine.

Dunant (R.). L'ignipuncture, son emploi dans le traitement des tumeurs blanches.

Geiser (W.). Ueber familiäre Geisteskrankheiten zur Beobachtung gelangt in den Jahren 1888-1903 in der Genfer Irrenanstalt Bel-Air. — Les cas de maladies mentales familiales observés à l'asile d'aliénés de Bel-Air près Genève de 1888 à 1903.

Humbert (G.). De la cyanose dans les maladies congénitales du poumon.

Krukowa (Véra). Colpectomie dans le prolapsus.

Kuvlieff (D.-S.). Contribution à l'étude des relations entre les maladies du nez et celles des yeux et plus spécialement de la myopie.

Lasserre (A.). Des pseudo-rhumatismes tuberculeux (étude critique).

Nicati (A.). Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire (étude thérapeutique et pharmacodynamique).

Odier (R.). La rachicocaïnisation; recherches expérimentales sur l'amœboïsme des cellules neurales, centrales et périphériques, sous l'influence de la cocaïne, du curare, de la strychnine et des courants induits.

Radike (R.). Die physikalisch-mechanische Behandlung von Herzkrankheiten. — Le traitement physico-mécanique des cardiopathies.

Schakhoff (Marie). Contributions à la connaissance de la tuberculose des organes génitaux de la femme.

Schapiro (Olga). Du traitement des agités et des gâteux à Bel-Air.

Scherz (H.). Ueber die therapeutische und prophylaktische Anwendung des Antitetanus-Serum am Genfer Kantonsspital.

Stern (Lina). Contribution à l'étude physiologique des contractions de l'uretère.

Tissot (F.). Du cytodiagnostic des pus chirurgicaux.

Trève Barber (H. de). Etude sur un monstre humain péracéphale acarde et apneume.

THÈSES DE LAUSANNE

Abesgaus (M.). Zur Kenntnis der Ursachen und Formen der Unterschenkelbrüche. — Causes et variétés des fractures de jambe.

Aliantchikova (Marie). Etude statistique sur la délivrance artificielle.

Barraud (A.). Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'urée pure.

Batouleff (V.). La morbidité et la mortalité dans l'embryotomie (céphalique, cervicale et rachidienne).

Cohnheim (Eva). De la grossesse ovarienne.

Dantchakoff (E.). Rôle des veines et de leurs valvules dans les hernies de force.

Gyr (E.). Contribution à l'étude clinique de l'appendicite chez les enfants en bas âge.

Nédevsky (P.-S.). La moelle osseuse comme moyen de traitement.

Pahlavouny (A.). Prothèse osseuse autoplastique dans un cas de résection partielle du maxillaire inférieur.

Pavlekovic-Kapolina (Ema de). La paralysie générale peut-elle être distinguée anatomiquement de la syphilis cérébrale diffuse?

Piotrowska (Emilie). Des fistules pyo-stercorales survenant après la tuberculose des annexes et de leur traitement.

Ponomaroff (Tatiana). Recherches expérimentales sur la greffe des échinocoques dans la cavité abdominale des lapins.

Rabetz (Anna). Contribution à l'étude de la constipation chronique de l'enfance.

Rebsamen (A.). Kritischer Beitrag zur Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure (Hetol) nach Landerer. — Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique.

Rostochinsky (Nathalie). Le gros rein polykystique de l'adulte.

Schafranoff (Tscharna-Maria). Sur la prostatectomie périnéale.

Serguééva (Véra). Etude statistique sur les applications du forceps.

Stcherbatchoff. Le *demodex folliculorum* Simon dans les follicules ciliaires de l'homme.

Stépanoff (N.). Taille et poids des enfants des écoles primaires de Lausanne.

PHYSIOLOGIE

Anderson (H. K.). Reflex pupil-dilatation by way of the cervical sympathetic nerve. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 1.)

Bayliss (W. M.) et **Starling** (E. H.). The proteolytic activities of the pancreatic juice. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 1.) — L'action protéolytique du suc pancréatique.

Hall (I. W.). The purin bodies of food stuffs and the rôle of uric acid in health and disease. 2e éd. In-8°, 201 p. avec fig. Manchester. Sherratt et Hughes. — Les « purines » des substances alimentaires et le rôle de l'acide urique chez les personnes saines et chez les malades.

Hirsch (C.) et **Rolly**. Zur Frage der Entstehung von Glykogen aus Körpereiweiss. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 3-4.) — Contribution à l'étude de la formation de glycogène aux dépens de l'albumine de l'organisme.

Kindermann (J. C.). Bijdrage tot de physiologie van het slikken. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 nov.) — Contribution à la physiologie de la déglutition.

Lépine (R.) et **Boulud**. Sur le sucre virtuel. (*Lyon méd.*, 22 nov.)

Lickley (J. D.). On the influence of the patella in extension of the knee-joint. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, oct.) — La rotule dans l'extension du genou.

Rumpf (Th.). Ueber den Fettgehalt des Blutes und einiger Organe des Menschen. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 1.) — Sur la teneur en graisse du sang et de quelques organes de l'homme.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abrikossoff (A. J.). Ueber einen Fall von multiplem Myelom mit diffuser Verbreitung im Knochenmark. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 2.) — Sur un cas de myélomes multiples et diffus de la moelle osseuse.

Busacchi (A.). Ricerche istologiche sul comportamento degli zaffi Malpighiani e sulle fibre protoplasmiche nello sviluppo delle neoformazioni epiteliali cutanee « benigne e maligne ». (*Nuovo raccoglitore med.*, août.)

Christian (H. A.). Neuroglia tissue and ependymal epithelium in teratoid tumors. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 sept.)

Herxheimer (G.). Ueber multiple Amyloidtumoren des Kehlkopfs und der Lunge, zugleich ein Beitrag zu den Amyloidfärbungen. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 1.) — Tumeurs amyloïdes multiples du larynx et du poumon; contribution à l'étude de la coloration des formations amyloïdes.

Neumann (E.). Die Variabilität der Leukocyten, zugleich ein Beitrag zur Entzündungslehre. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 1.) — La variabilité des leucocytes; contribution à l'étude de l'inflammation.

Roger (H.) et **Garnier** (M.). Neue Untersuchungen über den Zustand der Schilddrüse bei den Pocken. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 1.) — Nouvelles recherches sur l'état de la glande thyroïde dans la variole.

Schenkl (G.). Die fötale Riesenniere und ihre Beziehungen zur Entwicklungsgeschichte der Niere. (*Virchow's Arch.*, CLXXIII, 2.) — L'hypertrophie fœtale du rein et ses rapports avec l'embryologie de cet organe.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

De Haan (J.). Experimentelle Tuberkulose. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 1.)

Schlesinger (A.). Experimentelle Untersuchungen über das Hämolysin der Streptokokken. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.)

Schmieden (V.). Erfolgreiche, experimentelle Verlagerung von Nebennierengewebe, ein Beitrag zur Lehre von den Strumae suprarenales aberratae. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 5-6.) — Greffes surrénales.

Schrader (G.). Experimentelle Beiträge zur Kenntnis des Transsudationsvorganges am Bauchfell, sowie zur Kenntnis einiger klinisch wichtigen Eigenschaften des Glycerinum officinale. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 5-6.) — Contribution expérimentale à l'étude du processus de transsudation dans le péritoine et de quelques propriétés importantes, au point de vue clinique, de la glycérine officinale.

Wassiljew (M.). Ueber den Einfluss der Resection des Vas deferens auf den Tonus des Harnblasensphincters. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 14 nov.) — Influence de la résection du canal déférent sur la tonicité du sphincter vésical.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bashford (E. F.). The quantitative and qualitative relations of toxin and antitoxin. (*Lancet*, 17 oct.)

Bushnell (F. G.). Leucocytosis and lymphocytosis in malignant disease, lymphadenoma, leukæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 12 sept.)

Engelmann (F.). Beiträge zur Lehre von dem osmotischen Druck und der elektrischen Leitfähigkeit der Körperflüssigkeiten. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 2-3.) — Contribution à l'étude de la tension osmotique et de la conductibilité électrique des liquides du corps.

Gruber (M.). Wirkungsweise und Ursprung der aktiven Stoffe in den präventiven und antitoxischen Seris. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er oct.) — Mode d'action et origine des substances actives dans les sérums préventifs et antitoxiques.

Henderson (V. E.). Some notes on artificial neurotoxic serum. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, sept.)

MacCallum (W. G.). On the production of specific cytolytic sera for thyroid and parathyroid, with observations on the physiology and pathology of the parathyroid gland, especially in its relation to exophthalmic goitre. (*Med. News*, 31 oct.)

Rüdiger (G. F.). The production and nature of streptocolysin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 oct.)

Sanfelice (F.). Ueber die pathogene Wirkung der Blastomyceten; ein Beitrag zur Aetiologie der bösartigen Geschwülste. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.) — L'action pathogène des blastomycètes; contribution à l'étiologie des tumeurs malignes.

Stejskal (K. von). Kritisch-experimentelle Untersuchungen über den Herztod in Folge von Diphtherietoxin; 2. Teil. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 1-2.) — Recherches expérimentales et critiques sur la mort par paralysie du cœur, due à la toxine diphtérique.

Tadao Honda. Zur parasitären Aetiologie des Karzinoms. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 1.)

MÉDECINE

Bird (U. S.). Aneurysm of the transverse arch, with obliteration of the innominate and left common carotid arteries. (*Med. Record*, 10 oct.)

Blumer (G.) et **Gordinier** (H. C.). A case of chronic lymphatic leucemia without enlargement of the lymph nodes. (*Med. News*, 31 oct.) — Un cas de leucémie lymphatique chronique sans tuméfaction des ganglions.

De la Camp. Experimentelle Studien über die acute Herzdilatation. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 1-2.) — Recherches expérimentales sur la dilatation aiguë du cœur.

Dieulafoy (G.). Manuel de pathologie interne. 14e éd. 4 vol. In-12, 3879 p. avec fig. Masson et Cie.

Eichberg (J.). Some clinical aspects of tubercular peritonitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 oct.)

Falta (W.). Zur Klinik des Diabetes mellitus. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 nov.)

Giraud (J.). Anévrysme de l'aorte ascendante d'origine syphilitique. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Godart-Danhieux. Tumeurs de la rate; leucémie splénique. (*Policlinique*, 15 nov.)

Hansson (A.). Accidentell strangulation, hälsa. (*Hygiea*, nov.)

Hendley (A. G.). Lathyrism. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.)

Kelly (A. O. J.). Acute lymphocytic leukæmia, with reference to its myelogenous origin. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct.)

Lossen (J.). Ueber die idiopathische Erweiterung des Oesophagus. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 2-3.) — La dilatation idiopathique de l'œsophage.

McCaskey (G. W.). A case of combined pyloric cancer and phlegmonous gastritis. (*Med. Record*, 10 oct.)

Musser (J. H.). Primary cancer of the lung. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct.) — Cancer primitif du poumon.

Oddo (C.). La péricardite brightique. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Peacocke (G.), **Gordon** (Th. E.) et **Scott** (J. A.). A case of splenic anæmia. (*Lancet*, 12 sept.)

Shropshire (W.). Hemoglobinuric fever; its causes and treatment, with especial reference to the use of quinia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 sept.)

Strauss (H.). Klinische Studien über den Magensaftfluss (Begriff, Entstehung, Behandlung, Stoffwechsel). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 1.) — Etudes cliniques sur la gastrosucorrhée.

MALADIES INFECTIEUSES

Barthélemy (F.). Sur un cas de méningite cérébro-spinale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 31 oct.)

Bassett-Smith (P. W.). Sprue: primary and secondary, with special reference to the blood changes found. (*Brit. Med. Journ.*, 19 sept.) — La stomatite aphteuse, primaire et secondaire, surtout au point de vue des modifications du sang.

Baum (W. L.). Scarlet fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 oct.)

Cozzoli (G.). Il tifo a Macerata. In-12, 24 p. Macerata.

Fernando (H. M.). Tropical malaria and its prophylaxis. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.)

Githens (Th. S.). A case of femoral thrombosis in chronic dysentery. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, sept.)

Gläser (J. A.). Ketzerische Briefe über Tuberculose. In-8°, 45 p. Hambourg. W. Mauke.

Harris (S.). Tuberculosis in the negro. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 oct.)

Jochmann. Ueber das fast constante Vorkommen influenzaähnlicher Bacillen im Keuchhusten-Sputum; weitere Beiträge zur Aetiologie des Keuchhustens. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.) — Sur la présence presque constante de bacilles ressemblant à ceux de la grippe dans les crachats de sujets atteints de coqueluche; nouvelle contribution à l'étude de l'étiologie de la coqueluche.

Klynens et **Schamelhout.** Le dispensaire antituberculeux. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, août-sept.)

Krause (P.) et **Stertz** (G.). Ein Beitrag zur Typhusdiagnose aus dem Stuhle mittels des von Drigalski-Conradi'schen Verfahrens. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.) — Contribution au diagnostic de la fièvre typhoïde à l'aide de l'examen bactériologique des fèces d'après le procédé de von Drigalski et Conradi.

Marchetti (G.) et **Stefanelli** (P.). Sui mezzi nutritivi proposti per la diagnosi batteriologica rapida della tubercolosi. (*Riv. critica di clinica medica*, 22 août.)

Marino-Zuco (S.). Le vaccinazioni antirabbiche dal 1889 al 1902 [Istituto antirabbico municipale di Roma]. (*Ann. d'igiene sperim.*, XIII, 4.)

Mitulescu (J.). Beiträge zur Aetiologie der Tuberculose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.)

Möllers (B.). Beitrag zur Verbreitung und Prophylaxe der Tuberculose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.) — Sur la propagation et la prophylaxie de la tuberculose.

Montefusco (A.). Osservazioni su 203 casi di croup curati all'Ospedale Cotugno e su 80 intubazioni. In-8°, 117 p. Naples.

Negri (A.). Zur Aetiologie der Tollwut; die Diagnose der Tollwut auf Grund der neuen Befunde. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.) — Etiologie de la rage; diagnostic de cette affection d'après les nouvelles constatations.

Pittaluga (G.). Partenogenesi dei macrogameti di una varietà di *Laverania* (*Laverania malariæ* var. *mitis*); osservazioni sulle forme della infezione malarica nella provincia di Barcellona. (*Arch. de parasitol.*, VII, 3.)

Thompson (J. A.). On the etiology of bubonic plague: an epidemiological contribution. (*Lancet*, 17 oct.) — Etiologie de la peste.

Van Enst (B. J.). Een kleine epidemie van metapneumonische empyemen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Gallavardin (L.) et **Savy** (P.). Sur un cas de torticolis congénital avec autopsie et examen histologique du système nerveux. (*Lyon méd.*, 22 nov.)

Raimann (E.). Ueber die Behandlung Geisteskranker in Familienpflege. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 et 31 oct.) — Le traitement familial des aliénés.

Ringier (E.). Ein typischer Fall von Zwangsirresein. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er nov.) — Un cas typique de folie à idées obsédantes.

Rosenfeld (M.). Zur Casuistik der acuten hämorrhagischen Encephalitis (1 Fall mit Section). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.)

Royet. De la forme la plus habituelle des modifications de l'intelligence et du caractère qui peuvent résulter des maladies du nez et du cavum. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Schittenhelm (A.). Zur Aetiologie der Tabes, mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Trauma und Tabes. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.)

Steinert (H.). Ueber Myasthenie und myasthenische Reaktion. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 3-4.)

Strohmayer (W.). Zur Casuistik der transcorticalen motorischen Aphasie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.)

Ugolotti (F.). Sulla forma del palato negli alienati; nota anatomo-antropologica. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Utili (V.). Di un caso di aerofagia. (*Nuovo raccoglitore med.*, sept.)

Veraguth (O.). Ueber Mikropsie und Makropsie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk*, XXIV, 5-6.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Crawfurd (R.). 3 cases of erythema exsudativum multiforme. (*Lancet*, 24 oct.)

Haslund (P.). Om elephantiasis, særligt ætiologien, i anledning af et tilfælde af elephantiasis lymphorrhagica. (*Hospitalstidende*, 4, 11 et 18 nov.)

Lesser (F.). Ueber die sogenannte « glatte Atrophie der Zungenwurzel » und ihr Verhältniss zur Syphilis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 nov.) — « L'atrophie lisse de la base de la langue » dans ses rapports avec la syphilis.

Moncorvo. Valor do dente de Hutchinson na heredo-syphilis. (*Brazil-medico*, 22 oct.)

Northrup (W. P.). Skin lesions associated with rapid growth of long bones, lineæ albicantes (les vergetures de croissance, Jules Comby). (*Med. News*, 31 oct.)

Studenski (J.). Ueber einen seltenen Fall von Staphylokokkomykosis der Haut bei Diabetes mellitus. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 1.) — Un cas rare de staphylococcie de la peau dans le diabète.

CHIRURGIE

Baillet (M.). L'hémicraniectomie exploratrice. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 nov.)

Bregman (L.). Porazenie urazowe galezi glebokiej dloniowej nerwu lokciowego (Ramus volaris profundus n. ulnaris). (*Kronika lekarska*, 15 sept. et 1er oct.) — Lésion traumatique de la branche palmaire profonde du nerf cubital.

Cordier (A. H.). Gastric ulcer; clinical, pathological and surgical phases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 oct.)

Federmann (A.). Ueber Perityphlitis, mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Leukocyten : Perityphlitis mit freier fortschreitender Peritonitis (diffuse eiterige Peritonitis). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 2-3.)

Folet (H.). Résection du genou. (*Echo méd. du Nord*, 15 nov.)

Garnier (Ch.) et **Grosjean** (L.). Variété rare de lipome pédiculé douloureux de la région sternale. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er nov.)

Gatti (G.). « Sinorchidia » e « anastomosi intertesticolare » nelle operazioni conservatrici del testicolo. (*Policlinico*, 5 sept.)

Gilli (J.). Zur Radikaloperation des Schenkelbruches nach Lotheissen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 8 août.) — Cure radicale de la hernie crurale d'après le procédé de Lotheissen.

Goemans (J. L.). Een geval van subphrenisch absces met doorbraak in de long. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 nov.) — Un cas d'abcès sous-phrénique ouvert dans le poumon.

Grässner (R.). Die Behandlung der Fractura supracondylica humeri mittels der Bardenheuer'schen Extension. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 31 oct.)

Harper (J. R.) et **Seligmann** (C. G.). A case of umbilical calculus. (*Lancet*, 12 sept.)

Herzen (P.). Ueber die Technik der Radikaloperation des Schenkelbruchs. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 12 sept.) — Technique de la cure radicale de la hernie crurale.

Huggard (W. R.). Bromide of ethyl as a general anæsthetic and as a preliminary to ether. (*Lancet*, 12 sept.)

Landström (J.). Eine neue Operationsmethode der Hämorrhoiden. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 21 nov.) — Un nouveau procédé opératoire pour hémorrhoïdes.

Lauenstein (C.). Zu Ogston's Operation des rebellischen Klumpfusses (Entfernung der Knochenkerne der Fusswurzel und nachherige Umformung des Fusses). (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 26 sept.) — Opération d'Ogston pour pied bot rebelle.

Le Fort (R.) et **Davrinche.** Appendicites vermineuses. (*Echo méd. du Nord*, 22 nov.)

Lejars (F.). Traité de chirurgie d'urgence. 4e éd. In-8°, 1108 p. avec fig.

Lennander (K. G.). The sensibility of the abdomen. (Trad. par A. E. Barker.) In-8°, 76 p. Londres.

Longridge (C. J. N.). The value of blood examinations in abdominal diseases. (*Lancet*, 24 oct.) — La valeur de l'examen du sang dans les affections abdominales.

MacLennan (A.). A simple method of performing intestinal union. (*Lancet*, 24 oct.)

Michels (E.) et **Weber** (F. P.). Two cases of obliterative arteritis in young men leading to gangrene in extremities. (*Brit. Med. Journ.*, 12 sept.) — Artérite oblitérante avec gangrène des extrémités chez deux hommes jeunes.

Mikulicz (J. von). Ueber den heutigen Stand der Chirurgie des Pankreas, mit besonderer Rücksicht auf die Verletzungen und Entzündungen des Organes. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 1.) — L'état actuel de la chirurgie du pancréas, surtout au point de vue des traumatismes et des inflammations de cet organe.

Pott (O.). Zur Prognose der Radikaloperation der Hernien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 5-6.)

Roorda Smit (J. A.). Plastiek van scrotum en penis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 nov.)

Sick (P.). Zur Differentialdiagnose und Aetiologie inkarzerierter Hernien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 5-6.)

Thönes (K.). Zur Frage der operativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose und deren Dauerresultate, nebst 3 Fällen von Tuberculosis hemiosa. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 5-6.) — Traitement chirurgical de la tuberculose péritonéale et ses résultats définitifs.

Vander Veer (A.). Operations upon the stomach, with special reference to the toilet of the peritoneum. (*Albany Med. Ann.*, nov.)

Vignard (E.) et **Lerat** (H.). Trois cas de mammite subaiguë à staphylocoques en dehors de l'état puerpéral. (*Gaz. méd. de Nantes*, 14 nov.)

Vogel (K.). Ein Fall von Ersatz der ganzen Radiusdiaphyse durch einen Elfenbeinstift. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 nov.) — Remplacement de la diaphyse entière du radius par une tige d'ivoire.

OPHTALMOLOGIE

Black (N. M.). The development of the fusion center in the treatment of strabismus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 oct.)

Dodd (O.). Skin grafting for the restoration of the eyelids. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 oct.) — Greffes cutanées pour restauration des paupières.

Doyne (R. W.). The use of retinal extract in atrophic retinae. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.)

Gifford (H.). The essentials and non-essentials of ophthalmic asepsis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 oct.)

Gradle (H.). Retinal disease limited to the region of the fovea. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 sept.)

Grossmann (K.). The mechanism of accommodation in man. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.)

Hale (A. B.). Stereoscopic exercises. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 oct.)

Hartridge (G.). The treatment of concomitant convergent strabismus. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Abuladse (D.). Ueber sekundäre Dammnaht im Wochenbett. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — La périnéorrhaphie secondaire pendant les suites de couches.

Franco (D.). Le applicazioni idriatiche nelle incinte, nelle puerpere e nei bambini. (*Benessere*, juillet, août et sept.)

Gache (S.). Sur un cas d'achondroplasie. (*Argentina médica*, 17 oct.)

Goldner (S.). Dehnung des unteren Uterinsegments bei stehender Blase; ein Beitrag zur Aetiologie der spontanen Uterusrupturen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Distension du segment inférieur de l'utérus avec poche des eaux intacte; contribution à l'étiologie des ruptures spontanées de l'utérus.

Hofmann (A.). Ein Fall von Aplasie des Uterus und der Vagina. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Jones (Mary A. D.). Fibrocystic tumors of the uterus; their etiology. (*Med. Record*, 10 oct.)

Jung (Ph.). Zur Hyperemesis gravidarum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Krebs (J.). Chorioepitheliom und Ovarialtumor. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 oct.)

Lawrence (F.). Pelvic diseases in young girls. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 oct.) — Affections pelviennes chez les jeunes filles.

Newman (H. P.). Appendicitis from the standpoint of the gynecologist. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 oct.)

Pierantoni (G.). Un caso di gravidanza immaginaria. (*Gazz. degli Osped.*, 4 oct.)

Schmitt (Ch.). Présentation du siège et version par manœuvres externes. (*Gaz. méd. de Nantes*, 21 nov.)

Schürmann (E.). Die Bossi'sche Methode bei Aborten und bei Geburten nach Verstreichen der Portio vaginalis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — La méthode de Bossi dans les avortements et les accouchements après effacement de la portion vaginale du col.

Stengel (A.). Diabetes as a complication of pregnancy. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct.) — Le diabète en tant que complication de la grossesse.

Westphal. Ein Fall von radikalem Kaiserschnitt bei Schwangerschaft mit Cervixmyom. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 oct.) — Un cas d'opération césarienne radicale pour grossesse compliquée d'un myome du col utérin.

Zagari (G.). Sulla interruzione della gravidanza nelle malattie interne (escluse le malattie infettive). In-8°, 70 p. Pérouse.

HYGIÈNE

Azevedo (A.). A tuberculina e a tuberculose dos bovideos. In-16, 30 p. Saint-Paul.

Cantlie (J.). Plague in domestic animals. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.) — La peste chez les animaux domestiques.

Carstens (J. H.). Hygiene of young girls. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 oct.) — Hygiène des jeunes filles.

Mead (Kate C.). Is sewer gas detrimental? (*Yale Med. Journ.*, sept.) — Le gaz d'égouts est-il nuisible?

Ottolenghi (D.). Un nuovo metodo per riconoscere la presenza del torlo d'uovo nelle paste alimentari; ricerche sperimentali. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 3.) — Un nouveau procédé pour reconnaître la présence du jaune d'œuf dans les pâtes alimentaires.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). Institut médico-légal de l'Université de Paris. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Eglauer (H.). Wiederholte Notzuchtattentate unter dem Einflusse des Alkohols. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 oct.) — Tentatives répétées de viol sous l'influence de l'alcool.

Hähnle (E.). Die gerichtsärztliche Beurteilung schlecht geheilter Frakturen und Luxationen, wenn in Frage steht, ob Kunstfehler vorliegt. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 12, 16, 19 et 23 nov.) — L'expertise médico-légale des fractures et des luxations mal guéries, au point de vue de la responsabilité de l'homme de l'art.

Icard. Les prescriptions légales et les mesures administratives pour éviter le danger de la mort apparente. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Mellor (J. W.) et **Shufflebotham** (F.). On the detection of lead in urine and post-mortem specimens. (*Lancet*, 12 sept.) — La recherche du plomb dans l'urine et dans les viscères *post mortem*.

Nina-Rodrigues. Contribuição ao estudo dos indices osteometricos dos membros na identificação da raça negra. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 oct.)

Orlandi (V.). Una ferita del cuore; nota medico-legale e considerazioni cliniche. (*Morgagni*, oct.) — Une plaie du cœur.

Van Breemen (J.). Acute vergiftiging met tartras kalico-stibicus. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 nov.) — Intoxication aiguë par l'émétique.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Atkinson (J. M.). The treatment of plague by large doses of carbolic acid given internally. (*Lancet*, 12 sept.) — Le traitement de la peste par l'usage interne d'acide phénique à hautes doses.

Baker (W. T.). Nourishment, medication, hydrotherapy and general management of typhoid fever cases. (*Med. News*, 26 sept.)

Brindley (A. E.) et **Bonis** (F. W.). On the use of pure carbolic acid in the treatment of small-pox. (*Lancet*, 24 oct.)

Clarke (J. M.). The treatment of sciatica. (*Lancet*, 17 oct.)

Gram (Ch.). Klinisk-terapeutiske forelæsninger. 2e partie. In-8°, 245 p. Copenhague. — Leçons de clinique thérapeutique.

Hall (A. J.). Caffeine in the treatment of alcoholic toxemia. (*Med. News*, 31 oct.)

Kosinski (A.). Trzydziesci osiem przypadków plonicy (scarlatina), leczonych surowica przeciwpaciorkowcowa (serum antistreptococcicum). (*Gaz. lekarska*, 10 oct.) — 38 cas de scarlatine, traités par le sérum antistreptococcique.

Löb (M.). Die bis jetzt beobachteten Unfälle nach der Anwendung des Diphtherieheilserums. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 nov.) — Les accidents observés jusqu'à présent à la suite de l'emploi du sérum antidiphtérique.

Maggioni (A.). Contributo allo studio della organoterapia splenica. (*Pediatria*, sept. et oct.)

Marshall (D. G.). On the value of saline infusion in the treatment of enteric fever. (*Lancet*, 24 oct.)

Moor (W.). Ueber die Behandlung der akuten Opium- und Morphiumvergiftungen mit Kaliumpermanganat. (*Therap. Monatsh.*, nov.) — Traitement des empoisonnements aigus par l'opium et la morphine au moyen du permanganate de potasse.

Ostrovsky (E.). Du traitement de la phtisie pulmonaire par le sérum antistreptococcique de Menzer. In-8°, 151 p. G. Steinheil.

Paravicini (F.). Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 nov.)

Price (A. F.). Copper in syphilis. (*Med. Record*, 10 oct.) — L'emploi du cuivre dans la syphilis.

Reckzeh (P.). Kalkstaubinhalation und Lungentuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 nov.) — L'inhalation de la poussière de chaux et la tuberculose pulmonaire.

Schmitz (B.). Beitrag zur Behandlung der Ren mobilis (Wanderniere). (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 21 nov.)

Zartzyne (Th.). Traitement de la névralgie sciatique par la strychnine (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 oct.)

ELECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bordier (H.). Traitement électrique de la méralgie paresthésique. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Britto (A.). A voltaisação cutanea positiva no tratamento dos aneurismas. (*Brazil-medico*, 1er nov.)

Ensch. Electrolyse et cataphorèse. (*Arch. d'électricité méd.*, oct. et nov.)

Foveau de Courmelles. Le radium et les corps radio-actifs. (*Rev. internation. de thérapie physique*, 1er nov.)

Leduc (S.) et **Bouchet** (A.). Etude des actions physiologiques de quelques ions et, en particulier, de l'ion adrénaline. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Roques (C.). De l'introduction par cataphorèse de l'ion salicylique dans les articulations atteintes d'arthrite. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Wright (C. A. J.). The treatment of cancer and other forms of malignant disease by electric osmose. (*Lancet*, 12 sept.)

BACTÉRIOLOGIE

Axelrad (C.). Ueber Morphologie der Colonieen pathogener Bakterien. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.)

Kasarinov (G.). Le bacille de Shiga en tant qu'agent pathogène de la dysenterie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 oct.)

Sandberg (G.). Ein Beitrag zur Bakteriologie der milchsauren Gährung im Magen, mit besonderer Berücksichtigung der « langen » Bacillen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 1-2.) — Contribution à la bactériologie de la fermentation lactique dans l'estomac, surtout au point de vue des bacilles « longs ».

Székely (A. von). Beitrag zur Lebensdauer der Milzbrandsporen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.) — Contribution à la durée de la vie des spores du charbon.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Commentaires de la Faculté de médecine de Paris (1777 à 1786). In-4°, 452 p. avec fig.

Courtade (A.). La rhinologie dans Hippocrate. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Hermann (G.). Hydrotherapeutische Rückblicke. (*St.Petersb. med. Wochensch.*, 10 oct.) — L'hydrothérapie dans le passé.

Torkomian (V.). Les anciens médecins arméniens diplômés des Universités d'Italie (1700-1840). In-8°, 30 p.

Vilas (H. von). Der Arzt und Philosoph Asklepiades von Bithynien; historisch-kritische Studie. In-8°, 82 p. Vienne.

Wolzendorff (G.). Gesundheitspflege und Medizin der Bibel (Christus als Arzt). In-8°, 63 p. Wiesbaden.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — Utilité et limites de l'action chirurgicale dans le cancer, par M. le docteur F. Lejars..... 405
SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des sciences.* — Fièvre rémittente de l'Inde, causée par un piroplasme nouveau................ 408
Société de chirurgie. — De la dégénérescence maligne du moignon utérin après hystérectomie subtotale...................... 409
Fibrome utérin suppuré.................. 409
Société médicale des hôpitaux. — La débilité rénale................................ 409
Scorbut infantile et lait stérilisé.......... 409
Maladie de Basedow et syndrome addisonien.................................. 409
Un cas de septicémie à pneumobacilles de Friedländer........................... 409
Société de biologie. — De la coloration biliaire du liquide céphalo-rachidien, d'origine hémorrhagique....................... 410
Les variations de la perméabilité du rein pour le chlorure de sodium au cours du mal de Bright......................... 410
Sérodiagnostic de la tuberculose chez les vieillards............................ 410
Présence d'une cellule nerveuse libre dans le liquide céphalo-rachidien............ 410
ETRANGER : *Société de médecine berlinoise.* — L'albuminurie cyclique..................... 410
Un cas de myokymie...................... 410
Lettres d'Autriche. — Fracture de l'olécrâne traitée par le massage et la mobilisation. 410
Polyurie réflexe déterminée par le cathétérisme des uretères.................. 411
Hyperglobulie par hyperactivité de la moelle osseuse.......................... 411
Lettres d'Amérique. — Les Congrès de médecine aux Etats-Unis..................... 411
LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications anglaises.* — Maladie du sommeil et trypanosomiase avec issue fatale chez une Européenne... 412
Méthode de cholédocotomie rétro-duodénale permettant d'extraire les calculs enclavés dans les portions rétro-duodénale ou papillaire du canal cholédoque............ 412
NOTES THÉRAPEUTIQUES. — Un moyen pour faciliter l'uréthrotomie externe sans conducteur..................................... 412
L'emploi du thymus contre la chloro-anémie chez les enfants et les adolescents....... 412
La réimplantation de tendons coupés dans la masse charnue du muscle............ 412
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Albuminurie cyclique........................ 410^2
Cancer et limites de son opérabilité......... 405^1
Cathétérisme des uretères et polyurie réflexe 411^1
Cellule nerveuse libre dans le liquide céphalo-rachidien........................ 410^2
Chloro-anémie des enfants et des adolescents 412^3
Chlorure de sodium et perméabilité rénale dans le mal de Bright.................. 410^1
Cholédocotomie rétro-duodénale........... 412^1
Congrès de médecine aux Etats-Unis....... 411^2
Débilité rénale........................... 409^2
Fibrome utérin suppuré.................... 409^2
Fièvre rémittente de l'Inde à piroplasmes... 408^3
Fracture de l'olécrâne..................... 410^3
Hyperglobulie par hyperactivité de la moelle osseuse.................................. 411^1
Hystérectomie subtotale et dégénérescence maligne du moignon...................... 409^1
Lait stérilisé et scorbut infantile........... 409^3
Liquide céphalo-rachidien et sa coloration biliaire d'origine hémorrhagique......... 410^1
Lumière dans le traitement des plaies atones 410^2
Maladie de Basedow avec syndrome addisonien................................. 409^3
— du sommeil chez une Européenne... 412^1
Mal de Bright et perméabilité du rein au chlorure de sodium..................... 410^1
Myokymie................................ 410^3
Opothérapie thymique contre la chloro-anémie des enfants et des adolescents....... 412^3
Piroplasma Donovani, parasite de l'homme. 408^3
Plaies atones............................. 410^2
Polyurie réflexe par cathétérisme des uretères.................................. 411^1
Réimplantation de tendons coupés dans la masse musculaire...................... 412^3
Scorbut infantile et lait stérilisé........... 409^3
Septicémie à pneumobacilles de Friedländer. 409^3
Sérodiagnostic de la tuberculose chez les vieillards............................ 410^1
Traitement chirurgical du cancer........... 405^1
— de la chloro-anémie des enfants et des adolescents........... 412^3
— des fractures de l'olécrâne...... 410^3
— des plaies atones............ 410^2
Tuberculose et son sérodiagnostic chez les vieillards............................ 410^1
Uréthrotomie externe sans conducteur...... 412^2

VARIA

La semaine dernière a eu lieu à Stockholm la distribution solennelle des prix fondés par Nobel. Le prix de médecine pour 1903 a été décerné à M. le professeur Finsen (de Copenhague), pour l'ensemble de ses travaux sur la photothérapie, dont la *Semaine Médicale* a eu la primeur.

Le prix de chimie a été partagé entre M. et Mme Curie (de Paris), pour leur découverte du radium — dont les essais thérapeutiques promettent beaucoup —, et M. Henri Becquerel (de Paris), pour sa découverte des radiations de l'uranium.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur F. Siebenmann, professeur extraordinaire d'oto-rhino-laryngologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Paul Schultz, privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Theodor Rumpf, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Georg Wetzel est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur A. Mouratov, professeur extraordinaire d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Erich Opitz, privatdocent à la Faculté de médecine de Berlin, est nommé professeur extraordinaire de gynécologie.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur F. K. Krüger, professeur extraordinaire de chimie médicale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Dominik Pupovac (*chirurgie*); G. Alexander (*otologie*).

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur B. Petrov est nommé privatdocent de médecine interne.

Université d'Edimbourg. — M. le docteur David Waterston est nommé lecteur d'anatomie topographique.

Westminster Hospital Medical School de Londres. — Sont nommés lecteurs : MM. les docteurs B. L. Abrahams (*physiologie*); R. G. Hebb (*anatomie pathologique*).

Université d'Oxford. — M. le docteur R. H. A. Whitelocke est nommé lecteur de chirurgie.

Medico-chirurgical College de Philadelphie. — M. le docteur Judson Daland est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. W. E. Hughes, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Delotte, professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur D. M. Kiréiev, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur William H. Goode, ancien lecteur d'hygiène et de médecine légale à l'Université de Sidney. — M. le docteur W. Shaw Stewart, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie au Medico-chirurgical College de Philadelphie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Alquier (L.). Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la maladie de Parkinson.

Averseng (J.). L'électrolyse circulaire et les rétrécissements de l'urèthre.

Barrier (J.). L'opothérapie des anciens; étude historique des préparations thérapeutiques tirées du règne animal.

Bertrand (R.). La méningite cérébro-spinale à rechutes.

Canuet (G.). Insuffisance mitrale d'origine artérielle.

Chancenotte (R.). Kystes dermoïdes sous-péritonéaux.

Chaplain (L.). Du pied plat valgus douloureux d'origine rhumatismale.

Dauchez (P.). L'hospitalisation des accidentés du travail.

Delange (R.). Considérations sur les formes graves de diphtérie chez les malades non inoculés à temps et sur l'insuccès de la sérothérapie dans ces conditions.

Deytieux (L.). Branchiomes cervicaux.

Door (A.). Diagnostic de l'érysipèle de la face.

Franco (F.-R.). Contribution à l'étude du typhus exanthématique; notes sur quelques cas observés à Tunis.

Lecoq (A.). De la résistance musculaire.

Lefas (E.). La tuberculose primitive de la rate; contribution à l'étude de l'hyperglobulie.

Le Norcy (G.). Sur un cas d'adénite génienne consécutive à une pyodermite.

Lerivrain (E.). Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes du ligament large.

Lestelle (J.). Les accidents cérébraux consécutifs à la ligature de l'artère carotide primitive.

Leuret (A.). Etude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale chez la femme.

Levesque (W.). Les fistules purulentes de la fosse iliaque droite.

Livon (J.). Grossesses et accouchements consécutifs aux ruptures utérines.

Maur (R.). Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine, spécialement dans sa première période.

Mignon (E.). De la valeur d'un nouveau signe dans le diagnostic précoce du cancer.

Nicolas (C.). A propos de quelques cas d'acétonurie chez des enfants.

Œlsnitz (M. d'). La leucocytose dans la tuberculose et spécialement dans plusieurs formes de la tuberculose infantile.

Paillard (G.). Les variétés anatomiques de la hernie diaphragmatique congénitale.

Pautrier (L.). Les tuberculoses cutanées atypiques (tuberculides).

Prieur (P.). De l'influence du régime chloruré et achloruré sur l'hydratation, la déshydratation et l'albuminurie chez les brightiques.

Rabuel (A.). Etude sur le traitement de l'hyperchlorhydrie stomacale.

Renou (E.-H.). Du panaris sous-unguéal et périunguéal et de son traitement par l'arrachement de l'ongle.

Ripart (P.). De l'abus du lait dans les troubles gastro-intestinaux chroniques de l'enfant après le sevrage.

Roy (J.). Contribution à l'étude des causes et du traitement des pseudarthroses.

Sainmont (C.). Etude sur le cancer secondaire du cœur.

Saintive (E.). Traitement des fistules stercorales consécutives aux hernies crurales étranglées.

Schmeltz (Ch.). De l'oxygène pur en chirurgie contre les processus septiques.

Simon (L.-G.). Contribution à l'étude de l'appareil lymphoïde de l'intestin.

Soret (A.). Le tube de Crookes; applications médicales et chirurgicales des rayons de Röntgen; de la précision dans les méthodes radiographiques.

Talon (J.). De la névrite radiale.

Toupet (J.). De l'ouverture des abcès de la prostate par la voie périnéale.

Vauboudolle (L.). Sur les appendices branchiaux du cou.

Walter (R.). Contribution à l'étude de la pathogénie des hémorrhagies artérielles dans les cirrhoses.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Caminiti (R.). Beitrag zur Kenntnis der direkten Kernteilung. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 1.) — Contribution à l'étude de la division directe du noyau.

Halban (J.). Die Entstehung der Geschlechtscharaktere; eine Studie über den formativen Einfluss der Keimdrüse. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 2.) — L'origine des caractères sexuels; étude sur l'influence formative des glandes génitales.

Lubarsch (O.). Ueber meine Schnellhärtungs- und Schnelleinbettungsmethode. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 nov.) — Sur un procédé rapide de durcissement et d'inclusion [pour préparations histologiques].

Souslov (K.). De la situation sous-cutanée de l'artère radiale dans la moitié inférieure de l'avant-bras (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 oct.)

Weill (E.) et **Thévenet** (V.). Des éléments figurés du colostrum et du lait chez la femme. (*Arch. de méd. des enfants*, août.)

Wolff (A.). Nouvelle note sur les mouvements des lymphocytes. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

PHYSIOLOGIE

Boldyrev (V.). De la lipase dans le suc intestinal (en russe). (*Roussk. Vratch*, 21 juin.)

Burton-Opitz (R.). A method to demonstrate the changes in the vascularity of the submaxillary gland on stimulation of the secretory nerves. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 2.)

Cole (S. W.). Contribution to our knowledge of the action of enzymes : The influence of electrolytes on the action of amylolytic ferments. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 2.)

Concetti (L.). L'allaitement artificiel au point de vue de la théorie des ferments solubles. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet.)

Dixon (W. E.). The paralysis of nerve cells and nerve endings, with special reference to the alkaloid apocodeine. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 2.) — Paralysie des cellules et des terminaisons nerveuses, surtout au point de vue de l'action de l'apocodéine.

Vincent (S.). The nature of the physiologically active substances in extracts of nervous tissues and blood, with some remarks on the methods of testing for choline. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 2.) — La nature des substances physiologiquement actives dans les extraits de tissus nerveux et dans le sang; remarques sur les procédés de recherche de la choline.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bar (P.). Des lésions du foie et des reins chez les fœtus nés de mères éclamptiques. (*Obstétrique*, juillet.)

Fabris (A.). Contributo alla conoscenza dei ganglio-neuromi del sistema nervoso simpatico. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 2.)

Harbitz (F.). Et tilfælde af angioma arteriale racemosum paa læg og fod. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.) — Un cas d'anévrysme cirsoïde du pied et du mollet.

Hoche (L.) et **Briquel** (P.). Les déciduomes vrais (hyperplasies déciduales d'aspect néoplasique). (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Lorentz (G. von). Beitrag zur pathologischen Anatomie der « chronischen Metritis ». (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 2.)

Toussaint (M.). Colitis ulcerosa y abscesos del higado producidos por protozoarios. (*Bol. del Instit. patol. de México*, oct.) — Colite ulcéreuse et abcès du foie produits par les protozoaires.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Auclair (J.). Les modifications du bacille tuberculeux humain; aptitude du bacille de Koch à se transformer en saprophyte. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Hess (O.). Experimenteller Beitrag zur Aetiologie der Pankreas- und Fettgewebsnekrose. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 nov.) — Contribution expérimentale à l'étiologie de la nécrose du pancréas et du tissu adipeux.

Piassetzka (M[lle] Julie de). Recherches sur la polyvalence du sérum antistreptococcique. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Skrobansky (K.). Beitrag zur Immunisierung mit Eierstock. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 nov.) — Contribution à l'étude de l'immunisation au moyen du tissu ovarien.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Engel (C. S.). Ueber einen Versuch, mit Hilfe des Blutserums Carcinomatöser einen Antikörper herzustellen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 nov.) — Sur un essai pour obtenir un anticorps au moyen du sérum sanguin des sujets atteints de cancer.

Gruber (M.). Toxin und Antitoxin. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 oct.)

Joachim (J.). Ueber die Ursache der Trübung in milchigen Aszitesflüssigkeiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 nov.) — Quelle est l'origine de la lactescence dans les liquides ascitiques?

Landsteiner (K.). Ueber Beziehungen zwischen dem Blutserum und den Körperzellen. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 oct.) — Des rapports entre le sérum sanguin et les cellules.

MÉDECINE

Frank (O.). Die Registrierung des Pulses durch einen Spiegelsphygmographen. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 oct.) — L'enregistrement du pouls au moyen d'un sphygmographe à miroir.

Frommer (I.). Einige Fälle von Sarcom des Darmkanals. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 et 15 nov.) — Quelques cas de sarcome de l'intestin.

Galdi (F.). Di un sintoma finora poco valutato nella diagnosi di corea del cuore; nota preventiva. (*Policlinico*, 21 nov.)

Galland-Gleize (L.). Symptômes gastro-intestinaux graves revêtant les caractères de l'urémie au cours de la lithiase urinaire. In-8°, 20 p. Saint-Dizier.

Gärtner (G.). Die Messung des Drucks im rechten Vorhof; eine neue klinische Untersuchungsmethode. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 nov.) — La mensuration de la pression dans l'oreillette droite.

Jones (E. L.). The physical examination of the upper regions of the chest. (*Brit. Med. Journ.*, 24 oct.) — L'examen physique des parties supérieures du thorax.

Kolisch (R.) et **Schuman-Leclerq** (J.). Zur Frage der Kohlehydrattoleranz der Diabetiker. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 nov.) — De la tolérance des diabétiques à l'égard des hydrocarbures.

Laache (S.). Om det hepato-pankreatiske symptomkomplex. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.)

Parker (G.). Case of bronzed diabetes. (*Brit. Med. Journ.*, 24 oct.)

Sakhatzky (I.). Un cas de pneumonie fibrineuse compliquée d'endo et de péricardite pneumococciques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 oct.)

Solly (S. E.). Bronchiectasis in the tuberculous; an unusual case reported. (*Med. News*, 17 oct.)

Thompson (W. G.). Paroxysmal hematinuria (hémoglobinurie a frigore). (*Med. News*, 3 oct.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bär (J.). Die Pockenerkrankungen in Strassburg i. E. im Sommer 1903. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 oct.) — La variole à Strasbourg pendant l'été de 1903.

Dalché (P.). Parotidite d'origine génitale à la ménopause. (*Gynécologie*, août.)

Fulton (J. S.). The management of epidemics of contagious and infectious diseases. (*Albany Med. Ann.*, nov.)

Jacobson (G.). Etude clinique sur deux formes anormales de coqueluche (forme fruste, forme dyspeptique). (*Arch. de méd. des enfants*, août.)

Labbé (R.). Epreuve de la chlorurie alimentaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance. (*Arch. de méd. des enfants*, sept.)

Marquès (H.). Fièvre typhoïde et fièvres éruptives; coexistence de la dothiénentérie avec la varicelle ou avec la scarlatine. (*Montpellier méd.*, 19 et 26 juillet.)

Myhre (H.). Undersögelser vedrörende forekomsten af tuberkulose blandt sikkerhedsbesætningen i Gravdal 1900-1903. (*Medicinsk Revue*, nov.) — Recherches sur les cas de tuberculose constatés dans la garnison de Gravdal pendant les années 1900-1903.

Ruata (G. Q.). Il bacillo di Eberth nel sangue circolante dei tifosi; contributo alla patogenesi della febbre tifoide. (*Policlinico*, partie méd., X, 11.)

Sanarelli (G.). Febbre gialla e zanzare. (*Policlinico*, 21 nov.) — La fièvre jaune et les moustiques.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Agote (L.). Diagnostic précoce du myxœdème congénital. (*Arch. de méd. des enfants*, sept.)

Alter (W.). Psychiatrie und Seitenkettentheorie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 nov.) — Psychiatrie et théorie des chaînes latérales.

Bazzocchi (G.). Del morbo di Morton o metatarsalgia. (*Gazz. degli Osped.*, 27 sept.)

Berry (W. D.). The manic depressive psychosis and some of its etiological and pathological phases. (*Med. Record*, 3 oct.)

Donati (M.). Paralisi del nervo ischiatico popliteo esterno consecutiva a lussazione anteriore della gamba. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, oct.)

Duret (H.). Sur les manifestations des tumeurs du lobe occipital et du lobe temporo-sphénoïdal. (*Rev. neurol.*, 15 nov.)

Gaussel (A.). La paralysie spinale spastique et la paralysie spinale syphilitique d'Erb. (*Montpellier méd.*, 26 juillet.)

Jourdan (E.). Hémianesthésie hystérique avec crises paroxystiques; résensibilisation par la méthode de P. Sollier. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Lemoine (G.). Un cas de chorée chronique. (*Nord méd.*, 15 nov.)

Malherbe (H.). Tic douloureux facial d'origine syphilitique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 14 et 21 nov.)

Meige (H.) et **Feindel** (E.). Infantilisme myxœdémateux et maladie de von Recklinghausen. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Mohr (L.). Ein Beitrag zur myasthenischen Paralyse. (*Berlin. med. Wochensch.*, 16 nov.)

Mongeri (L.). Le psicosi epatiche. In-8°, 28 p. Milan.

Nalbandov (S.). Contribution à l'étude des luxations de l'épaule dans la syringomyélie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 juin.)

Oppenheim (H.). Trattato delle malattie nervose. (Trad. de l'allemand par G. De Pastrovich et annoté par A. Tamburini.) T. Ier. In-8°, 652 p. avec fig. Milan.

Paviot (J.). Tumeur (des plexus choroïdes) du quatrième ventricule avec vomissements incoercibles et fécaloïdes. (*Rev. neurol.*, 15 nov.)

Raymond (F.) et **Janet** (P.). Spasmes et tremblement chez les psychasthéniques. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Rudler (F.). Tic tonique du membre supérieur droit. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Strohmayer (W.). Ueber «subcorticale» Alexie mit Agraphie und Apraxie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.)

Vogt (R.). Hysteri. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.)

Voss (G. von). Ueber die Beziehungen der Hysterie zu den weiblichen Sexualorganen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Des rapports entre l'hystérie et les organes sexuels chez la femme.

Wichmann (R.). Ueber die Nervosität der Lehrer und Lehrerinnen. (*Wien. med. Presse*, 4 oct.) — La nervosité des instituteurs et des institutrices.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brocq (L.) et **Jacquet** (L.). Précis élémentaire de dermatologie. T. Ier : pathologie générale cutanée. 3e éd. In-16, 192 p.

Deutsch (E.). Zur Injectionstherapie der Syphilis. (*Wien. med. Presse*, 1er nov.)

Löwenheim (B.). Ueber urticarielles Oedem. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 nov.)

Maixner (E.). Ledvina a syfilis. (*Casopis lékaru ceskych*, 24 et 31 oct.) — Syphilis des reins.

Villanène (K.). Un cas de polyarthrite syphilitique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 21 juin.)

CHIRURGIE

Brunn (M. von). Ueber die juvenile Osteoarthritis deformans des Hüftgelenks. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 3.) — Ostéo-arthrite déformante juvénile de la hanche.

Burkard (O.). Die Dauererfolge der Orchidopexie nach Nicoladoni. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 3.) — Les résultats à longue échéance de l'orchidopexie d'après le procédé de Nicoladoni.

Chlumsky (V.). O operativnim léceni nohy ploské podle Müllera i novém zpusobu pripevneni slachy v kostech. (*Casopis lékaru ceskych*, 24 oct.) — Traitement chirurgical du pied plat d'après le procédé de Müller et nouveau procédé de fixation des tendons sur les os.

Ebel (H.). Zur Statistik des Carcinoms der Unterlippe. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 3.) — Contribution à la statistique du cancer de la lèvre inférieure.

Gould (A. P.). Elements of surgical diagnosis. 3e éd. In-12, 616 p. Londres.

Hippel (R. von). Zur Frage der Catgutsterilisation. (*Wien. med. Presse*, 4 oct.)

Jaboulay (P.). Leçons de clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu 1902-1903). In-8°, 448 p. avec fig. Lyon. A. Storck et Cie.

Kappis (A.). Die Aneurysmen der Arteria occipitalis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 3.)

Krönig. Ueber Lachgasmischnarkosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 oct.) — Anesthésies mixtes au protoxyde d'azote.

Lenzmann (R.). Zur Frage der Indikation und des Erfolges der Talma'schen Operation bei der atrophischen Lebercirrhose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 nov.) — Indications et résultats de l'opération de Talma dans la cirrhose atrophique du foie.

Meisel (P.). Ueber Entstehung und Verbreitungsart der Bauchfellentzündungen, mit besonderer Berücksichtigung der vom Wurmfortsatz ausgegangenen Entzündungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 2 et 3.) — Origine et mode d'extension des péritonites, en particulier de celles qui ont l'appendice pour point de départ.

Pagenstecher (E.). Die Fraktur des Os scaphoideum und ihr Ausgang in Pseudarthrose. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 nov.)

Porochine (M.). Des fibromes de la paroi abdominale antérieure (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 oct.)

Powers (Ch. A.). A case of diffuse gonococcus infection of the entire upper extremity, with notes on the occurrence and course of gonorrhœal septicæmia. (*Med. Record*, 3 oct.) — Un cas d'infection gonococcique diffuse de toute l'extrémité supérieure.

Riedel. Die Resultate der Appendizitis-Operationen in Jena während des letzten Semesters. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 nov.)

Rogers (L.). Biliary abscesses of the liver, with operation. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.)

Rostovtzev (M.). Quelques particularités de la température dans l'appendicite (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 oct.)

Saltykow (S.). Recherches expérimentales sur le rôle de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Sauerbruch. Die Pathogenese der subkutanen Rupturen des Magen-Darmtraktus. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 1.) — La pathogénie des ruptures souscutanées du tube gastro-intestinal.

Scheidl (J.). Neues über Fracturenbehandlung. (*Wien. med. Presse*, 11 oct.) — Considérations nouvelles sur le traitement des fractures.

Schultze (F.). Zur Diagnostik und operativen Behandlung der Rückenmarkshautgeschwülste. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 1.) — Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs des méninges rachidiennes.

Sick (P.). Primäre akute Typhlitis (stercoralis) (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 5-6.)

Ssamoylenko (M.). Ueber Cephalocele nasofrontalis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 3.)

Stiassny (S.). Ein Beitrag zur Quadrizepsplastik. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 sept.)

Tripier (R.) et **Paviot** (J.). La péritonite soushépatique d'origine vésiculaire dans ses rapports avec la colique hépatique, la périty-phlite, la crise appendiculaire. In-12, 183 p.

Tubby (A. H.). The pathology and treatment of hallux rigidus, hallux flexus, and hallux extensus. (*Brit. Med. Journ.*, 17 oct.)

Tyson (J.) et **Frazier** (Ch. H.). Report of a case of decapsulation of the kidney (Edebohls' operation) for chronic parenchymatous nephritis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, sept.)

Walsham (W. J.). Surgery in theory and practice. 8e éd. In-8°, 1242 p. avec fig. Londres.

Whipham (T. R. C.). A case of rupture of the œsophagus from an accident. (*Lancet*, 12 sept.)

Witherbee (O.). A deviation from the usual methods of closing abdominal wounds, including hernia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 oct.) — Modification des procédés usuels d'occlusion des plaies abdominales.

OPHTALMOLOGIE

Hallauer (O.). Wert der Iridektomie an Hand von 1200 Iridektomiefällen zusammengestellt. (*Arch. f. Augenheilk.*, XLVII, 2-4.) — La valeur de l'iridectomie; étude basée sur 1,200 cas.

Immermann (G.). Die Erfolge der Iridektomie bei Iridochorioiditis. (*Thèse de Bâle.*) — Les résultats de l'iridectomie dans l'iridochoroïdite.

Jackson (E.). Skiascopy as a method of precision. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 sept.)

Morton (A. S.). Notes on operations for conical cornea. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.)

Pusey (B.). Bacteria in the eye and notes on some recent work in ophthalmologic bacteriology. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 oct.)

Randolph (R. L.). The bacteria concerned in the production of eye inflammations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 oct.) — Les bactéries dans leurs rapports avec les inflammations de l'œil.

Smith (H.). Extraction of cataract in the capsule. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.)

Stephenson (S.). The corneal lesions of acquired syphilis. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.)

White (W. H.). A case of diabetic intraocular lipæmia, in which the blood was examined during life. (*Lancet*, 10 oct.) — Un cas de lipémie intra-oculaire diabétique, avec examen du sang pendant la vie.

Worth (C.). Convergent squint. (*Brit. Med. Journ.*, 26 sept.) — Strabisme convergent.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Algret (P.). Traumatisme grave de la vulve et du vagin par le coït. (*Gynécologie*, août.)

Bishop (E. S.). Essentials of pelvic diagnosis. In-8°, 310 p. Londres.

Brickner (S. M.). The obstetric significance of retrodisplacements of the uterus. (*Med. News*, 3 oct.)

Büttner (O.). Statistik und Klinik der Eklampsie im Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 2.)

De Lee (J. B.). Early recognition of impending obstetric accidents. (*Med. News*, 17 oct.) — Diagnostic précoce des accidents obstétricaux probables.

Döderlein (A.). Tubargravidität und Unfallrente. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 nov.) — Grossesse tubaire et assurance contre les accidents.

Doléris (J.-A.). Des ptoses génitales. (*Gynécologie*, août et oct.)

Edgar (J. C.). Pathology and prophylactic treatment of puerperal sepsis. (*Med. News*, 17 oct.)

Faure (J.-L.). La protection automatique de l'uretère dans l'hystérectomie par décollation. (*Gynécologie*, août.)

Feldman (B. M.). Causes, consequences, and care of the injuries to the parturient canal. (*Med. Record*, 3 oct.)

Fellner (O.). Ueber die Ursachen der Blutdrucksteigerung in den Wehen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Sur les causes de l'exagération de la tension sanguine pendant le travail.

Fénoménov (N.). Emploi de l'adrénaline en obstétrique et en gynécologie (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliezn.*, oct.)

Fredet (P.). Kyste postérieur du vagin dérivant probablement du cul-de-sac de Douglas embryonnaire; l'origine des kystes du vagin. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Fromme (F.). Ueber Achsendrehung des Dickdarmes unter der Geburt. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 oct.) — De la torsion du gros intestin pendant le travail.

Galabin (A. L.). Diseases of women. 6e éd. In-8°, 704 p. avec fig. Londres. — Les maladies des femmes.

Gilbert (A.), **Lereboullet** (P.) et **Stein** (Mlle). Recherches comparatives sur la cholémie physiologique chez la mère et le nouveau-né. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juillet.)

Gottschalk (S.). Zur Aetiologie der Endometritis exfoliativa. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 nov.)

Hahn (W.). Die Verbreitung des Puerperalfiebers in Oesterreich im letzten Jahrzehnt. (*Wien. med. Presse*, 18 oct.) — La fréquence de la fièvre puerpérale en Autriche pendant ces dix dernières années.

Hegar (K.). Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 nov.) — Traitement de la déchirure récente du périnée.

Katz (L.). Ein Fall von lateral-retroperitonealer Cyste. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 nov.)

Liepmann (W.). Diabetes mellitus und Metritis dissecans, nebst einem Beitrag zur Pathologie der Metritis dissecans. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 2.)

Müller (J.). Zur Technik des Bauchschnittes. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Technique de la laparotomie.

Pinard, Segond et **Couvelaire**. Etude clinique et anatomique d'un utérus parturient à terme, fixé en rétro-latéro-version par des adhérences périmétritiques. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juillet.)

Plien (M.). Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe mit Hefe. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 nov.) — Traitement de la blennorrhagie chez la femme par la levure.

Sippel (A.). Ueber Vagitus uterinus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 nov.)

Theilhaber (A.). Die sogenannte chronische Metritis, ihre Ursachen und ihre Symptome. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 2.) — La métrite chronique; ses causes et ses symptômes.

Thomson (H.). Tampondrainage bei Laparotomien. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 nov.)

Vedeler (B.). Nedtryk. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.) — Douleurs expulsives.

PÉDIATRIE

Borland (H.). A case of infantile acute eczema; hæmatemesis; duodenal ulcer; death. (*Lancet*, 17 oct.)

Carpenter (G.). Case of syphilitic nephritis in an infant aged 5 months. (*Brit. Med. Journ.*, 12 sept.)

Cayrol-Blum (Mme Marie). Consultations de nourrissons et Gouttes de Lait. (*Montpellier méd.*, 12 et 19 juillet.)

Comby (J.). Ostéites apophysaires de croissance. (*Arch. de méd. des enfants*, sept.)

Martinez Vargas (A.). Miositis del semitendinoso; supuración; contractura; incisión; curación radical. (*Medicina de los niños*, nov.)

Mocquot (G.). La loi Roussel et les consultations de nourrissons. (*Obstétrique*, juillet.)

Moro (E.). Considérations biologiques sur l'alimentation du nourrisson. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet.)

Puech (P.). Ligature et section du cordon ombilical. (*Montpellier méd.*, 9 et 16 août.)

Reinbach (G.). Hämorrhoiden im Kindesalter, zugleich ein weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie dieses Leidens. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 2-3.) — Hémorrhoïdes chez les enfants; nouvelle contribution à l'anatomie pathologique de cette lésion.

Salmon (J.). Stenosis pylori ve veku detském. (*Casopis lékaru ceskych*, 10, 17 et 24 oct.) — La sténose du pylore chez les enfants.

Soxhlet (von). Kuhmilch als Säuglingsnahrung. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 nov.) — Le lait de vache dans l'alimentation des nourrissons.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bronner (A.). On the local use of formalin in the treatment of nasal polypi before and after operation on the same by the usual methods. (*Brit. Med. Journ.*, 31 oct.)

Castañeda (R.). Cellulite du groupe supéro-antérieur de l'écaille du temporal. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Chavasse, Mahu et **Jacques**. De la ponction lombaire dans les complications endocrâniennes des otites; des dégénérescences bénignes de la muqueuse ethmoïdale (causes et traitement). In-8°, 178 p. avec fig. Bordeaux.

Dench (E. B.). The importance of the surgical treatment of chronic middle-ear suppuration. (*Med. News*, 17 oct.) — L'importance du traitement chirurgical de l'otite moyenne purulente chronique.

Guder (E.). Un cas de pachyméningite interne (abcès intra-dural) d'origine otique. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juillet.)

Heine. Zur Behandlung der akuten Mittelohrentzündung; 1. Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 nov.) — Traitement de l'otite moyenne aiguë.

McKeown (D.). Difficulties and insufficiency of the stenosal theory of adenoid deafness. (*Brit. Med. Journ.*, 31 oct.) — Insuffisance de la théorie « par sténose » pour expliquer la surdité liée à l'hypertrophie adénoïde.

Moure (E. J.). The surgical treatment of cancer of the larynx. (*Brit. Med. Journ.*, 31 oct.)

Péraire (M.) et **Demars** (A.). Fibro-myxome du pharynx; ablation; guérison. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Ricard. De l'éclairage par l'acétylène en oto-rhino-laryngologie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Steers (W. H.). An operation for removing the tonsils. (*Med. Record*, 3 oct.) — Opération pour ablation des amygdales.

Zünd-Burguet (A.). De l'inscription de la parole d'après la méthode de Marey. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Camuzzi (L.). Cura delle anemie e questione economica. (*Gazz. degli Osped.*, 1er nov.)

Chowry-Muthu (D. I.). The treatment of pulmonary tuberculosis by formaldehyde. (*Brit. Med. Journ.*, 24 oct.)

Donzello (G.). Sulla auto-sieroterapia nelle pleuriti essudative. (*Gazz. degli Osped.*, 1er nov.)

Gant (S. G.). The non-medicinal treatment of constipation. (*Med. Record*, 24 oct.)

Haig (A.). Some notes on a diet of bread and fruit, and its effects on high blood-pressure, dropsy and obesity. (*Med. Record*, 31 oct.) — Quelques notes relatives à un régime composé de pain et de fruits, et aux effets de ce régime sur la tension sanguine, sur l'hydropisie et sur l'obésité.

Hirsch (A.). Zur Behandlung der Streptokokcieen mit Antistreptokokkenserum. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 7 et 14 nov.)

McVail (D. C.). Spinal puncture in « uræmia ». (*Brit. Med. Journ.*, 24 oct.)

Meyer (R.). Zur diätetischen Brombehandlung der Epilepsie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 nov.)

Rachford (B. K.). Treatment of migraine. (*Med. News*, 3 oct.)

Saquet. Gymnastique ou massage en thérapeutique. (*Poitou méd.*, nov.)

Simonovitch (V.). Contribution à l'étude de l'action de l'adrénaline (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 juin.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bolton (J. S.). The X rays as a diagnostic agent in pulmonary conditions. (*Brit. Med. Journ.*, 24 oct.)

Cleaves (Margaret A.). Radium, with a preliminary note on radium rays in the treatment of cancer. (*Med. Record*, 17 oct.)

Hedley (W.). Some points in practical muscle testing. (*Brit. Med. Journ.*, 24 oct.) — Quelques points pratiques de la recherche des réactions électriques des muscles.

Herschell (G.). Use of electricity in the treatment of affections of the digestive organs. (*Brit. Med. Journ.*, 24 oct.)

Köhler (A.). Erfahrungen über Unterbrecher im Röntgeninstrumentarium. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 nov.) — Recherches sur les interrupteurs dans l'installation pour rayons de Röntgen.

Kraft (H.). Das Röntgeninstrumentarium für den Praktiker. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 nov.)

Piffard (H. G.). High-frequency currents. (*Med. Record*, 31 oct.) — Les courants de haute fréquence.

Strebel (A.). Fortschritte in der Lichttherapie. (*Wien. med. Presse*, 11 oct.) — Progrès réalisés dans la photothérapie.

Tappeiner (H. von) et **Jesionek**. Therapeutische Versuche mit fluoreszierenden Stoffen. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 nov.) — Essais thérapeutiques avec des substances fluorescentes.

Tousey (S.). The Röntgen and Finsen rays; electrolysis; galvanism; faradism; high-tension discharges, and diagnostic illumination. (*Med. Record*, 24 oct.)

Werther. Ueber die Lichtbehandlung des Lupus mit der Finsen-Reyn'schen Lampe und die verwandten physikalischen Methoden. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 nov.)

Williams (F. H.). The use of the X-rays in the treatment of diseases of the skin, certain forms of cancer, of the glandular system and of other diseases, and as a means of relieving pain. (*Med. News*, 3 oct.) — L'emploi de la radiothérapie dans les maladies de la peau, dans certaines formes de cancer, dans les affections ganglionnaires, et à titre d'analgésique.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Gautier (L.). Coup d'œil sur la chirurgie à Genève pendant la seconde moitié du XVIe siècle. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Schönberg (E.). Medicinens historie. In-8°, 308 p. Christiania.

Taillens. L'évolution médicale au XIXe siècle. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

GÉNÉRALITÉS

Blanchard (R.). La syphilis dans l'art. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Conférence internationale de la presse médicale réunie à Monaco du 7 au 9 avril 1902. In-8°, 87 p. Monaco.

Medical and surgical reports of the Boston City Hospital. 14th series. In-8°, 178 p. avec fig. Boston.

Meige (H.). Un document pour les pouilleux dans l'art. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Mount Sinai Hospital reports for 1901 and 1902. In-8°, 572 p. New York.

Troisième Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances tenu à Paris du 25 au 28 mai 1903. Procès-verbaux des séances. In-8°, 157 p.

Vidal (Ch.). Notice sur les hôpitaux de Castres. In-8°, 92 p. Castres.

23e ANNÉE. — N° 51. **Vingt centimes le numéro.** 23 DÉCEMBRE 1903.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

SOMMAIRE

Clinique des maladies exotiques. — M. le docteur Wurtz : La maladie du sommeil. 413
Médecine pratique. — De la compresse hydrothérapique appliquée sur la poitrine, par M. le docteur Ch. Fernet 415
Les illustrations médicales du dix-neuvième siècle. — Malgaigne 417
Sociétés savantes : *Académie de médecine.* — Opothérapie rénale dans l'albuminurie... 418
Académie des sciences. — Emission de rayons de Blondlot par l'organisme humain..... 418
Les conditions spéciales de la circulation dans des glandes en activité............ 418
La prétendue fermentation alcoolique des tissus animaux.................. 418
Société de chirurgie. — Traitement des fractures du membre inférieur............ 418
Urétéro-cysto-néostomie au cours d'une hystérectomie abdominale.............. 418
Société médicale des hôpitaux. — De la rétention des chlorures dans l'ascite d'origine hépatique 419
Extraction d'un corps étranger des voies aériennes par la bronchoscopie inférieure après trachéotomie.............. 419
Société de biologie. — La dissociation de la perméabilité rénale pour le chlorure de sodium et l'urée dans le mal de Bright... 419
Effets de la tuberculine injectée immédiatement après l'infection tuberculeuse...... 419
De la réaction agglutinante dans l'ictère... 419
Des lésions radiculaires de la moelle dans les cas de tumeurs cérébrales.......... 419
Eosinophilie due à la Filaria loa.......... 420
Hémorrhagie des couches optiques et signe de Babinski.............. 420
Etranger : *Lettres d'Autriche.* — Traitement de la tuberculose laryngée par l'insolation du larynx.............. 420
Tachycardie paroxystique avec dégénérescence du pneumogastrique............ 420
Anévrysme faux de l'artère poplitée à la suite d'une exostose.............. 420
Lettres d'Amérique. — Conclusions d'un voyage médical aux Etats-Unis.............. 420
Bulletin bibliographique international.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Albuminurie.............. 418^2
Anévrysme faux de l'artère poplitée à la suite d'une exostose.............. 420^1
Appareils de marche dans les fractures du membre inférieur.............. 418^3
Ascite d'origine hépatique et rétention des chlorures.............. 419^1
Bronchoscopie inférieure après trachéotomie pour corps étranger des voies aériennes.. 419^2
Chlorures et leur rétention dans l'ascite d'origine hépatique.......... 419^1
— et urée dans le mal de Bright.. 419^2
Circulation dans les glandes en activité..... 418^3
Cirrhoses et rétention des chlorures........ 419^1
Compresse hydrothérapique contre les congestions du poumon.............. 415^3
Congestions du poumon.............. 415^3
Corps étranger des voies aériennes......... 419^2
Eosinophilie due à la Filaria loa.......... 420^1
Etats-Unis au point de vue médical......... 420^2
Exclusion de l'intestin.............. 420^2
Fermentation alcoolique des tissus animaux. 418^3
Filaria loa et éosinophilie.............. 420^1
Fractures du membre inférieur.............. 418^3
Hémorrhagie des couches optiques et signe de Babinski.............. 420^1
Hérédo-syphilis et lésions pulmonaires analogues à celles de la clavelée.............. 420^1
Ictère et séroréaction.............. 419^3
Insolation du larynx contre la tuberculose laryngée.............. 420^1
Lésions radiculaires en cas de tumeurs cérébrales.............. 419^3
Macération de reins de porc contre l'albuminurie.............. 418^2
Maladie du sommeil.............. 413^1
Mal de Bright et perméabilité rénale au chlorure de sodium et à l'urée.......... 419^2
Malgaigne.............. 417^1
Opothérapie rénale dans l'albuminurie...... 418^2
Perméabilité rénale au chlorure de sodium et à l'urée dans le mal de Bright.......... 419^2
Rayons de Blondlot et leur émission par l'organisme humain.............. 418^2
Réaction agglutinante dans l'ictère......... 419^3
Signe de Babinski dans l'hémorrhagie des couches optiques.............. 420^1
Tachycardie paroxystique avec dégénérescence du pneumogastrique.............. 420^1
Traitement de l'albuminurie.............. 418^2
— de la tuberculose laryngée....... 420^1
— des congestions du poumon..... 415^3
— des corps étrangers des voies aériennes.............. 419^2
— des fractures du membre inférieur.............. 418^3
Tuberculine et son mode d'action.......... 419^2
Tuberculose laryngée.............. 420^1
Tumeurs cérébrales.............. 419^3
Urée et chlorures dans le mal de Bright.... 419^2
Urétéro-cysto-néostomie au cours d'une hystérectomie abdominale.............. 418^3

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur A.-M. Monnier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berne. — M. le docteur August Siegrist, privatdocent à la Faculté de médecine de Bâle, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. E. Pflüger, décédé.

Faculté de médecine de Bonn. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Bernhard Schöndorff, privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Gœttingue. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Hans Reichenbach, privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Hugo Starck, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Giovanni Petella, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral est nommé professeur de chimie médicale, en remplacement de M. A. Ferreira dos Santos, décédé.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur ordinaire a été conféré à M. le docteur Florian Kratschmer, privatdocent d'hygiène et de chimie médicale.

Medical College of Virginia de Richmond. — M. le docteur J. Shelton Horsley est nommé professeur de chirurgie.

VARIA

Réunion de l'Association médicale britannique en 1904.

La soixante-douzième session de l'Association médicale britannique aura lieu à Oxford du 26 au 29 juillet 1904.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1902* inclusivement (20 années) absolument complètes, soit les 22 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 198 francs pour la France, 240 francs pour l'étranger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bourtzeva (A.). L'endothéliome de la plèvre et son histogénie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 et 25 oct.)

Cornil (V.). Sur les lésions des canaux biliaires intra et extra-lobulaires et des cellules hépatiques dans la rétention de la bile. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Fränkel (E.). Ueber Erkrankungen des roten Knochenmarkes, besonders der Wirbel und Rippen, bei akuten Infektionskrankheiten. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 4.) — Altérations de la moelle osseuse rouge, surtout de celle des vertèbres et des côtes, dans les maladies infectieuses aiguës.

Laignel-Lavastine. Cytologie nerveuse d'un cas de tétanos. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Mönckeberg (J.). Anatomischer Befund eines Falles von « Landry'schem Symptomenkomplex ». (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.)

Radice (G.). Sopra un caso di carcinoma primario del pancreas con riproduzioni multiple ed embolismo cerebrale, seguito da necropsia. (*Riforma med.*, 14 oct.)

Ross. Note on the bodies recently described by Leishman and Donovan. (*Brit. Med. Journ.*, 14 nov.) — Note sur les microorganismes décrits récemment par Leishman et Donovan.

Schmidt (M. B.). Die Verbreitungswege der Karzinome und die Beziehung generalisierter Sarkome zu den leukämischen Neubildungen. In-8°, 91 p. Iéna. G. Fischer. — Voies de propagation des carcinomes et rapports des sarcomes généralisés avec les néoplasies leucémiques.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Cafiero (C.). Ricerche sulle modificazioni del potere battericida del sangue post mortem nei conigli. (*Riforma med.*, 7 oct.)

Demaria (E.-B.). Travail expérimental sur les centres d'origine des nerfs oculo-moteurs et pathétique chez le chien. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

Friedländer (G.). Vagus und Peritonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.)

Kucharzewski (H.). Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Heilsera und des normalen Pferdeserums auf das Blut. (*Wien. med. Presse*, 1er nov.) — Recherches expérimentales relatives à l'influence des sérums curatifs et du sérum normal de cheval sur le sang.

Lépine (J.). Sérum antithyroïdien. (*Lyon méd.*, 29 nov.)

Pane (N.). Importanza della citasi, prodotta artificialmente nell'organismo, nelle infezioni sperimentali. (*Riforma med.*, 7 oct.)

Ruata (G. Q.). Il bacillo della febbre gialla nel peritoneo, durante l'infezione sperimentale. (*Riforma med.*, 21 oct.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bosc (F.-J.). Des lésions conjonctives de nature claveleuse; leur rapprochement des lésions sarcomateuses et syphilitiques. (*Montpellier méd.*, 16 août.)

Guyot (Th.). L'arthritis avec ses diverses manifestations : rhumatisme, goutte, diabète, artériosclérose, neurasthénie, affections nerveuses, asthme, calculs, est une maladie générale microbienne et transmissible; prophylaxie et traitement. In-8°, 254 p.

Jaksch (R. von). Weitere Beobachtungen über die Mengen des im Blute des kranken Menschen sich vorfindenden Harnstoffes. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 11.) — Nouvelles recherches sur la teneur en urée du sang des malades.

Löwit (M.) et **Schwarz** (K.). Ueber Baktericidie und Agglutination im Normalblute : Baktericidie und Agglutination im Normalserum und künstlichen Plasma. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 8 et 11.) — Propriétés bactéricides et agglutinantes du sang normal.

MÉDECINE

Aronheim. Ein Fall von wirklichem traumatischen bulbären Diabetes mellitus. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, nov.)

Ballantyne (H.). Remarks on duodenal ulcer. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Boas (I.). Ueber die Diagnose des Ulcus ventriculi mittelst Nachweises occulter Blutanwesenheit in den Fäces. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 nov.) — Le diagnostic de l'ulcère de l'estomac par la constatation de la présence occulte de sang dans les fèces.

Boycott (A. E.). A note on the differential leucocyte count in worm infections. (*Brit. Med. Journ.*, 14 nov.) — Note sur le taux des diverses variétés de leucocytes dans l'helminthiase.

Broadbent (W.). A case of congenital heart lesion. (*Lancet*, 14 nov.) — Un cas d'affection congénitale du cœur.

Gellé. Néphrite chronique atrophique postdiphtéritique. (*Echo méd. du Nord*, 13 déc.)

Gibson (G. A.). Diastolic aortic murmurs without valvular lesions. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.) — Souffles aortiques diastoliques sans lésions valvulaires.

Guelsinguius (O.). Contribution à l'étude du dédoublement du choc de la pointe du cœur (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 nov.)

Hanicki (W.). O wartosci ilosciowego okreslania kwasu moczowego metoda Ruhemann'a. (*Gaz. lekarska*, 3 oct.) — La valeur du dosage de l'acide urique d'après le procédé de Ruhemann.

Houston (Th.). The conditions that simulate pernicious anæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 14 nov.)

Kaufmann (F.). Ueber bemerkenswerte Komplikationen im Verlauf des Magenkrebses. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.) — Complications rares au cours du cancer de l'estomac.

Knapp (M. I.). Why not absolute precision in chyme analysis? (*Med. News*, 14 nov.)

Laslett (E.). On the nature of Curschmann's spirals. (*Lancet*, 7 nov.)

Mackenzie (J.). Hyperdicrotism. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Müller (F.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Hyperhidrosis universalis. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.)

Ratner (E.). Cirrhose veineuse du foie sans ascite (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 nov.)

Róbin (W.). O wartosci klinicznej nowej metody Sahli'ego badania czynnosci zoladka. (*Gaz. lekarska*, 10 et 17 oct.) — La valeur clinique du nouveau procédé de Sahli pour l'examen fonctionnel de l'estomac.

Silbergleit (H.). Beitrag zur Kenntnis der Herzbeweglichkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 nov.) — Contribution à l'étude du cœur mobile.

Stoner (A. P.). A discussion of some common forms of liver disturbances. (*Med. News*, 28 nov.) — Quelques formes communes de troubles hépatiques.

Zeri (A.). Sulla diagnosi differenziale fra essudati e transudati. (*Policlinico*, partie méd., X, 10 et 11.)

Ziverte (A.). Un cas rare de bruit vasculaire dans la région du foie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 nov.)

MALADIES INFECTIEUSES

Biss (H. J.). The borderlands of diphtheria and scarlet fever. (*Lancet*, 7 nov.) — Formes mixtes de diphtérie et scarlatine.

Christy (C.). Bubonic plague (« kaumpuli ») in Central East Africa. (*Brit. Med. Journ.*, 14 nov.)

Donovan (C.). The etiology of one of the heterogeneous fevers of India. (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.)

Ellis (W. G.). The etiology of beri-beri. (*Brit. Med. Journ.*, 14 nov.)

Lagriffoul (A.). Le séro-diagnostic de la tuberculose; revue générale et nouvelle statistique. (*Montpellier méd.*, 4 et 25 janv., 1er, 15 et 22 fév. et 1er mars.)

Manson (Sir Patrick). Tropical diseases, a manual of the diseases of warm climates. 2e éd. In-8°, 780 p. avec fig. Londres.

Maragliano (E.). Studi sperimentali e clinici sulla tubercolosi praticati nel corso dell'anno scolastico 1902-1903. (*Riforma med.*, 28 oct.)

Pletnev (D.). Des affections simulant la fièvre typhoïde (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 oct.)

Quadrone (C.) et **Cler** (E.). Sull'infezione mista : tifosa e diplococcica; studio clinico e batteriologico con speciale riguardo alla reazione del Widal. (*Riforma med.*, 14 et 21 oct.)

Van Geuns (J. R.). Varicellen bij volwassenen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 déc.) — Varicelle chez l'adulte.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Allison (H. E.). Insanity in penal institutions and its relation to principles of penology. (*Albany Med. Ann.*, déc.)

Boileau. Quelques observations de neurasthénie à forme gastrique traitée et améliorée par la mécanothérapie. (*Limousin méd.*, oct.)

Bourneville. Idiotie profonde avec nanisme et infantilisme; amélioration considérable. (*Arch. de neurol.*, juillet.)

Chtchepinsky (A.). La paraplégie périodique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 nov.)

Durante (G.). Le neurone et ses impossibilités; conception caténaire du tube nerveux, agent actif de la transmission nerveuse. (*Rev. neurol.*, 30 nov.)

Hey (J.). Zur Kasuistik der Myasthenia gravis pseudoparalytica. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct. et 3 nov.)

Marandon de Montyel (E.). Obsession et délire. (*Arch. de neurol.*, sept.)

Mettey (E.). Syndrome oculaire neuro-paralytique. (*Arch. d'ophtalmol.*, oct.)

Mülberger (A.). Die familiäre, amaurotische Idiotie und ihre Diagnose. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.)

Pearce (F. S.). Disorders of sleep. (*Med. Bull.*, nov.) — Troubles du sommeil.

Pilcz (A.). Ueber Behandlung von Geisteskrankheiten in häuslicher Pflege. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 nov.) — Maladies mentales et assistance familiale.

Schittenhelm. Tabes incipiens und Syphilis cerebro-spinalis. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.)

Soukhanoff (S.). Contribution à l'étude des manifestations individuelles des peurs obsédantes dans la constitution idéo-obsessive. (*Arch. de neurol.*, sept.)

Vigouroux (A.) et **Juquelier** (P.). Délire et petit brightisme. (*Arch. de neurol.*, juillet, août et sept.)

Vogt (H.). Transitorische Geistesstörung nach intensiver Kältewirkung. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 nov.) — Troubles psychiques transitoires à la suite de l'exposition à un froid intense.

Weygandt (W.). Ueber Psychiatrie und experimentelle Psychologie in Deutschland. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.) — La psychiatrie et la psychologie expérimentale en Allemagne.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bosc (F.-J.). Formule hémoleucocytaire de la syphilis. (*Montpellier méd.*, 23 août.)

Bowker (C. S.). The successful treatment of a few cases of lupus. (*Lancet*, 14 nov.)

Crane (A.). Some features of leprosy in the Hawaiian Islands. (*Yale Med. Journ.*, oct.)

Glück (L.). Ueber die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und der Hercegovina. (*Wien. med. Presse*, 18 et 25 oct.) — La lutte contre la syphilis en Bosnie et en Herzégovine.

Karlinski (J.). Zur Bacteriologie der Lepra. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 28 nov.)

Oppenheim (M.). Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.) — Psoriasis de la muqueuse buccale.

Paton (E. P.). Syphilitic joint disease. (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.)

Perrin (M.) et **Grosjean** (A.). Chancre syphilitique de l'amygdale. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 25 juillet.)

Rosenberg (A.). Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextract. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 oct.) — Urticaire consécutive à l'application intra-nasale d'extrait surrénal.

PARASITOLOGIE

Ceni (C.). Sulle proprietà patogene del *Penicillum glaucum* nell'etiologia della pellagra; nota preventiva. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Lang et **Noc**. Les filaires en Nouvelle-Calédonie. (*Arch. de parasitol.*, VII, 3.)

Lignières (J.) et **Spitz** (G.). Contribution à l'étude des affections connues sous le nom d'actinomycose [2e mémoire]. (*Arch. de parasitol.*, VII, 3.)

Primrose (A.). Filariasis in man cured by removal of the adult worms in an operation for lymph scrotum. (*Brit. Med. Journ.*, 14 nov.) — Guérison d'un cas de filariose, consécutive à l'extraction des filaires au cours d'une opération pour l'éléphantiasis du scrotum.

CHIRURGIE

Abel. Zur Hernientuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 nov.)

Baldwin (J. F.). 1000 abdominal closures by a new method, without a known hernia. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Un nouveau procédé d'occlusion des plaies abdominales; mille opérations sans hernie.

Beck (C.). On an aggravated case of aneurisma racemosum. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Borchard. Die Verbiegung der Wirbelsäule bei der Syringomyelie. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 4.) — L'incurvation de la colonne vertébrale dans la syringomyélie.

Campbell (J.). Subperitoneal lipomata. (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.)

Cobb (F.). Report of a case of recurrent dislocation of the ulnar nerve cured by operation. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Corner (E. M.). On the pathology and classification of intussusceptions, with a résumé of those arising from the appendix cæci. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Cotterill (J. M.). The pathology of hallux rigidus. (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.)

Dall'Acqua (U.). Sulla cura delle varici e delle ulceri da varici mediante incisioni circolari della gamba; osservazioni pratiche e sperimentali. (*Riforma med.*, 21 oct.)

Deaver (J. B.). The treatment of the complications attendant upon chronic gall-stone disease. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Le traitement des complications de la lithiase biliaire chronique.

Elder (J. M.). A further case of « hour-glass » stomach. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Un nouveau cas d'estomac en sablier.

Escher (C.). Ueber einen Fall von Ruptur eines spontanen Aneurysmas der Arteria thyreoidea inferior. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er déc.)

Folet (H.). Sutures tendino-musculaires (ténomyo-raphies). (*Echo méd. du Nord*, 13 déc.)

Freiberg (A. H.). Congenital luxation of the ankle. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Luxation congénitale du cou-de-pied.

Gerassimovitch (V.). De l'hématémèse dans la péritonite (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 nov.)

Gore-Gillon (G.). « Retroperitoneal manipulation » : a method of separating deep-seated, plastic, pericæcal or other peritoneal adhesions. (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.)

Gould (A. H.). A case of malignant œdema. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Grossmann. Ein Fall von Luxatio claviculae supraspinata. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, nov.)

Heinricius (G.). Ueber recidivirende retroperitoneale Lipome. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.)

Horsley (J. S.). A contribution to the study of intestinal suture, with a new method of intestinal union. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Jacques (P.) et **Durand** (A.). Du procédé de choix pour la cure radicale de la sinusite fronto-ethmoïdale chronique. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août.)

Kaufmann (G.). Kyste séreux congénital de la région cervicale droite; ablation, guérison. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 17 oct.)

Lapinski (W.). Bezkrwawe leczenie zwichnien wrodzonych w stawach biodrowych. (*Gaz. lekarska*, 24 et 31 oct.) — Traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche.

Levison (Ch. G.). Splenectomy for Banti's disease, followed by thrombosis of the right internal jugular, subclavian and innominate veins; recovery. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Lilienthal (H.). The best method of dealing with the stump in appendicectomy. (*Med. News*, 28 nov.) — La meilleure méthode de traitement du moignon dans l'appendicectomie.

Lunn (J. R.). An obscure case of intestinal obstruction due to an obturator hernia; laparotomy; enterectomy; death in 27 hours from cardiac syncope and peritonitis. (*Lancet*, 7 nov.)

Manley (Th. H.). Primary osteoplasty in open fractures or fracture dislocations. (*Med. News*, 28 nov.)

Marckwald. Zwei Fälle von Verletzung hydrokephalischer Gehirne. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.) — Deux cas de traumatisme cérébral chez des hydrocéphaliques.

McCurdy (S. LeR.). On the treatment of fracture of the mandible, with method of wiring. (*Ann. of Surgery*, nov.)

McLachlan (J.). A case of retroperitoneal pelvic sarcoma. (*Lancet*, 7 nov.)

Menger (R.). Adrenalin chloride and hydrochlorate of cocaïne in dentistry. (*Texas Med. Journ.*, oct.)

Mercier-Bellevue. Un cas de chirurgie cérébrale pour complication d'otite moyenne aiguë; abcès extra-dural; trépanation; évidement total de la mastoïde; ouverture de la fosse cérébrale moyenne; guérison. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 17 oct.)

Monks (G. H.). Intestinal localization; a study on the cadaver for the purpose of determining to what extent the various parts of the small intestine may be identified through an abdominal wound. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Recherches sur le cadavre en vue de déterminer dans quelle mesure il est possible de reconnaître les diverses portions de l'intestin grêle à travers une plaie abdominale.

Monsarrat (K. W.). Some points in the operative treatment of tuberculous disease of the knee-joint. (*Lancet*, 7 nov.) — Quelques considérations sur le traitement chirurgical de la tuberculose du genou.

Morris (R. T.). Notes on a case of fusiform aneurism treated by Matas's method. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Morton (Ch. A.). 2 cases of retroperitoneal cysts : one causing obstructive jaundice and the other simulating an ovarian cyst. (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.) — 2 cas de kyste rétropéritonéal dont l'un ayant déterminé une ictère par obstruction et l'autre ayant simulé un kyste de l'ovaire.

Murray (R. W.). Idiopathic dilatation of the colon. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Pagenstecher. Die isolirte Zerreissung der Kreuzbänder des Knies. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 nov.) — La déchirure isolée des ligaments croisés du genou.

Painter (Ch. F.) et **Erving** (W. G.). Chronic villous arthritis, with special reference to its etiology and pathology. (*Med. News*, 14, 21 et 28 nov.)

Pankow. Ueber einen Fall von spastischem Ileus. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.)

Ransohoff (J.) et **Phelps** (A. V.). Fatal hæmorrhage from trephining. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Robinson (E. F.). Tropical abscess of the liver. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Abcès du foie des pays chauds.

Rydygier (L.). Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywan w sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. (*Gaz. lekarska*, 26 sept.) — Quelques remarques sur l'évolution des opinions relatives au traitement de l'appendicite.

Sassone (N.). L'attuale chirurgia integrante dei vasi sanguigni. (*Incurabili*, 1er-15 sept. et 1er-15 oct.)

Stempel (W.). Leukämie und Trauma. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, nov.)

UROLOGIE

Bellandi (E.). Modification apportée à la béquille du cystoscope dans le but d'éviter les brûlures de la vessie. In-8°, 4 p. avec fig. Alexandrie.

Bruni (C.). 100 Fälle von Urethrotomia interna. (*Monatsberichte für Urologie*, VIII, 11.)

Cabot (A. T.). Calculous anuria : its diagnosis and treatment. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Cheftel (B.). La valeur de la cystoscopie et du cathétérisme des uretères en général et pour la chirurgie rénale en particulier (en russe). (*Roussk. Vratch*, 25 oct. et 1er nov.)

Gibson (Ch. L.). A new method of performing perineal section without a guide. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Un nouveau procédé d'uréthrotomie externe sans conducteur.

Göbell (R.). Ein Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 nov.) — Contribution au diagnostic de l'état fonctionnel des reins.

Hansson (A.). Cystocele extraperitonealis. (*Hygiea*, nov.)

Hawley (G. W.). The surgical problem in prostatic hypertrophy. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Herring (H. T.). The treatment of vesical papilloma by injections. (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.)

Ill (E. J.). A clinical contribution to the knowledge of tubercular diseases of the female urinary tract. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Lydston (G. F.). Prostatectomy; its indications and technique. (*Texas Med. Journ.*, oct.)

Meyer (W.). Prostatectomy and galvanocaustic prostatotomy (Bottini's operation); their present status in the radical treatment of the hypertrophied prostate gland. (*Med. Record*, 24 oct.)

Pauchet (V.). Prostatectomie pour hypertrophie de la prostate. (*Gaz. méd. de Picardie*, sept.-oct.)

Sorrentino (F.). Contributo alla cura della rottura dell'uretra. (*Riforma med.*, 14 oct.)

Spooner (H. G.). Stricture of the male urethra. (*Med. Record*, 17 oct.)

Veau (V.). Les fistules de l'urèthre par constriction circulaire de la verge. (*Arch. de méd. des enfants*, oct.)

Zeldovitch. Des ruptures intrapéritonéales de la vessie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 et 18 oct.)

OPHTALMOLOGIE

Cantonnet (A.). La tache de Mariotte et la « région de Mariotte » chez le myope. (*Arch. d'ophtalmol.*, août.)

Claiborne (J. H.) et **Coburn** (E. B.). Experiments to determine the value of formalin in infected wounds of the eye. (*Med. News*, 21 nov.) — Du formol dans le traitement des plaies infectées de l'œil.

Dinner (J.). Ueber intraoculäre Jodoform-Desinfection, mit specieller Berücksichtigung der Einführung des Jodoforms in den Glaskörper. (*Thèse de Zurich.*) — La désinfection intra-oculaire au moyen de l'iodoforme, surtout au point de vue de l'introduction d'iodoforme dans le corps vitré.

Kéraval (P.) et **Raviart** (G.). Nouvelle contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux; atrophie papillaire et décollement de la rétine. (*Arch. de neurol.*, août.)

Lonria. Traitement opératoire du trachome (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 oct.)

Péchin (A.). Cautérisation étoilée de la cornée. (*Arch. d'ophtalmol.*, août.)

Pojarisky (I.). Des tumeurs amyloïdes de la conjonctive (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 19.)

Poulard (A.). Sur une forme particulière de péricystite aiguë à streptocoque. (*Arch. d'ophtalmol.*, oct.)

Soukhov (K.). Emploi du citrate de cuivre contre le trachome (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 19.)

Tchiriev (S.). Un cas de guérison complète de cécité (hémianopsie). (*Arch. de neurol.*, nov.)

Terrier (F.) et **Morax** (V.). Le diagnostic des tumeurs orbitaires. (*Rev. de chir.*, nov.)

Terson (A.). Nature et traitement de la tumeur prélacrymale. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Arndt (G.). Ein Fall von Hebotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 déc.)

Bayer (H.) Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe. I. Band, 2. Heft : Das Becken und seine Anomalieen. In-8°, p. 105 à 256, avec fig. et planches. Strasbourg. — Leçons sur l'obstétrique générale. T. Ier, fasc. 2 : le bassin et ses anomalies.

Bué (V.). Quatre observations de tumeurs fibreuses de l'utérus compliquant la grossesse et l'accouchement; étude sur le diagnostic. (*Obstétrique*, sept.)

Crouse (H.). Circular laceration of the cervix uteri. (*Med. News*, 7 nov.)

Dubrisay (L.) et **Jeannin** (C.). Précis d'accouchement. In-8°, 736 p. avec fig. F. R. de Rudeval.

Fuchs (H.). Zur Narkose in der Gynäkologie, mit besonderer Berücksichtigung der Witzel'schen Aethertropfmethode. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 nov.) — De la narcose en gynécologie, surtout au point de vue de l'éthérisation goutte à goutte d'après le procédé de Witzel.

Gache (S.). Le rachitisme en Amérique et son influence obstétricale. (*Ann. d'obstét. et de gynécol.*, sept.)

Gauckler et **Mahar**. Note sur un cas de polype muqueux géant de l'utérus. (*Gynécologie*, oct.)

Gilbert (S. D.). Occipito posterior positions. (*Yale Med. Journ.*, nov.)

Hartmann (H.). L'examen clinique en gynécologie. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, oct.)

Heiman (A.). Sur les rapports de l'oreille avec la zone naso-sexuelle de la femme. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 22 août.)

Lautmann. Le traitement rhinologique de la dysménorrhée d'après Fliess. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept.)

Lewers (A. H. N.). A case of abdominal hysterectomy for retroperitoneal cervical fibroid (weighing 13 1/2 pounds). (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.) — Hystérectomie abdominale pour un gros fibrome rétropéritonéal du col.

Lobenstine (R. W.). Eclampsia hemorrhagica. (*Med. News*, 21 nov.)

Mackenzie (J. M.) et **Blandy** (W. B.). A note on a case of puerperal septicæmia treated by antistreptococcic serum. (*Lancet*, 26 sept.)

Morlot (M. von). Ueber den Geburtsverlauf der alten Erstgeschwängerten. (*Thèse de Berne.*) — Sur la marche du travail chez les primipares âgées.

Nijhoff (G. C.). Nog iets over de vijflinggeboorte. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 déc.) — A propos d'un accouchement quintuple.

Richelot (L.-G.). De la dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale; remarques sur la myomectomie. (*Gynécologie*, oct.)

Rouffiandis. Influence de la quinine sur la grossesse chez les Européennes au Tonkin. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 déc.)

Saks (J.). Przypadek niezwyklej przeszkody podczas porodu. (*Gaz lekarska*, 26 sept.) — Un cas d'obstacle insolite à l'accouchement.

Schäffer (O.). Ueber Unterschenkelgangrän im primär afebrilen Wochenbette. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.) — Gangrène des jambes au cours de suites de couches primitivement apyrétiques.

Schweizer (R.). Beiträge zur Drainage der Bauchhöhle im Anschlusse an Laparotomieen. (*Thèse de Zurich.*) — Drainage de la cavité abdominale après laparotomies.

Sellheim (H.). Der normale Situs der Organe im weiblichen Becken und ihre häufigsten Entwicklungshemmungen. In-4°, 34 p. avec fig. et planches. Wiesbaden. — Les rapports normaux des organes pelviens de la femme et leurs arrêts de développement les plus fréquents.

Uhle (R. von). Ein Fall von Kaiserschnitt nach Porro. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 déc.) — Un cas d'opération de Porro.

Veiga (F.). Infección puerperal tratada por el suero anti-estreptocóccico. (*Rev. méd. del Uruguay*, oct.)

Zalensky (T.). Contribution à l'étude de la dégénérescence cancéreuse des kystes dermoïdes de l'ovaire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 et 15 nov.)

PÉDIATRIE

Boulay (M.) et **Gasne** (G.). Deux cas de corps étranger sous-glottique chez de jeunes enfants. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept.)

Bruns. Die Hysterie im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 6.) — L'hystérie chez les enfants.

Castelain (F.). Statistique portant sur 100 cas consécutifs de tubage pour croup dans la clientèle privée. (*Echo méd. du Nord*, 22 et 29 nov.)

Garnier (S.) et **Santenoise** (A.). Sur un cas de rachitisme congénital avec nanisme, chez un enfant arriéré. (*Arch. de neurol.*, juillet.)

Hartwig (M.). Acute primäre Pyelitis der Säuglinge. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 nov.) — Pyélite primaire aiguë des nourrissons.

Kopetzky (S. J.). The selection of the anæsthetic in children. (*Med. Record*, 3 oct.) — Le choix de l'anesthésique chez les enfants.

Langstein (L.). Zur Kenntnis der Cerebrospinalflüssigkeit in einem Fall von chronischem Hydrocephalus. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 6.) — Etude du liquide céphalorachidien dans un cas d'hydrocéphalie chronique.

Massía (J.). Contribución al estudio de la neumonia fibrinosa en los niños de pecho. (*Thèse de Buénos-Ayres.*) — La pneumonie fibrineuse chez les nourrissons.

Peters (R.). Deux signes nouveaux et un signe ancien de tétanie; leur utilisation dans le diagnostic des maladies nerveuses chez les enfants et dans la question de la « tétanie larvée » (en russe). (*Roussk. Vratch*, 25 oct. et 1er nov.)

Rheiner. Ueber die Diagnostik der accidentellen Herzgeräusche im Kindesalter. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er déc.) — Le diagnostic des bruits cardiaques accidentels chez les enfants.

Siegert (F.). Beiträge zur Lehre von der Rachitis : Die Erblichkeit der Rachitis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 6.) — L'hérédité du rachitisme.

Thiemich (M.). Ueber Hysterie im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVIII, 6.) — De l'hystérie chez les enfants.

Westerman (C. J.). Over de afsluiting van den ductus choledochus bij het pasgeboren kind. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 déc.) — L'occlusion du canal cholédoque chez le nouveau-né.

Wittek (A.). Die Bedeutung der Sehnentransplantation für die Behandlung choreatischer Formen der infantilen Cerebrallähmung. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 4.) — Les transplantations tendineuses dans le traitement des formes choréiques de la paralysie cérébrale infantile.

TÉRATOLOGIE

Hansson (A.). Glandula lactifera accessoria. (*Hygiea*, nov.)

Klippel (M.) et **Rabaud** (E.). Sur une forme rare d'hémimélie radiale intercalaire. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Levi-Bianchini (M.). Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique; observation sur un cas de tératomorphisme congénital de la langue. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Moissonnier et **Pouchet** (G.). Aniridie familiale. (*Arch. d'ophtalmol.*, oct.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Brindel. Complications des abcès de l'amygdale, leur prophylaxie. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 29 août.)

Capasso (P.). Calcoli e corpi estranei nella parotide. (*Incurabili*, 1er-15 oct.)

Claoué. De la valeur et des indications des lavages par la trompe d'Eustache dans le traitement des otites suppurées aiguës, accompagnées de réaction mastoïdienne. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept.)

Delsaux (V.). La résection de la paroi postérieure du conduit auditif membraneux et le pansement sans tamponnement après les opérations curatives de l'otorrhée chronique. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

Dieu. Lésions tertiaires du nasopharynx. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 19 sept.)

Garel (J.) et **Bonnamour** (S.). De l'œdème laryngé angioneurotique, localisation de la maladie de Quincke au larynx. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juillet.)

Heiman (A.). De l'efficacité curative de l'adrénaline dans les maladies des oreilles et du nez. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 12 sept.)

Klug (F.). De la contagiosité de l'otite moyenne aiguë. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août.)

McGavin (L. H.). A note on tonsillar enlargements and their treatment. (*Lancet*, 26 sept.)

Molinié (G.). Paralysie laryngée par lésion intracrânienne. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 11 juillet.)

Moure (E. J.) et **Brindel**. Résultats des injections de paraffine faites sous la muqueuse pituitaire chez 70 malades atteints de coryza atrophique ozénateux type. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 10 oct.)

Oppenheimer (S.). Mastoid disease and extradural abscess. (*Med. News*, 7 nov.)

Ponthière (L. de). La tuberculose du larynx et la tuberculine de Denys. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août.)

Thomas. Mastoïdite suppurée chez une diabétique de soixante-sept ans; acétonurie, aditotomie, aditectomie, puis antrectomie avec le galvanocautère. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 4 juillet.)

Yonge (E. S.). The prevention of the recurrence of nasal polypi. (*Lancet*, 7 nov.)

HYGIÈNE

Alexander-Katz (W.). Zur Prophylaxis des Magenkrebses. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 nov.) — Prophylaxie du cancer de l'estomac.

Gaulejac (H. de). La culture physique dans l'armée; essai d'un procédé nouveau de gymnastique rationnelle. In-8°, 63 p. avec fig.

Goyens. La conscription facteur prophylactique de la tuberculose. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, août-sept.)

Harrington (Ch.). A manual of practical hygiene. 2e éd. In-8°, 760 p. avec fig. et planches. New York.

Kossmann. Hygiene und Zuchtwahl. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 nov.) — Hygiène et sélection.

Matthes. Zur Frage der Erdbestattung vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.) — L'inhumation au point de vue de l'hygiène publique.

Satta (P.). Sul valore disinfettante di vapori d'alcool. (*Riforma med.*, 7 oct.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Anders (J. M.). The dietetic treatment of chronic nephritis. (*Med. Bull.*, nov.)

Cushny (A. R.). Atropine and the hyoscyamines, a study of the action of optical isomers. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 2.)

Elder (W.). Elephantiasis and its treatment. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Ely (J. S.). The treatment of acute opium poisoning. (*Yale Med. Journ.*, oct.)

Fleming (R. A.). Glacier expeditions for certain of our phthisical patients. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.) — Les promenades sur les glaciers comme moyen de traitement chez certains tuberculeux.

Gordon (W. S.). Diet and drugs in nephritis. (*Med. News*, 28 nov.) — Le régime et les médicaments dans le traitement de la néphrite.

Knotté (B.). Quelques cas de zomothérapie de la tuberculose pulmonaire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 1er nov.)

23e ANNÉE. — N° 52. Vingt centimes le numéro. 30 DÉCEMBRE 1903.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro est exclusivement consacré à la Littérature médicale.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement.

En *France*, en *Algérie* et *Tunisie*, en *Belgique*, en *Danemark*, en *Hollande*, en *Italie*, en *Portugal*, en *Suède* et *Norvège*, en *Suisse*, on s'abonne **sans frais** dans tous les bureaux de poste.

Pour cela faire, il suffit de déposer au bureau de poste de sa localité la somme de **8 fr.** pour la *France*, l'*Algérie* et *Tunisie*, ou de **10 fr.** pour l'*Etranger*, en déclarant vouloir prendre un abonnement à la *Semaine Médicale* et en donnant ses noms et adresse. Ce mode de procéder, qui est le plus simple, ne donne lieu à aucun autre débours, l'administration du journal prenant tous les frais à sa charge.

On peut également s'abonner en adressant à l'Administrateur de la *Semaine Médicale* le montant de l'abonnement en un mandat-poste (**8 fr.** pour la *France*, l'*Algérie* et *Tunisie* et **10 fr.** pour l'*Etranger*).

SOMMAIRE

LITTÉRATURE MÉDICALE : *Publications françaises.* — La fièvre jaune; rapport de la mission française 421
Myxœdème opératoire survenu à la suite de l'extirpation des deux mamelles hypertrophiées chez un homme 421
Recherches sur la généralisation du bacille diphtérique 421
Forme exceptionnelle de lithiase vésicale; incrustation de la muqueuse par l'acide urique 422
Publications allemandes. — De l'albuminurie dans l'insuffisance aortique 422
De l'étranglement de l'appendice iléo-cæcal. 422
Essais thérapeutiques avec des substances fluorescentes 422
Hématurie par acide oxalique à la suite d'ingestion de rhubarbe 423
La blessure des ligaments ronds au cours des herniotomies amène-t-elle des rétrodéviations utérines? 423
Publications anglaises. — Un cas de leucémie splénomédullaire traité avec succès par les rayons de Röntgen 423
Un cas de pancréatite typhoïdique 423
Cancer primitif de l'appendice vermiforme. 424
Occlusion fibreuse complète des deux veines caves chez un jeune homme de dix-huit ans 424
Arguments en faveur de l'existence d'un centre particulier pour l'écriture 424
Publications espagnoles. — Etude d'un cas de rhumatisme hémophilique 424
Des hémoagglutinines du sang humain et de l'hématologie de la maladie de Carrion 424
Publications hollandaises. — De la gangrène pulmonaire 425
Glycosurie diurne 425
Publications italiennes. — Les conditions du système nerveux dans l'infection diphtéritique 425
Réaction des paralytiques généraux à l'antisérum humain 426
Sténose du canal hépatique par hyperplasie conjonctive des parois de ce conduit 426
Cancer de l'estomac à symptomatologie intestinale 426
Colique néphrétique malarique ou fièvre intermittente à forme de colique rénale 426
Publications polonaises. — Un cas d'obstacle insolite à l'accouchement 426
Lésion traumatique de la branche palmaire profonde du nerf cubital 427
Contribution à l'étude de la cystinurie 427
Publications portugaises. — Du traitement de la fièvre jaune par des injections de sérum antivenimeux 427
Publications russes. — Contribution à l'étude des maladies simulées des organes génito-urinaires 427
Un cas de crachement de sang, provoqué par une sangsue 427
Les bubons des cavaliers 428
Influence de quelques alcalins sur l'évolution des maladies infectieuses provoquées expérimentalement 428
Publications scandinaves. — Altérations pathologiques du tube digestif dans l'anémie pernicieuse 428
Publications tchèques. — La forme hémorrhagique de la fièvre typhoïde 428
Ralentissement expiratoire considérable du pouls chez quelques neurasthéniques 428
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL.

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Acide urique incrustant la muqueuse vésicale ..... 422^{1}
Agraphie pure ..... 424^{2}
Albuminurie et insuffisance aortique ..... 422^{1}
Alcalins et leur influence sur les infections expérimentales ..... 428^{1}
Anémie pernicieuse et lésions du tube digestif ..... 428^{2}
Antisérum humain chez les paralytiques généraux ..... 426^{1}
Appendice et son étranglement ..... 422^{2}
Appendicite cancéreuse primitive ..... 424^{1}
Bacille diphtérique et sa généralisation ..... 421^{3}
Blessure des ligaments ronds au cours des herniotomies et rétrodéviations utérines ..... 423^{1}
Bubons des cavaliers ..... 428^{1}
Cancer de l'estomac à symptomatologie intestinale ..... 426^{2}
— primitif de l'appendice ..... 424^{1}
Centre particulier pour l'écriture ..... 424^{2}
Colique néphrétique malarique ..... 426^{3}
Cystinurie ..... 427^{1}
Diphtérie et conditions du système nerveux ..... 425^{3}
Etranglement de l'appendice ..... 422^{2}
Fièvre intermittente à forme de colique rénale ..... 426^{3}
— jaune ..... 421^{1} 427^{1}
— typhoïde à forme hémorrhagique ..... 428^{3}
— et pancréatite ..... 423^{3}
Gangrène pulmonaire ..... 425^{1}
Glycosurie diurne ..... 425^{2}
Hématurie par acide oxalique à la suite d'ingestion de rhubarbe ..... 423^{1}
Hémoagglutinines du sang humain ..... 424^{3}
Hémoptysie due à une sangsue ..... 427^{3}
Herniotomies et blessure des ligaments ronds comme cause des rétrodéviations utérines ..... 423^{1}
Hypertrophie des seins chez l'homme et myxœdème ..... 421^{2}
Infections ..... 428^{1}
Insuffisance aortique et albuminurie ..... 422^{1}
Leucémie splénomédullaire ..... 423^{2}
Lithiase vésicale urique ..... 422^{1}
Maladie de Carrion ..... 424^{3}
Maladies génito-urinaires et leur simulation. ..... 427^{2}
Myxœdème opératoire par ablation des mamelles hypertrophiées chez l'homme ..... 421^{2}
Neurasthénie et ralentissement expiratoire considérable du pouls ..... 428^{3}
Occlusion fibreuse complète des deux veines caves ..... 424^{1}
Pancréatite typhoïdique ..... 423^{3}
Paralytiques généraux et antisérum humain ..... 426^{1}
Pouls et son ralentissement expiratoire chez les neurasthéniques ..... 428^{3}
Radiothérapie de la leucémie splénomédullaire ..... 423^{2}
Rétrodéviations utérines et blessure des ligaments ronds au cours des herniotomies ..... 423^{1}
Rhubarbe et hématurie par acide oxalique ..... 423^{1}
Rhumatisme hémophilique ..... 424^{2}
Sang dans la maladie de Carrion ..... 424^{3}
— et ses hémoagglutinines ..... 424^{3}
Sangsue provoquant des hémoptysies ..... 427^{3}
Sérum antivenimeux contre la fièvre jaune ..... 427^{1}
Sténose du canal hépatique par hyperplasie conjonctive ..... 426^{1}
Substances fluorescentes et leur emploi thérapeutique ..... 422^{3}
Système nerveux dans l'infection diphtéritique ..... 425^{3}
Traitement de la fièvre jaune ..... 421^{1} 427^{1}
— de la gangrène pulmonaire ..... 425^{1}
— de la leucémie splénomédullaire ..... 423^{2}
— des infections ..... 428^{1}
Traumatisme de la branche palmaire profonde du cubital ..... 427^{1}
Veines caves et leur occlusion fibreuse complète ..... 424^{1}
Volvulus de l'S iliaque comme obstacle à l'accouchement ..... 426^{3}

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur H.-J. Cotte est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE PARIS

Bentz (V.). Contribution à l'étude de la communication des abcès par congestion avec les bronches.

Boissière (C. de). Traitement des fractures de la diaphyse humérale.

Bourlier (E.). L'ulcère simple de l'intestin.

Brissemoret (A.). Contribution à l'étude des purgatifs organiques.

Caubet (H.). Traitement orthopédique des luxations congénitales de la hanche par la méthode de Lorenz modifiée.

Christophle (F.). La voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx (procédé de J.-L. Faure).

Cochy de Moncan (A.). Diagnostic et traitement des ostéo-synovites tuberculeuses dans leur phase de début.

Cornillon (A.). Les auto-intoxications digestives; étude clinique et expérimentale sur les effets pathologiques des poisons gastro-intestinaux.

Courchet (P.). Traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Damey (E.). De quelques modifications à apporter aux procédés de cure radicale de la hernie inguinale (manuel opératoire de Dayot fils).

Delobel (P.). Iconographie topographique de l'oreille chez le nouveau-né.

Guiblain (A.). L'albuminurie orthostatique.

Hémard (A.). Contribution à l'étude des fractures spontanées dans l'ostéomyélite.

Juquelier (P.). Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication (insuffisance hépatique latente et petit brightisme).

Lumineau (G.). De la ponction lombaire dans le traitement des troubles auditifs.

Noël (L.-A.). La lèpre ; douze années de pratique à l'Hospice des lépreux de La Désirade (Guadeloupe).

Pailler (B.). Des épithéliomes polymorphes de la parotide.

Rauzy (N.). Stations maritimes du golfe de Gascogne (de Royan à Bilbao); leur utilisation thérapeutique.

Renaud (J.). De l'ostéomyélite des nourrissons; ses rapports avec la pseudo-paralysie syphilitique.

Renon (G.). De quelques kystes du sein (étude anatomique, pathogénique, clinique et thérapeutique).

Reulos (M.). Considérations sur le traitement d'urgence des déchirures du périnée.

Rozet (E.). Résultats de la sérothérapie antidiphtérique à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Saint-Martin (J.). Contribution à l'étude de la sous-maxillarite iodique.

Saussié (J.). Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi abdominale; le phlegmon ligneux.

Sequer (J.). Le cœur des tuberculeux.

Vitet (M.). Des abcès du sein pendant la grossesse chez les primipares.

Zentler (S.). La fièvre syphilitique secondaire.

PHYSIOLOGIE

Bonnier (P.). Sur le branle vocal. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août.)

Castaigne (J.) et **Rathery** (F.). Action nocive exercée « in vitro » sur l'épithélium rénal par les sérums normaux et pathologiques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Halpern (M.). O wplywie zaczynu autolitycznego na trawienie trzustkowe. (*Gaz. lekarska*, 10 et 17 oct.) — Influence du ferment autolytique sur la digestion pancréatique.

Möller (J.) et **Fischer** (J.-F.). Sur l'action des muscles crico-thyroïdien et thyro-aryténoïdien interne. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Biffi (U.). Sulle emoagglutinine del sangue umano e sulla tecnica della agglutinazione in generale. (*Ann. d'igiene sperim.*, XIII, 2.)

Crisafi (D.). Sul potere ossidante (O attivo) del liquido cerebro-spinale di bambini malati; nota preventiva. (*Riv. di clin. pediatrica*, déc.)

Gibson (G. A.). Adaptation and compensation. (*Lancet*, 5 déc.)

Koziczkowsky (E. von). Beiträge zur Kenntnis des Salzstoffwechsels, mit besonderer Berücksichtigung der chronischen Nephritiden. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 3-4.) — Contribution à l'étude des échanges des chlorures, surtout au point de vue des néphrites chroniques.

Mohr (L.). Ueber das Ausscheidungsvermögen der kranken Niere. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 3-4.) — Sur le pouvoir d'élimination du rein malade.

Pottenger (F. M.). A study of immunity: Ehrlich's side-chain theory. (*Med. News*, 7 nov.) — La théorie des chaînes latérales d'Ehrlich.

Sacconaghi (G. L.). Ueber die Präcipitine der Verdauungsproducte. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 3-4.) — Sur les précipitines des produits de la digestion.

MÉDECINE

Ardin-Delteil et **Pagès**. Pleurésie cancéreuse hémorrhagique (formule cytologique; propriétés hémolytiques). (*Montpellier méd.*, 23 août.)

Ascherson (W. L.). A case presenting signs of pulmonary stenosis during life, unexplained by the necropsy, with some remarks on diagnosis. (*Lancet*, 26 sept.) — Un cas ayant présenté des signes de rétrécissement pulmonaire pendant la vie, et qui est resté inexpliqué par l'autopsie; remarques sur le diagnostic.

Bernabei (C.). Costalgia baseo-bilaterale, crepitante, temporanea. (*Gazz. degli Osped.*, 26 avril.)

Bettmann (H. W.) et **Schröder** (J. H.). Two new methods of determining the digestive activity of gastric juice. (*Med. Record*, 31 oct.)

Boinet. Péricardite des brightiques. (*Marseille méd.*, 1[er] déc.)

Ebstein (E.). Ueber eine Verbesserung an kalibrierten Saugkapillaren. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 sept.) — Sur un perfectionnement des pipettes capillaires aspiratrices graduées.

Edlefsen (G.). Zur Frage der Sigmoiditis acuta. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 nov.)

Eulenburg (A.), **Kolle** (W.) et **Weintraud** (W.). Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden und ihrer Anwendung auf die specielle ärztliche Diagnostik. T. 1[er], 2[e] partie. In-8°, p. 353 à 707, avec fig. et planches. Vienne. — Traité d'examen clinique et de diagnostic médical.

Ferrannini (L.). Un altro caso di mericismo. (*Riforma med.*, 11 nov.)

Gavazzeni (C.). Contributo allo studio dei rumori musicali endocardici. (*Riforma med.*, 18 nov.)

Halipré (A.). Cancer secondaire du foie avec zones de ramollissement simulant un abcès du foie. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 nov.)

Huguenin (B.). Etude d'un cas de gastrite phlegmoneuse primitive. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Jaffé (K.). Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung. In-8°, 238 p. Iéna. — Le rôle du médecin dans l'assurance contre les maladies.

Koettlitz (H.). Deux cas atypiques de carcinome gastrique. (*Policlinique*, 1[er] déc.)

Leclerc (G.). Tumeur maligne de la glande parotide (épithélioma glandulaire); envahissement du cerveau à travers la base du crâne; généralisation pleuro-pulmonaire. (*Lyon méd.*, 6 et 13 déc.)

Oussov (P.). A propos de la signification clinique de la cryoscopie des urines dans la pleurésie avec épanchement (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 20.)

Simon (L.-G.). Des éléments de pronostic que l'on peut tirer de l'examen du sang de malades. (*Arch. de méd. des enfants*, oct.)

Straüssler (E.). Ueber einen Todesfall durch das sogenannte acute umschriebene Oedem (Quincke'sche Krankheit). (*Prag med. Wochensch.*, 12 nov.) — Sur un cas de mort par œdème circonscrit aigu (maladie de Quincke).

Tozzi (A.). Enfisema sottocutaneo totale. (*Riforma med.*, 25 nov.)

Vires (J.). De quelques nouveaux procédés d'exploration dans leurs rapports avec la médecine clinique. In-8°, 43 p. avec fig. Montpellier.

MALADIES INFECTIEUSES

Allaria (G. B.). Osservazioni sulla sindrome tifoide prodotta nei bambini dal *bacillus paratyphi*. (*Riforma med.*, 25 nov.)

Bindi (F.). Su di un caso di perniciosa comatosa. (*Gazz. degli Osped.*, 1[er] nov.)

Combemale et **Breton**. Un nouveau cas de typhus exanthématique à Lille. (*Echo méd. du Nord*, 6 déc.)

Elgart (J.). Ueber acute Exantheme; neue Methode ihrer Prophylaxe. In-8°, 168 p. Leipzig.

Guizzetti (P.). Per l'uso del siero antistreptococcico nella infezione puerperale e nell'erisipela; osservazioni cliniche e anatomiche. (*Riforma med.*, 28 oct., 4 et 11 nov.)

Léger (P.). Fièvre typhoïde et intoxication alimentaire. (*Année méd. de Caen*, nov.)

Leroux et **Lorrain**. Fièvre typhoïde et diplococcie. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Möller (J.). Bakteriämie und Sepsis; klinische Betrachtungen und bakteriologische Untersuchungen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 4.)

Nadler (R.). Statistischer Beitrag zu dem Verlaufe der Mortalität an Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und Masern in der Schweiz in den Jahren 1876-1900. (*Thèse de Berne.*) — Etude statistique sur l'évolution de la mortalité par diphtérie, coqueluche, scarlatine et rougeole en Suisse pendant la période de 1876 à 1900.

Neutra (W.). Ueber den Einfluss akuter Infektionskrankheiten auf die Leukämie. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 11.) — Influence des maladies infectieuses aiguës sur la leucémie.

Orta (F.). Di una nuova complicanza della parotite. (*Gazz. degli Osped.*, 1[er] nov.)

Pexa (V.). Zúzeni hrtanu ze zánetu hrtanovych v prubehu spalnicek a po spalnickách. (*Casopis lékaru ceskych*, 7 et 14 nov.) — Sténoses du larynx consécutives aux laryngites compliquant la rougeole.

Rabinowitsch-Tonkonogowa (Sarah). Ueber das Vorkommen der Pocken im Kanton Zürich im 19. Jahrhundert. (*Thèse de Zurich.*) — La variole dans le canton de Zurich pendant le XIX[e] siècle.

Samohrd (F.). O haemorrhagické forme brisního typhu. (*Sbornik klinicky*, V, 1.) — La forme hémorrhagique de la fièvre typhoïde.

Thompson (J. A.). Management of epidemic plague. (*Australasian Med. Gaz.*, oct.) — Défense contre la peste.

Trudeau (E. L.). The history of the development of the tuberculosis work at Saranac Lake. (*Med. News*, 24 oct.)

Wiesner (A.). Poznámka o differencielní diagnose diftherie. (*Casopis lékaru ceskych*, 14 nov.) — Contribution au diagnostic de la diphtérie.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bonivento (G.). Un caso di epilessia cardiaca ed automatismo ambulatorio. (*Morgagni*, nov.)

Boschi (E.). Considerazioni intorno ad un caso di ascesso cerebrale. (*Riforma med.*, 11 nov.)

Bourneville. Fin de l'histoire d'un idiot myxœdémateux. (*Arch. de neurol.*, août.)

Brunner (Th.). Ueber Hysteria virilis. (*Thèse de Zurich.*)

Cade (A.) et **Bancel**. Tumeur kystique du lobe médian du cervelet. (*Lyon méd.*, 29 nov.)

Deroubaix Syndrome de Korsakoff et paralysie générale. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

Hitzig (E.). Physiologische und klinische Untersuchungen über das Gehirn. In-8°, 618 p. avec fig. Berlin. — Recherches physiologiques et cliniques sur le cerveau.

Joffroy (A.) et **Rabaud** (E.). Un cas d'association du tabes à la paralysie générale. (*Rev. neurol.*, 30 nov.)

Labougle. Mutisme hystérique par aphonie; phénomènes associés d'astasie-abasie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 déc.)

Lépine (J.). Deux cas de tumeur du nerf auditif. (*Rev. neurol.*, 30 nov.)

Maljean. Méningite cérébro-spinale aiguë, consécutive à une otite moyenne grippale; guérison complète par les ponctions lombaires. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

Morquio (L.). Paraplegia espasmódica familiar. (*Rev. méd. del Uruguay*, oct.)

Raymond (F.). Sur un cas de paraplégie spasmodique familiale. (*Arch. de méd. des enfants*, déc.)

Sarcinelli (F.). Due casi di corea aritmica isterica. (*Riforma med.*, 25 nov.)

Soukhanoff (S.) et **Boutenko** (A.). Sur le diagnostic différentiel de la maladie de Korsakoff. (*Journ. de neurol.*, 20 nov. et 5 déc.)

Spratling (W. P.). The frequency wave of epileptic seizures. (*Med. Record*, 24 oct.) — La courbe de fréquence des accès épileptiques.

Stadelmann (H.). Das Wesen der Psychose auf Grundlage moderner naturwissenschaftlicher Anschauung. 1er fasc. In-8°, 42 p. Wurtzbourg. — La nature des psychoses, envisagée au point de vue de l'état actuel des sciences naturelles.

Vanysek (R.). Nápadná exspiracní retardace pulsu u nekterych neurastheniku. (*Sbornik klinicky*, V, 1.) — Ralentissement expiratoire considérable du pouls chez quelques neurasthéniques.

Warrington (W. B.). On some uncommon forms of neuritis of the upper limb with an unusual etiology. (*Lancet*, 26 sept.) — Sur quelques formes peu communes et à étiologie insolite de névrites du membre supérieur.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brault (J.). Quelques réflexions sur certains traitements actuellement usités dans la lèpre. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, nov.)

Charmeil. Syphilis de source médicale. (*Echo méd. du Nord*, 6 déc.)

Dubreuilh (W.). L'acné hypertrophique du nez et son traitement chirurgical. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, nov.)

Giorgi (E.). Ricerche ematologiche nella blennorragia. (*Clinica medica italiana*, août.)

Hermanides (S. R.). Les affections parasyphilitiques. 2 vol. In-8°, 875 p. Iéna.

Jacobi (E.). Atlas der Hautkrankheiten, mit Einschluss der wichtigsten venerischen Erkrankungen. 2e partie. In-8°, p. 65 à 136, avec fig. et planches. Vienne. — Atlas des maladies cutanées et vénériennes.

Jeanselme (E.). Cours de dermatologie exotique. In-8°, 409 p. avec fig. et cartes.

Penzoldt (F.) et **Stintzing** (R.). Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 7. Band: Venerische Krankheiten, Erkrankungen der Harn- und Geschlechtswerkzeuge sowie der Haut. 3e éd. In-8°, 641 p. avec fig. Iéna. — Manuel de thérapeutique des maladies internes. T. VII: maladies vénériennes, affections des organes génito-urinaires et de la peau.

CHIRURGIE

Alessandri (R.). Ueber einen Fall von gestieltem Magensarkom, nebst Bemerkungen über einige Bindegewebsgeschwülste des Magens. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 4.) — Sur un cas de sarcome pédiculé de l'estomac; remarques sur quelques tumeurs du tissu conjonctif de l'estomac.

Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie, dem Andenken Hofrat Professor Dr. Carl Gussenbauers gewidmet. In-8°, 597 p. avec fig. et planches. Vienne. — Recueil de travaux de chirurgie clinique, consacré à la mémoire du professeur Carl Gussenbauer.

Asthöwer. Die Aufklappung des Rippenbogens zur Erleichterung operativer Eingriffe im Hypochondrium und Zwerchfellkuppelraum. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 14 nov.) — Volet thoracoplastique à base supérieure dans les interventions pratiquées sur l'hypocondre et dans la concavité du diaphragme.

Austin (H. W.). A case of neurofibroma of the skin and large nerve trunks in which there developed a large spindle-celled sarcoma beneath the body of the scapula. (*Med. Record*, 31 oct.) — Un cas de neurofibromatose de la peau et des gros troncs nerveux, avec sarcome à grandes cellules fusiformes, développé sous le corps de l'omoplate.

Balfour (A.). A case of multiple liver abscess. (*Lancet*, 21 nov.) — Un cas d'abcès multiples du foie.

Bartha (G.) et **Onodi** (A.). Cancer primitif du sinus frontal. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 31 oct.)

Batigne (P.). A propos des fistules recto-vaginales haut situées: traitement, discussion. (*Gynécologie*, oct.)

Bellandi (E.). L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne au moyen de la tropacocaïne chez les Arabes. In-8°, 14 p. Alexandrie.

Bernard (R.) et **Jacob** (O.). Gangrène cutanée diphtérique. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Bourquin. Un cas de gastrosucorrhée de Reichmann, suite d'ulcère et de sténose partielle du pylore; opération; guérison. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Brown (J. Y.). Penetrating and perforating gunshot and stab wounds of the abdomen. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Plaies perforantes et pénétrantes de l'abdomen par armes à feu et par instruments tranchants.

English (T. C.). Remarks on three cases of acute intestinal obstruction. (*Lancet*, 26 sept.)

Ferré (H.). 6 laparotomies pour tumeurs de l'abdomen. (*Bull. de la Soc. méd. de Pau*, août.)

Franke. Eine Absprengungsfractur des unteren vorderen Tibiarandes in frontaler Ebene. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.) — Fracture par arrachement du bord antérieur et inférieur du tibia dans le plan verticotransversal.

Fratti (G.). Sul valore del segno della nuca nella cloronarcosi. (*Gazz. degli Osped.*, 1er nov.)

Frattin (G.). Due casi di tumore primitivo in diverticoli del canale digerente. (*Policlinico*, partie chir., X, 11.)

Gaudier (H.) et **Camus**. Le lymphangiome circonscrit de la langue. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

Haga et **Fujimura**. Ueber Myositis ossificans traumatica (Reit- und Exercirknochen). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.)

Hansemann (D. von). Aetiologische Studien über die Epityphlitis. (*Mitteil aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 4.)

Hartog (C.). Die Aethernarkose in Verbindung mit Morphium-Skopolamininjektionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 nov.)

Hassler. Asepsie en campagne; pansements aseptiques de guerre. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 nov., 6 et 13 déc.)

Heinricius (G.). Ueber die Cysten der Milz und über ihre Behandlung speciell durch Splenectomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.) — Les kystes de la rate et leur traitement par la splénectomie.

Hermann (A.). Zur chirurgischen Behandlung gutartiger Magenstenosen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 nov.) — Traitement chirurgical des sténoses bénignes de l'estomac.

Hoffa (A.). Technik der Massage. 4e éd. In-8°, 88 p. avec fig. Stuttgart.

Hofmann (C.). Die moderne Aethernarkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 nov.)

Howitt (H.). Report of a fourth consecutive successful operation for acute perforated gastric ulcer, with general infection of the peritoneal cavity. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Jacques (P.) et **Molly** (J.). Des accidents mortels post-opératoires dans la sinusite frontale. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1er août.)

Julliard (Ch.). Ueber die isolirte Abrissfractur des Trochanter minor. (*Arch f. klin. Chir.*, LXXII, 1.) — Fracture isolée par arrachement du petit trochanter.

Jung (C.). Lehrbuch der zahnärztlichen Technik. 2e éd. In-8°, 342 p. avec fig. Vienne. — Manuel de technique odontologique.

Kabloukov (A.). Un cas de cholécystectomie avec cholédocotomie pour lithiase biliaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 20.)

Kissinger (P.). Ueber Hautgangrän nach Carbol-und Lysolwasserumschlägen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, oct.) — Gangrène cutanée à la suite de pansements humides à l'acide phénique et au lysol.

Korff. Morphin-Skopolamin-Narkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 nov.)

Krause (F.). Erfahrungen in der Magenchirurgie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 et 30 nov.) — Résultats de la chirurgie gastrique.

Kropác (R.). Ein Beitrag zur weiteren Differencirung der « gangrène foudroyante ». (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.)

Kuh (R.). Ueber Kapselverengerung bei habitueller Schultergelenksluxation. (*Prag. med. Wochensch.*, 12 nov.) — Rétrécissement de la capsule pour luxation habituelle de l'épaule.

Langemak (O.). Zur Kenntnis der Chondrome und anderer seltener Geschwülste der Gelenke. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.) — Contribution à l'étude des chondromes et d'autres tumeurs rares des articulations.

Ledouble (A.). La craniectomie et la microcéphalie. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 1er déc.)

Lehmann (R.). Ein Beitrag zur Casuistik der Fersenbeinbrüche. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, oct.) — Contribution à l'étude des fractures du calcanéum.

Liersch. Uebertreibung und Uebertreibungswahn (Aggravomanie) der Unfallverletzten. (*Monatssch f. Unfallheilk.*, oct.) — Exagération et « aggravomanie » chez les sinistrés.

Lycklama à Nyeholt (H. J.). Radikaloperatie voor hernia inguinalis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 déc.)

Macartney (D.). Unusual case of intestinal obstruction. (*Lancet*, 21 nov.)

Mastrosimone (F.). Mixo-sarcoma primitivo della lingua; osservazioni cliniche ed istologiche. (*Policlinico*, partie chir., X, 11.)

Perassi (A.). Cause predisponenti alla tubercolosi chirurgica nei militari coi risultati di osservazioni proprie. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, oct.)

Rodella (A.). Alcune considerazioni sui risultati dell'esame batteriologico del liquido ernario in ernie strozzate. (*Riforma med.*, 18 nov.)

Senn (N.). A scalp-face, a new plastic operation. (*New York Med. Journ.*, 20 juin.)

Sorrentino (F.). L'intervento nelle ferite infette del rene. (*Riforma med.*, 28 oct.) — L'intervention chirurgicale dans les plaies infectées du rein.

UROLOGIE

Bensa. Quelques points de pratique urinaire. In-8°, 41 p.

Calzolari (A.). Intorno ad un caso di rottura dell'uretra perineale. (*Riforma med.*, 25 nov.)

Cassanello (R.). Valore e limiti della cistoscopia. (*Clinica moderna*, 2 déc.)

Gianelli (E.). Ulteriore contributo intorno alla eliminazione della formaldeide. (*Riforma med.*, 18 nov.)

Moullin (C. M.). On the present treatment of the enlarged prostate. (*Lancet*, 5 déc.)

Nicolaysen (J.). 4 tilfælde af urinretention i nyren paa grund af ureterstenose. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.) — 4 cas de rétention rénale par rétrécissement de l'uretère.

Senn (N.). The proper perineal prostatectomy incision. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 août.)

OPHTALMOLOGIE

Alvarado (E.). Ophtalmie purulente des nouveau-nés; fréquence, gravité, prophylaxie et traitement. (Trad. de l'espagnol par Ph. Bladanet.) In-4°, 56 p. avec tableaux. Valladolid.

Baker (A. R.). Eye complications of smallpox; some observations during the recent epidemic in Cleveland. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 sept.) — Complications oculaires de la variole.

Broca (A.). Théorie de la skiascopie. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Carra (V.). Un caso raro d'enfisema delle palpebre. (*Policlinico*, 5 déc.)

Chevallereau (A.). Sur un cas d'atrophie papillaire brusque consécutive à des hémorrhagies utérines. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

Ginestous (E.). L'ophtalmie granuleuse à Bordeaux. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 22 nov.)

Guiot. Rétinite par albuminurie gravidique. (*Année méd. de Caen*, nov.)

Holth (S.). De la création d'une pupille ronde et régulière, et d'un grand cercle de l'iris pendant le tatouage de la cornée; avantages que l'on obtient par l'emploi de l'adrénaline dans cette opération. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Lapersonne (F. de). Sur quelques modifications dans les opérations du ptosis. (*Arch. d'ophtalmol.*, août.)

Picot (V.). Les complications oculaires de l'albuminurie. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, oct.)

Pojarisky (I.). 27 cas de formation osseuse intra-oculaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 19.)

Troncoso (U.). Vésicule flottante du vitré. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Tzatzkine (A.). Traitement du trachome par le citrate de cuivre (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Baldwin (J. F.). Relationship of the colon to abdominal tumors. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Bonnaire (E.). De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce de la grossesse. (*Obstétrique*, sept.)

Broeksmit (J.). Over de geboorten volgens de maanden te Rotterdam, gedurende 1875 tot 1900. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 déc.) — Statistique par mois des naissances à Rotterdam, de 1875 à 1900.

Burlando (E.). Lo zolfo e l'azoto nella bile durante la gravidanza, il puerperio e l'allattamento. (*Policlinico*, 14 nov.) — Le soufre et l'azote dans la bile pendant la grossesse, l'état puerpéral et l'allaitement.

Caie (W.). Case of puerperal septicæmia treated with antistreptococcus serum; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 7 nov.)

Campione (F.). Dell'appendicite in rapporto alle affezioni degli organi genitali della donna. In-8°, 19 p. Florence.

Carstens (J. H.). Infantile uterus, scanty menstruation, amenorrhea and dysmenorrhea cured by stem pessaries. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Utérus infantile, menstruation insuffisante, aménorrhée et dysménorrhée guéris par des pessaires en forme de tiges.

Coffey (R. C.). Contribution to the surgery of pyosalpinx. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Daniel (C.). Les exostoses du bassin au point de vue obstétrical; exostoses ostéogéniques. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, août et sept.)

Dührssen (A.). Vademecum der Geburtshülfe und Gynäkologie. 2. Teil : Gynäkologisches Vademecum. 8e éd. In-8°, 231 p. avec fig. et planches. Berlin.

Frankl (O.). Coitusverletzung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Traumatisme par coït.

Frederick (C.). Should the uterus and ovaries be removed in operating for double pyosalpinx? (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Doit-on enlever l'utérus et les ovaires au cours de l'intervention pour pyosalpinx bilatéral ?

Frommer (V.). Beitrag zur vaginalen Operation ohne Narkose. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 nov.) — Hystérectomie vaginale sans narcose.

Gilliam (D. T.). The rational treatment of postpartum infections of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Goldspohn (A.). The indications and technique of vaginal drainage for suppuration in the pelvis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Jones (R.). Case of puerperal septicæmia treated with antistreptococcus serum. (*Brit. Med. Journ.*, 7 nov.)

Jurinka (J.). Ueberdehnung der Wand eines graviden Uterus bilocularis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 nov.) — Hyperdistension de la paroi d'un utérus gravide biloculaire.

Lange (M.). Vademecum der Geburtshilfe. 3e éd. In-8°, 302 p. avec fig. Wurtzbourg. — Vademecum d'obstétrique.

Lauwers (E.). 200 observations d'hystérectomie supra-vaginale pour fibromes. In-8°, 48 p. Bruxelles.

Lithgow (J.). Puerperal eclampsia before delivery. (*Brit. Med. Journ.*, 7 nov.) — Eclampsie avant l'accouchement.

Longyear (H. W.). Shortening the round ligaments by the blunt-hook method. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Raccourcissement des ligaments ronds par le procédé du crochet mousse.

Mayne (W. B.). The treatment of eclampsia by hypodermic injections of morphine. (*Brit. Med. Journ.*, 7 nov.)

Stamm (M.). The value of vaginal cesarean section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

PÉDIATRIE

Hoffa (A.). Die Behandlung der Gelenktuberkulose im kindlichen Lebensalter. In-8°, 39 p. Wurtzbourg. — Le traitement de la tuberculose articulaire chez les enfants.

Koltchevsky (K.). Cathétérisme des voies respiratoires dans la trachéotomie pour croup. (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

Marfan (A. B.). Handbuch der Säuglingsernährung und der Ernährung im frühen Kindesalter. (Trad. du français et annoté par R. Fischl.) In-8°, 465 p. avec fig. Vienne. — Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge.

Perrone (A.). Linfoadenomi multipli in bambini simulanti sifilide o tubercolosi ; contribuzione clinica ai disordini della nutrizione nei bambini. (*Arch. di patol. e clin. infantile*, janv. et mai-juin-juillet.)

Riviere (C.). The anæmias of infancy. (*Lancet*, 21 nov.)

Stöltzner (W.). Pathologie und Therapie der Rachitis. In-8°, 176 p. avec planches. Berlin.

Stratz (C. H.). Der Körper des Kindes. In-8°, 250 p. avec fig. et planches. Stuttgart. — Le corps de l'enfant.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Aspisov (N.). Rupture de l'artère carotide interne dans un cas d'affection de l'oreille moyenne (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

Auché (B.). Destruction progressive et complète de la luette par le processus ulcéreux de l'angine de Vincent. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 nov.)

Compaired. Volumineux sarcome de l'amygdale palatine gauche; opération; guérison. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 31 oct.)

Dupond (G.). Sur un cas d'ozène trachéal à forme asphyxique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 26 sept.)

Heine (B.). Operationen am Ohr; die Operationen bei Mittelohreiterungen und ihren intrakraniellen Complicationen. In-8°, 178 p. avec fig. et planches. Berlin. — Opérations pour suppurations de l'oreille moyenne et leurs complications intracrâniennes.

Jacques (P.). Nature, causes et traitement des polypes du nez. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 21 oct.)

Le Bec et **Real**. Laryngectomie. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

Menzel (K. M.). Beitrag zur Kenntnis der Erkrankung des Larynx und einer noch nicht beschriebenen Veränderung in der Schleimhaut der Nebenhöhlen der Nase bei Leukämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 3-4.) — Contribution à l'étude des affections du larynx et d'une altération non encore décrite de la muqueuse des cavités accessoires du nez dans la leucémie.

Onodi (A.). Des déhiscences des cavités accessoires du nez. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 21 nov.)

Vymola (K.). O závadách horeních cest dychacích (deviacích, enchondrosách i exostosách) a jejich odstranováni novym nástrojem. (*Casopis lékaru ceskych*, 21 nov.) — Un nouveau procédé de traitement chirurgical des obstacles des voies respiratoires supérieures.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Baudry (S.). Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes. 3e éd. In-18, 323 p.

De Dominicis (A.). Sul passaggio della stricnina dalla madre al feto. (*Policlinico*, 5 déc.)

Di Mattei (E.). Di un metodo rapido per la ricerca dei veleni vegetali in tossicologia forense. (*Riforma med.*, 7 oct.)

Ewing (J.) et **Strauss**. Precipitins and their medico-legal use. (*Med. News*, 7 et 14 nov.)

Friedmann (L.). Studiu medico-legal asupra mortii subite la copii prin hipertrofia thymusului. (*Thèse de Jassy.*) — Etude médico-légale sur la mort subite, chez les enfants, par hypertrophie du thymus.

Hollick (J. O.). A case of linseed poisoning. (*Lancet*, 21 nov.) — Un cas d'empoisonnement par la graine de lin.

Lange (V.). Et uopklaret tilfælde af pludselig död. (*Ugeskrift for Læger*, 20 nov.) — Etude d'un cas inexpliqué de mort subite.

Westcott (W.). The overlaying of infants. (*Brit. Med. Journ.*, 7 nov.) — Enfants en bas âge étouffés accidentellement dans le lit de leurs mères.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Baccarani (U.) et **Plessi** (A.). Ricerche clinico-sperimentali sull'estratto della sostanza midollare delle capsule surrenali (paraganglina Vassale). In-8°, 23 p. Modène.

Bragagnolo (G.). Contributo alla cura della tubercolosi glandolare colle iniezioni iodo iodurate alla Durante. (*Riv. veneta di scienze med.*, 31 oct.)

Bum (A.). Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege. 2e partie. In-8°, p. 481 à 960, avec fig. Vienne.

Gilbert (A.) et **Posternak** (S.). La médication phosphorée envisagée au point de vue des échanges nutritifs de l'organisme (étude critique et expérimentale). In-8°, 48 p. Masson et Cie.

Leyden (C. von). Grundzüge der Ernährung und Diätetik. In-8°, 77 p. avec planches. Leipzig. — Diététique et alimentation des malades.

Lhota (J.). Vysledky vnitrního léceni tuberkulosního zánetu pobrisnice. (*Sbornik klinicky*, V, 1.) — Traitement médical de la péritonite tuberculeuse.

Oppenheim (R.) et **Lœper** (M.). La médication surrénale. In-16, 80 p.

Paton (D. M.). Note on guaiacol carbonate in the treatment of measles. (*Lancet*, 21 nov.) — Le carbonate de gaïacol dans le traitement de la rougeole.

Siebert (C.). Nochmals über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 2.) — L'action du mercure sur le tissu syphilitique.

Soulakov (A.). Teinture d'iode contre l'érysipèle (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Barnard (J. E.) et **Morgan** (H. de R.). The physical factors in phototherapy. (*Brit. Med. Journ.*, 14 nov.)

Blitstein. Die günstige Behandlung der Schlaflosigkeit durch Galvanisation des Kopfes. (*Arch. f. physikal.-diätet. Therapie*, déc.) — Traitement de l'insomnie par la galvanisation de la tête; guérison.

Bowie (J. C.). The treatment of pulmonary tuberculosis by high-frequency current (low potential) and intralaryngeal injections of antiseptics. (*Lancet*, 31 oct.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par des courants de haute fréquence (faible tension) et des injections antiseptiques intralaryngiennes.

Fróes (J. A. G.). Estudo synthetico da exploração clinica radiologica. (*Gaz. med. da Bahia*, juillet et août.)

Mignon (M.). La radiologie à l'étranger et particulièrement à Vienne. (*Arch. d'électricité méd.*, janv.)

Tousey (S.). X-ray treatment of cancer of the uterus; method and results. (*Med. News*, 14 nov.)

